

Schlussbericht

Spezialisierte Palliative Care Versorgung in der stationären Langzeitpflege bzw. in der Hospizversorgung

Eine Definitionssynthese

Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)

31. Oktober 2017

Projektleiter:

Prof. Dr. André Fringer
Institut für Angewandte Pflegewissenschaft IPW-FHS
FHS St.Gallen Hochschule für Angewandte Wissenschaften
Rosenbergstrasse 59, Postfach
9001 St.Gallen, Switzerland
Tel. +41 71 226 15 52, Fax +41 71 226 14 01, andré.fringer@fhsg.ch

Wissenschaftliche Mitarbeiterin:

Eleonore Arrer, MSc, BScN
Institut für Angewandte Pflegewissenschaft IPW-FHS
FHS St.Gallen Hochschule für Angewandte Wissenschaften
eleonore.arrer@fhsg.ch

Management Summary

Ausgangslage und Ziele des Mandats

Im Rahmen der "Nationalen Strategie Palliative Care" und unter Berücksichtigung der bisher umgesetzten Arbeiten besteht im Bereich der spezialisierten Palliative Care in der stationären Langzeitpflege bzw. Hospizversorgung ein Handlungsbedarf. Heute gibt es unterschiedliche Institutionen, die spezialisierte Palliative Care anbieten: Einrichtungen mit Spital- oder Pflegeheimstatus sowie spezialisierte Abteilungen bzw. einzelne Betten in Langzeitpflege-Institutionen. Um diese Einrichtungen zu fördern, ist es notwendig, zunächst ihre verschiedenen Angebote und Leistungen zu untersuchen. Im Rahmen dessen ist es das Ziel dieses Mandats, eine Definition für ein stationäres Hospiz in der Schweiz zu generieren.

Methodisches Vorgehen

Daten einer BAG Befragung aus dem Jahr 2015 werden anhand wissenschaftlichen Methoden ausgewertet, um den Ist-Zustand der Institutionen festzuhalten. Im Anschluss wird der Ist-Zustand mit einem erstellten Soll-Zustand verglichen, anhand relevanter Berichte zur spezialisierten Palliative Care-Versorgung in der stationären Langzeitpflege. Aus den Informationen wird eine Definition für ein Hospiz in der Schweiz anhand einer qualitativen Analysematrix abgeleitet.

Ist- und Soll-Zustand

Unterschiede zwischen den Institutionsformen lassen sich in der Ist-Analyse auf den Einrichtungstatus und auf die Eigenständigkeit bzw. Angliederung zurückführen. Die Differenzen beziehen sich unter anderem auf Patientinnen und Patienten, Personalstruktur und Finanzierung. Die Soll-Analyse empfiehlt für die Organisationsstruktur eines Hospizes eine eigenständige Institution, die einer stationären, spezialisierten Palliative Care-Versorgung in der Langzeitpflege zuzuordnen ist.

Definitionssynthese

Durch das Gegenüberstellen zentraler Kriterien der unterschiedlichen Institutionsformen mit dem Soll-Zustand kann folgende Definition für ein stationäres Hospiz abgeleitet werden:

Hospize sind eigenständige, sozialmedizinische Institutionen mit einem spezialisierten Palliative-Care-Auftrag und somit der stationären Langzeitpflege zuzuordnen. Sie agieren autonom bezüglich Aufnahme, Behandlung und Entlassung von Patientinnen und Patienten und haben eine Mindestanzahl von acht Betten.

Hospize betreuen Erwachsene ab 18 Jahren mit einer komplexen jedoch primär stabilen physischen, psychosozialen und spirituellen Problematik am Lebensende und begleiten deren Angehörige.

Hospize leisten eine ganzheitliche, individuelle, würdevolle, medizinische, pflegerische, psychosoziale und seelsorgerische Versorgung von Erwachsenen in ihrer letzten Lebensphase unter Einbezug nahestehender Bezugspersonen. Das Erreichen bestmöglicher Lebensqualität und das Lindern von belastenden Symptomen wird angestrebt. Zusätzlich möchten diese Institutionen ein "zweites Zuhause" bieten und das Lebensende in vertrauter, familiärer Atmosphäre ermöglichen.

Hospize beschäftigen qualifizierte Personen aus verschiedenen Gesundheitsfachbereichen, die eine spezialisierte Palliative Care Versorgung sicherstellen. Diplomierte Pflegefachpersonen vor Ort sowie jederzeit erreichbare Medizinerinnen und Mediziner haben mehrheitlich eine Ausbildung in spezialisierte Palliative Care (mindestens Level B2) absolviert. Die Integration eines weitläufigen Netzwerkes adäquat geschulter Freiwilliger ist essentiell. Die Freiwilligen begleiten Betroffene und nahestehende Bezugspersonen im Krankheitsverlauf, in der Sterbephase und, falls erwünscht, über die Trauerphase hinaus. Zugleich tragen sie zur Entlastung der Fachpersonen bei.

Hospize werden finanziert durch die öffentliche Hand, die obligatorische Krankenpflegeversicherung und durch die Leistungsnutzenden selbst. Zusätzlich sind sie auf Spenden angewiesen. Eine einheitliche, nachhaltige Finanzierung soll zukünftig angestrebt werden.

Schlussfolgerung

Anhand dieser Definition wird deutlich, dass es sich bei Hospizen um einen Bereich der Gesundheitsversorgung für Menschen mit spezifischen Palliative Care-Bedürfnissen handelt. Die Definitionssynthese dient der Plattform Palliative Care als Grundlage, um weitere Massnahmen zur Förderung dieses Angebots zu ermitteln.

Résumé

Contexte et objectifs du mandat

Dans le cadre de la "Stratégie nationale en matière de soins palliatifs" et en tenant compte des travaux déjà réalisés, il y a besoin d'action, en particulier dans le domaine des soins palliatifs spécialisés concernant les soins de longue durée. Aujourd'hui, il existe des institutions différentes dans ce domaine: institutions indépendantes avec un statut d'hôpital ou d'une maison de repos, des départements spécialisés ou des lits individuels dans une institution de soins de longue durée. Afin de promouvoir ces institutions, il est nécessaire d'examiner leurs différentes offres et services. Pour cette raison, l'objectif du mandat est de générer une définition d'un hospice en Suisse.

Méthodologie

Les données d'un sondage qui a été réalisé par l'OFSP en 2015 à l'aide de méthodes scientifiques afin d'obtenir l'état actuel des institutions. A la suite, l'état actuel a été comparé à un état visé qui est composé des rapports pertinents sur la situation des soins palliatifs spécialisés dans les soins de longue durée en Suisse. Sur la base des informations nous avons dérivé une définition d'un hospice stationnaire par l'intermédiaire d'une matrice d'analyse qualitative.

L'état actuel et l'état visé

Les différences entre les plusieurs institutions dans l'état actuel analysé (concernant les personnes admises et traités, les services et les objectifs, la structure du personnel et le financement) s'explique par le statut institutionnel (hôpital ou maison de repos) et par l'indépendance ou l'affiliation. Pour la structure organisationnelle d'un hospice, l'analyse de l'état visé recommande une institution indépendante qui est associée à des soins palliatifs spécialisés dans les soins de longue durée.

Synthèse de la définition

On a dérivé une définition d'un hospice stationnaire par la comparaison des critères centraux des institutions indépendantes avec un statut d'hôpital et un statut de maison de repos aussi bien que des départements spécialisés ou des lits individuels dans les établissements:

Des hospices sont *des institutions indépendantes et socio-médicales avec une offre de soins palliatifs spécialisés. Ils agissent de manière autonome concernant l'admission, le traitement et le déchargement des patients. Ils ont un nombre minimum de huit lits.*

Des hospices s'occupent *d'adultes âgés de 18 ans ou plus en fin de vie avec un problème physique, psychosocial et spirituel complexe mais essentiellement stable.*

Des hospices offrent des soins holistiques, individuels, dignes, médicaux, infirmiers, psychosociaux et pastoraux aux adultes dans la dernière phase de leur vie et leurs proches. On aspire d'offrir une vie de meilleure qualité et de soulager des symptômes pénibles. En outre, ces institutions souhaitent offrir une deuxième maison pour rendre possible la fin de vie dans une ambiance familière et familiale.

Des hospices emploient des personnes qualifiées dans des différents secteurs de soins de santé. Ils assurent les soins palliatifs spécialisés. Les infirmières diplômées sur place et les médecins disponibles à tout moment ont complété la formation de soins palliatifs spécialisés (au moins le niveau B2). L'intégration d'un réseau de collaborateurs volontaires bien formés est essentielle. Ils accompagnent les patients et leurs proches dans le cours de la maladie et le stade final et, si désiré, aussi dans le stade de deuil. Également ils contribuent au déchargement des spécialistes.

Des hospices sont financés essentiellement par le secteur public, l'assurance maladie obligatoire, les patients et les dons. Des dons ou des contributions financières de fondations peuvent couvrir les coûts supplémentaires. On aspire un financement uniforme et durable.

Conclusion

Cette définition indique que les hospices sont un domaine de services de santé pour des personnes avec des besoins spécifiques en soins palliatifs. La synthèse de la définition sert de base à la plateforme des soins palliatifs et à la mise en œuvre de mesures supplémentaires pour promouvoir cette offre.

Inhaltsverzeichnis

Management Summary	II
Résumé	IV
Inhaltsverzeichnis	VI
Tabellenverzeichnis	VII
Abkürzungsverzeichnis	VII
1 Ausgangslage und Zielsetzung	1
1.1 Ausgangslage	1
1.2 Ziele	2
1.3 Hospiz: Begriffsklärung	2
2 Methodik/Vorgehensweise	4
2.1 Datenbasis	4
2.2 Vorgehen bei der Definitionssynthese	4
3 Analyse des Ist-Zustandes	5
3.1 Eigenständige Institutionen mit Spitalstatus (inkl. Sonderlösungen)	5
3.2 Eigenständige Institutionen mit Pflegeheimstatus (inkl. Sonderlösungen)	8
3.3 Spezialisierte Abteilungen bzw. einzelne Betten in Langzeitpflege- Institutionen	10
3.4 Institutionen im Planungsstadium	12
3.5 Unterschiede und Gemeinsamkeiten.....	13
4 Analyse des Soll-Zustandes	17
5 Vergleich von Ist- und Soll- Zustand mit Definitionssynthese	20
5.1 Definitionssynthese	20
6 Schlussfolgerungen	21
6.1 Bedarf.....	21
6.2 Ausblick.....	22
Literatur	23
Anhang	24
Anhang A: Personal in eigenständigen Institutionen mit Spitalstatus	24
Anhang B: Aufnahmekriterien in eigenständigen Institutionen mit Pflegeheimstatus	24
Anhang C: Personal von eigenständigen Institutionen mit Pflegeheimstatus	25
Anhang D: Eigenschaften eigenständiger Institutionen im Planungsstadium	25
Anhang E: Finanzierung von spezialisierten Palliative Care Einrichtungen	26
Anhang F: Datenmatrix der Definitionssynthese	28

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Institutionen mit einem spezialisierten Palliative Care Angebot.....	5
Tabelle 2: Eigenschaften eigenständiger Institutionen mit Spitalstatus.....	6
Tabelle 3: Aufnahmekriterien in eigenständigen Institutionen mit Spitalstatus (Einzelkriterien oder Kombination).....	6
Tabelle 4: Eigenschaften eigenständiger Institutionen mit Pflegeheimstatus.....	8
Tabelle 5: Eigenschaften von spezialisierten Abteilungen bzw. einzelnen Betten in Langzeitpflege-Institutionen.....	10
Tabelle 6: Bedarfsberechnung von Betten zur Palliativversorgung.....	21

Abkürzungsverzeichnis

BAG: Bundesamt für Gesundheit

EAPC: European Association of Palliative Care

EDI: Eidgenössische Departement des Innern

FaGe: Fachangestellte Gesundheit

GDK: Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren

MAS: Master of Advanced Studies

OKP: Obligatorische Krankenpflegeversicherung

1 Ausgangslage und Zielsetzung

Im folgenden Kapitel wird näher auf die Ausgangslage von spezialisierter Palliative Care in der stationären Langzeitpflege bzw. Hospizen eingegangen. Ziel und Zweck des Mandats werden aufgezeigt und der Begriff "Hospiz" wird einführend näher diskutiert.

1.1 Ausgangslage

Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) hat am 27. April 2017 die Plattform Palliative Care lanciert. Im Rahmen der ersten Forumsveranstaltung erfolgte die Ermittlung des Handlungsbedarfs im Bereich Palliative Care. Berücksichtigung fanden Arbeiten, die während der sechsjährigen Laufzeit der "Nationale Strategie Palliative Care" umgesetzt worden sind. Ein zentrales Thema bildete die spezialisierte Palliative Care in der stationären Langzeitpflege bzw. Hospizversorgung. Es besteht Konsens, dass solche Angebote erforderlich sind, damit Patientinnen und Patienten in komplexen palliativen Situationen über längere Zeit betreut und behandelt werden können. Damit bieten Hospize eine Anschlusslösung zum Beispiel nach einem Spitalaufenthalt, gerade auch für jüngere, schwerkranke Patientinnen und Patienten. Ebenso entlasten sie auch Pflegeheime, die bei der Betreuung und Behandlung dieser Patientinnen und Patienten oftmals an ihre Grenzen stossen. Heute gibt es unterschiedliche Institutionen im diesem Bereich:

- Eigenständige Institutionen mit Spitalstatus¹ (Palliativklinik Hospiz im Park, Arlesheim; Palliativzentrum Hildegard Hospiz, Basel; Diaconis Palliative Care, Bern; La Chrysalide, La Chaux-de-Fonds; Rive-Neuve, Blonay), teilweise mit einzelnen Betten denen ein Pflegeheimstatus zukommt und/oder «Sonderlösungen» bezüglich der Finanzierung (z.B. Tagespauschalen, Aufenthaltsdauer bis zu 60 Tage möglich, Reha-Tarif)
- Eigenständige Institutionen mit Pflegeheimstatus² (z.B. Hospiz Aargau, Brugg; Kompetenzzentrum Pallivita Bethanien, Zürich) und z.T. mit einzelnen Akutbetten (Lighthouse Zürich)
- Spezialisierte Abteilungen bzw. einzelne Betten in Langzeitpflege-Institutionen (z.B. Reusspark, Niederwil; viva luzern Eichhof, Luzern).

¹ Organisationsstruktur, in der Leistungen primär gemäss der Spitalfinanzierung vergütet (Tarife der spezialisierten Langzeitversorgung) werden. Vgl. <https://www.palliative.ch/de/fachbereich/arbeitsgruppen-standards/tarife/>

² Organisationsstruktur, in der Leistungen primär gemäss der Pflegefinanzierung vergütet werden. Die Institution ist in einer kantonalen Pflegeheimliste aufgenommen. Vgl. <https://www.admin.ch/opc/de/federal-gazette/2008/5247.pdf>

Um solche Angebote der spezialisierten Palliative Care im Langzeitbereich zu fördern ist es notwendig, dass zuerst einige offene Fragen geklärt werden:

Es ist nicht bekannt,

1. welche Patientinnen und Patienten in diesen Institutionen behandelt und betreut werden (Diagnose, Aufenthaltsdauer),
2. ob die Leistungen, die in diesen Institutionen erbracht werden, die gleichensind,
3. wie die Finanzierung dieser Leistungen erfolgt,
4. welche Personalausstattung besteht und welche Anforderungen an die Qualifikation gelten.

Diese Informationen sind wichtige Grundlagen, um einerseits die Finanzierung dieses Angebots zu klären und andererseits, um die Versorgungslage für Menschen mit einer komplexen Problematik am Lebensende in der Schweiz zu erfassen.

1.2 Ziele

Ziel und Zweck des Mandats sind die Sichtung und Auswertung gesammelter Daten aus einer Befragung des BAG von Institutionen der spezialisierten Palliative Care im stationären Langzeitbereich aus dem Jahr 2015. Diese Daten lassen sich anschliessend mit relevanten Berichten zur Situation der Hospize bzw. zur spezialisierten Palliative Care Versorgung in der Schweiz vergleichen. Daraus sollen Elemente für eine Definition eines stationären Hospizes abgeleitet werden. Diese Definition dient der Plattform Palliative Care als Grundlage, um weitere Massnahmen zur Förderung von entsprechenden Angeboten zu ermitteln.

1.3 Hospiz: Begriffsklärung

Derzeit herrscht in der Schweiz kein Konsens, wie der Begriff "Hospiz" zu verstehen ist. Um einen Einblick in die unterschiedlichen Beschreibungen dieser speziellen Versorgungsstruktur auf nationaler und internationale Ebene zu erhalten, lassen sich unterschiedliche Definitionen heranziehen. Als internationale Ausgangslage kann das sogenannte "white paper" der European Association for Palliative Care (EAPC) verwendet werden. Ein Hospiz lässt sich demnach folgendermassen definieren: "Ein stationäres Hospiz nimmt Patienten in ihrer letzten Lebensphase auf, wenn die Behandlung in einem Krankenhaus nicht mehr notwendig und die Betreuung zu Hause oder einem Pflegeheim nicht möglich ist."³

Die Mehrheit der Patientinnen und Patienten mit einer unheilbaren Erkrankung können der allgemeinen Palliative Care zugeordnet werden. Die kleinere Patientengruppe jedoch benötigt aufgrund der

³ Radbruch und Payne, 2011, S. 265

zunehmenden Komplexität und Intensität der Behandlung eine spezialisierte Palliative Care Versorgung.⁴

Das Rahmenkonzept Palliative Care beschreibt die spezialisierte Palliative Care basierend auf den nationalen Leitlinien folgendermassen: "Unter dieser zahlenmässig kleineren Patientengruppe versteht man Patientinnen und Patienten, die auf Unterstützung durch ein spezialisiertes Palliative-Care-Team angewiesen sind. Dies, weil sie eine instabile und komplexe Krankheitssituation aufweisen und deshalb eine komplexe Behandlung bzw. die Stabilisierung von bestehenden Symptomen benötigen oder bei deren Bezugspersonen die Überschreitung der Belastungsgrenze erkennbar wird. Abgeleitet davon entstehen andere bzw. besondere Anforderungen an die Versorgungsstrukturen, an die notwendigen Palliative Care-Leistungen und Kompetenzen von Fachpersonen."⁵

Gemäss den "Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz"⁶ besteht das Angebot einer stationäre spezialisierte Palliative Care in Einrichtungen mit Spitalstruktur und Palliative Care-Auftrag und in sozialmedizinische Institutionen mit Palliative Care-Auftrag. Für eine Aufnahme in den akutstationären Bereich ist die Spitalbedürftigkeit Voraussetzung.⁷ Patientinnen und Patienten weisen eine instabile Krankheitssituation auf. Im Unterschied dazu, ist eine sozialmedizinische Institution der stationären Langzeitpflege zuzuordnen. Die Krankheitssituation der Betroffenen ist mehrheitlich stabil.⁸

Basierend auf diesen vorangegangenen Informationen, verstehen wir unter einem stationären Hospiz ein Angebot, welches der spezialisierten Palliative Care im stationären Langzeitbereich und nicht der stationären Akutsomatik (Akutspital) zuzuordnen ist. Wir sprechen daher von einer sozialmedizinischen Institution mit einem Pflegeheimstatus.

⁴ Bundesamt für Gesundheit BAG, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK und palliative ch, 2014a

⁵ Bundesamt für Gesundheit BAG, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK und palliative ch, 2014a, S. 6

⁶ BAG, palliative ch und GDK, 2012

⁷ Spitalbedürftigkeit liegt im Hauptanwendungsfall vor, wenn diagnostische oder therapeutische Anwendungen wegen den apparativen und personellen Anforderungen nur in einem Spital zweckmässig erfolgen können. Spitalbedürftigkeit ist ferner gegeben, wenn die Möglichkeiten ambulanter Behandlungsalternativen ausgeschöpft sind und nur ein Spitalaufenthalt noch Aussicht auf Erfolg verspricht (vgl. Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Basel, Genf, München, 1998, S. 70 mit zahlreichen Hinweisen).

⁸ Vgl. Bundesamt für Gesundheit (BAG), palliative ch und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) 2012

2 Methodik/Vorgehensweise

In den folgenden Absätzen werden die angewandte Methodik und die nötige Vorgehensweise beschrieben, um die vorangegangene Fragestellung zu adressieren.

2.1 Datenbasis

Die Datengenerierung fand mittels Onlinebefragung statt, bei der sowohl offene als auch geschlossene Fragetypen zur Anwendung kamen. 2015 erfolgte die Erhebung des BAG und 2017 wurde die FHS St. Gallen mit der Auswertung beauftragt. Adressen konnten durch Angaben aus der Befragung der Kantone (2011/2013)⁹ und der Befragung bei regionalen Sektionen der Fachgesellschaft palliative.ch ermittelt werden. Ziel war es, eine Übersicht über bestehende Angebote in diesem Bereich und deren Ausgestaltung zu erhalten. Informationen zu Organisationsstruktur, Aufnahme, Patientinnen/Patienten, Auftrag/Ziele, Personal und Finanzierung wurden gesammelt. Basierend auf den verfügbaren Datenarten wurden die Daten entsprechend mit qualitativen und quantitativen Analysemethoden ausgewertet. Im zweiten Schritt fand vom 15. Juli bis zum 15. September 2017 eine Ergänzung unvollständiger Daten durch telefonische und schriftliche Befragung Institutionsverantwortlicher statt. Speziell bei Institutionen, die sich in Planung befinden, waren einige Änderungen notwendig. Die Übersicht von existierenden spezialisierten Palliative Care Institutionen gibt allerdings primär den Ist-Zustand der Erhebung von 2015 wieder. Im Anschluss wurde eine Analyse des Soll-Zustandes für spezialisierte Palliative Care in der stationären Langzeitpflege durchgeführt. Die Erhebung erfolgte durch einen Vergleich von nationalen Bedarfsanalysen für Hospize und einer kollektiven Auswertung nach qualitativen Forschungsstandards (vgl. Kapitel 4), wobei neun Kriterien identifiziert wurden, die für diese Institutionen zentral sind: Organisation, Betten, Patientinnen/Patienten, Aufnahme, Auftrag/Ziele, Personal, externe Fachpersonen, Freiwillige und Finanzierung.

2.2 Vorgehen bei der Definitionssynthese

Um für Institutionen mit spezialisierter Palliative Care eine Definitionsempfehlung zur Verfügung zu stellen, wurde im finalen Analyseschritt basierend eine Definition abgeleitet. Die Ergebnisse des Ist-Zustandes wurden mit den neun zuvor genannten Kriterien der Analyse des Soll-Zustandes vergleichend gegenübergestellt. Anschliessend wurde für die Ableitung der Definition eine qualitative Analysematrix entworfen, um die identifizierten Inhalte nach Spalten sowie Zeilen zu synthetisieren

⁹ Vgl. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-palliative-care/grundlagen-zur-strategie-palliative-care/befragung-der-kantone-zu-palliative-care.html>

3 Analyse des Ist-Zustandes

Der Angebotsrahmen der spezialisierten Palliative Care in der stationären Langzeitversorgung wird gemäss der Datenanalyse in eigenständige Institutionen mit Spital- bzw. Pflegeheimstatus und spezialisierte Abteilungen bzw. einzelne Betten in Langzeitpflege-Institutionen eingeteilt. Zusätzlich sind auch Institutionen im Planungsstadium in der Analyse enthalten (vgl. Tabelle 1).¹⁰

Tabelle 1: Institutionen mit einem spezialisierten Palliative Care Angebot

Eigenständige Institutionen mit Spitalstatus (inkl. Sonderlösungen)
Rive-Neuve
Palliativklinik Hospiz im Park
Palliativzentrum Hildegard
Eigenständige Institutionen mit Pflegeheimstatus (inkl. Sonderlösungen)
Hospiz Aargau
Zürcher Lighthouse
La Maison de Tara (gemeinnützige Stiftung)
Spezialisierte Abteilungen bzw. einzelne Betten in Langzeitpflege-Institutionen
Pallivita Bethanien
Reusspark
Seniorenzentrum Wiesengrund
Pflegezentrum Spital Limmattal
Eigenständige Institutionen im Planungsstadium
Hospiz St. Gallen (Pflegeheimstatus, Eröffnung geplant 2018)
Hospiz Zentralschweiz (Pflegeheimstatus, Eröffnung geplant 2019)
Allani – Kinderhospiz Region Bern (Eröffnung geplant 2018)
Lichtblick Hospiz Basel (Eröffnung geplant 2020)

In den folgenden Absätzen wird die Ausgestaltung der verschiedenen Angebote näher beschrieben und zum Schluss zentrale Unterschiede (vgl. Kapitel 3.5) aufgezeigt.

3.1 Eigenständige Institutionen mit Spitalstatus (inkl. Sonderlösungen)

In der Befragung wurden drei Institutionen mit Spitalstatus, welche spezialisierte Palliative Care anbieten, eingeschlossen. Diese wurden entweder von der öffentlichen Hand oder von Stiftungen bzw. Vereine in Auftrag gegeben. Träger ist bei allen Einrichtungen eine Stiftung.

¹⁰ Diese lassen sich bereits teilweise einem Angebotsrahmen zuordnen (vgl. Tabelle 1).

Die folgende Übersicht ermöglicht, verschiedene Eigenschaften der Einrichtungen sowie der Patientinnen und Patienten zu vergleichen (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2: Eigenschaften eigenständiger Institutionen mit Spitalstatus

Eigenständige Institutionen mit Spitalstatus	Kanton	Bettenanzahl	Medizinische Versorgung	Aufenthaltsdauer (Tage)	Anzahl der Todesfälle pro Jahr	Häufigste Altersgruppe	Personen pro Jahr
Rive-Neuve	Waadt	20	Angestelltes Ärzteteam	27	71	70	230
Palliativklinik Hospiz im Park	Basel Landschaft	8	Angestelltes Ärzteteam	13 (Median 7)	194	75 (Median)	215
Palliativzentrum Hildegard	Basel	19	Angestelltes Ärzteteam	12	216	65 bis 75	450

Zwei der drei Institutionen befinden sich in der Region von Basel und die Anzahl der Betten für spezialisierte Palliative Care liegt zwischen acht und 20.

Patientinnen/Patienten und Aufnahme: Patientinnen und Patienten in diesen Institutionen haben überwiegend ein Alter zwischen 65 und 75 Jahren und sind mehrheitlich von einer Tumorerkrankung betroffen. Die Aufenthaltsdauer beträgt in allen drei Einrichtungen durchschnittlich nicht mehr als 30 Tage. Betroffenen versterben zum Teil in diesen Institutionen, werden aber häufig wieder nach Hause oder in ein Pflegeheim entlassen (Rive-Neuve und Palliativzentrum Hildegard). Über die Aufnahme entscheiden Einzelkriterien oder eine Kombination von Kriterien. Primär konzentrieren sich diese Kriterien auf die physische Indikation einer fortschreitenden, schweren Erkrankung ohne Aussicht auf Heilung (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 3: Aufnahmekriterien in eigenständigen Institutionen mit Spitalstatus (Einzelkriterien oder Kombination)

Eigenständige Institutionen mit Spitalstatus	Aufnahmekriterien
Rive-Neuve	<ol style="list-style-type: none"> 1. Physische Indikation: Fortgeschrittene Erkrankung ohne Aussicht auf Heilung, instabile bzw. komplexe Krankheitssituation, Symptomkontrolle notwendig 2. Psychosoziale Indikation: Belastende Situation und schwierige Entscheidungsfindung
Palliativklinik Hospiz im Park	<ol style="list-style-type: none"> 1. Physische Indikation: Fortgeschrittene, unheilbare Erkrankung, eine Spitalbedürftigkeit ist vorhanden, Anpassung der Behandlung und/oder Symptomkontrolle sind erforderlich 2. Psychosoziale Indikation: Belastung der Angehörigen (Angebot von Ferienbetten)
Palliativzentrum Hildegard	<ol style="list-style-type: none"> 1. Physische Indikation: Fortgeschrittene, unheilbare Erkrankung, multimorbide Krankheitssituation, im häuslichen Umfeld schlecht kontrollierbare Symptomatik, regelmässige Überwachung ist notwendig 2. Psychische Indikation: Ungenügend Copingstrategien der Betroffenen und der Angehörigen, Krisen im Rahmen der Erkrankung 3. Soziale Indikation: Überlastung der betreuenden Personen, Wunsch nach Sterbebegleitung, fehlendes nicht organisierbares Betreuungsnetz

Patientinnen und Patienten weisen zum Teil einen instabilen und/oder sehr komplexen Krankheitszustand auf, was eine Symptomkontrolle und/oder Anpassung der Behandlung und daher einen

Spitalaufenthalt erfordert. Die Entscheidungsfindung am Lebensende ist schwierig und die Sterbephase ist für Betroffene und Bezugspersonen belastend.

Eine Anmeldung für die Aufnahme erfolgt primär über medizinische Dienste¹¹ oder in selteneren Fällen über Fachpersonen der Spitex.

Auftrag und Ziel: Leistungen dieser drei Einrichtungen konzentrieren sich primär auf ein medizinisches, therapeutisches und pflegerisches Angebot durch qualifiziertes Personal. Ziel ist eine Stabilisierung der Krankheitssituation und die Verbesserung krankheitsbedingter Symptome mit Fokus auf die Schmerzlinderung. Nahestehende Bezugspersonen werden im Laufe des Aufenthaltes unterstützt und begleitet. Eine Vorbereitung für einen möglichen Austritt in die gewohnte Umgebung und die Organisation von Spitex-Diensten wird angeboten. Falls die Möglichkeit einer Entlassung nicht besteht werden Patientinnen und Patienten im Krankheitsverlauf und Sterbeprozess begleitet. Ziel ist es durch einen ganzheitlichen Ansatz eine bestmögliche Lebensqualität sicherzustellen und belastende Symptome optimal zu lindern. Alle drei Institutionen besitzen daher auch ein Leitbild zur spezialisierten Palliative Care Versorgung. Psychosoziale und spirituelle Aspekte werden entsprechend den Wünschen der unheilbar erkrankten Personen berücksichtigt.

Personalausstattung: Alle eigenständigen Einrichtungen mit Spitalstatus greifen auf ein intern angestelltes Team von vier bis fünf Medizinerinnen und Mediziner zurück (vgl. Anhang A). Daher ist die Erreichbarkeit von ärztlichem Personal über 24-Stunden sichergestellt. Das Kernteam besteht zusätzlich aus über zwanzig diplomierten Pflegefachpersonen, Fachangestellten Gesundheit (FaGe) und Pflegeassistentinnen und -assistenten. Die Mehrheit dieses Kernteams ist in Palliative Care ausgebildet oder hat an einer Schulung teilgenommen. Im Palliativzentrum Hildegard haben 20 von 28 diplomierten Pflegefachpersonen den Zertifikats-Lehrgang "Interprofessionelle spezialisierte Palliative Care" (Level B2)¹² und zwei den Master of Science bzw. Master of Advanced Studies für Palliative Care (Level C)¹³ absolviert. Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten haben zum Teil an dem Palliative Care Basiskurs (Level A1)¹⁴ teilgenommen.

¹¹ Hier sind Hausärztinnen und Hausärzte gemeint, sowie andere Fachärztinnen und Fachärzte beispielsweise der Onkologie oder Spitalsärztinnen und Spitalsärzte

¹² Level B2 von mindestens 280 Stunden: "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." (palliative ostschweiz, 2015, S. 42)

¹³ Level C von mindestens 1800 bzw. 2700 Stunden: "Berufsfachleute des Gesundheitswesens, eigentliche Experten, die hochspezialisierte Palliative Care anbieten." (palliative ostschweiz, 2015, S. 42)

¹⁴ Level A1 von mindestens 24 Stunden (3 Tage): 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." (palliative ostschweiz, 2015, S. 42)

Rive-Neuve beteiligt sich auch institutionsintern an der Sensibilisierung der Palliative Care in der Öffentlichkeit (beispielsweise durch Vorträge oder Diskussionsrunden) und bietet auch Ausbildungen im Rahmen der Palliative Care für alle Interessierten an (Basiskurs Niveau A1).

Weiteres Personal, das eine spezialisierte Palliative Care Versorgung gewährleistet, setzt sich zusammen aus: Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Psychologinnen und Psychologen, Seelsorge-rinnen und Seelsorger, Physiotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Zusätzlich sind auch in manchen Institutionen Cranio Sacral-, Kunst-, Aroma- oder Musik - Therapeuten und Therapeutinnen angestellt. Rive-Neuve beschäftigt noch eine Person, die für die Koordination der Freiwilligen zuständig ist. Falls Verträge mit externen Fachpersonen bestehen, werden zum Teil weitere Fachärztinnen und Fachärzte (Onkologie, Palliative Care, Psychiatrie und andere), Psychologinnen und Psychologen, Pflegefachpersonen des mobilen Palliative Care Dienstes oder der Spitex oder Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberater hinzugezogen. Das Team wird auch in allen Einrichtungen durch ein Netzwerk von Freiwilligen ergänzt und unterstützt, die in Palliative Care geschult sind. Durchschnittlich arbeiten diese vier Stunden pro Woche (Palliativzentrum Hildegard). Aufgaben umfassen die psychosoziale Begleitung von Betroffenen sowie zum Teil auch von nahestehenden Bezugspersonen und die Unterstützung in der Trauerphase.

Finanzierung: Die Finanzierung dieser spezialisierten Palliative Care Versorgung erfolgt in den drei Institutionen primär über die obligatorische Krankenversicherung (OKP) und den Kanton gemäss der Spitalfinanzierung (vgl. Anhang E). Zusätzlich fliessen Spenden zur Finanzierung des Angebots mit ein. Aufenthaltskosten betragen in allen drei Institutionen durchschnittlich etwas über CHF 1'200 pro Tag und pro Patientin und Patient (nur abrechenbare Kosten, vgl. Kap. 3.2).

3.2 Eigenständige Institutionen mit Pflegeheimstatus (inkl. Sonderlösungen)

Zwei existierende, eigenständige Institutionen mit Pflegeheimstatus wurden in dieser Analyse berücksichtigt: Das "Hospiz Aargau" und das "Zürcher Lighthouse". Das "La Maison de Tara" in Genf stellt eine Sonderlösung dar und definiert sich selbst als "family pension". Sie ist nicht in der Akut-somatik angesiedelt, sondern lässt sich am ehesten dem Angebot von Institutionen mit Pflegefinanzierung zuordnen (aufgrund von Angebot und Zielgruppe), weshalb die Institution in diesem Kapitel aufgelistet ist (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 4: Eigenschaften eigenständiger Institutionen mit Pflegeheimstatus

Eigenständige Institutionen mit Pflegeheimstatus	Kanton	Trägerschaft	Bettenanzahl	Medizinische Versorgung	Aufenthaltsdauer (Tage)	Anzahl Todesfälle	Häufigstes Alter	Personen pro Jahr
Hospiz Aargau	Aargau	Verein	9	Hausärztin/ Hausarzt, Hospiz nahe- stehender Arzt	30 bis 60	90	60 bis 69	100
Zürcher Light-house	Zürich	Stiftung	16	Angestelltes Ärzteteam	60	44	50 bis 70	90

La Maison de Tara	Genf	Stiftung	4	Hausärztin/ Hausarzt	30	25	50 bis 80	25
-------------------	------	----------	---	-------------------------	----	----	-----------	----

In dieser Übersicht werden wichtige Eigenschaften bezüglich der drei Einrichtungen, die sich in Aargau, Zürich und Genf befinden, zusammengefasst.

Patientinnen/Patienten und Aufnahme: Personen, die behandelt werden sind, wie in den anderen Institutionen, überwiegend im Alter zwischen 50 bis 80 Jahren und sind mehrheitlich von einer Krebserkrankung betroffen. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt zwischen 30 und 60 Tage, was deutlich länger ist als bei den Institutionen mit Spitalstatus. Dies reflektiert sich auch in der geringeren Anzahl von Personen, die jährlich eine spezialisierte Versorgung erhalten und auch in der verminderten Anzahl von Todesfällen. Über die Aufnahme entscheiden Einzelkriterien bzw. eine Kombination von Kriterien. Die Indikation einer fortschreitenden, schweren Erkrankung ohne Aussicht auf Heilung ist ein zentrales Kriterium (vgl. Anhang B). Patientinnen und Patienten haben überwiegend eine stabilere physische Problematik ohne Spitalbedürftigkeit, im Unterschied zu den Institutionen mit Spitalstatus. Das soziale Netzwerk ist zum Teil schwer belastet und die Situation ist aus psychosozialer Sicht sehr komplex. Zusätzlich zu den Gesundheitsfachpersonen sind Patientinnen und Patienten und/oder die nahestehenden Bezugspersonen in der Erstanmeldung involviert.

Auftrag und Ziel: Primär fokussieren sich diese Institutionen intern auf ein pflegerisches, therapeutisches und spirituelles Angebot. Eine wichtige Aufgabe dieser Einrichtungen wird darin gesehen, Personen in der natürlichen Lebensphase des Sterbens beizustehen. Die Vorbereitung auf eine Entlassung steht zum Teil nicht primär im Vordergrund, sondern die neue Umgebung soll ein letztes Zuhause anbieten können. Die Symptomkontrolle und die Stabilisierung der psychosozialen Situation sind Eckpfeiler der Versorgung, damit die bestmögliche Lebensqualität erhalten bleibt. Ein Sterben in Würde ermöglichen zu können, möglichst ohne Beschwerden, wird angestrebt. Die Begleitung, Betreuung und der Austausch mit nahestehender Bezugspersonen, auch auf Wunsch über den Tod der geliebten Person hinaus, wird ebenfalls als Kernaufgabe wahrgenommen und ist in diesen Einrichtungen zentral. Ein Leitbild bezüglich des Angebots von spezialisierter Palliative Care ist vorhanden. Um diese Leistungen ermöglichen zu können arbeiten Pflegepersonen, Freiwillige, Ärztinnen und Ärzte sowie Seelsorge, Sozialarbeit und andere therapeutische Dienste eng zusammen. Ziel ist es auch Freiwillige soweit intern auszubilden und in der Arbeit zu integrieren, dass sie das erlernte Wissen an die Gesellschaft weitergeben können.

Personalausstattung: Beide Einrichtungen mit Pflegeheimstatus haben für die spezialisierte Palliative Care Versorgung ein Kernteam von 19 Pflegepersonen zur Verfügung, von denen rund 50 bis 100% eine Ausbildung in Palliative Care besitzen oder in Palliative Care geschult sind (vgl. Anhang C). Das La Maison de Tara arbeitet im Kernteam primär mit diplomierten Pflegepersonen und drei Nachtbediensteten, die alle eine spezialisierte Palliative Care Ausbildung (Zertifikatslehrgang Level B2) absolviert haben. Im Vergleich zu den Einrichtungen mit Spitalstatus gibt es eine wesentlich geringere Anzahl von angestellten Medizinerinnen und Medizinerinnen. Ärztinnen und Ärzte sind in zwei Einrichtungen nicht Teil des Personals, sondern eine medizinische Versorgung wird extern durch Hausärztinnen und Hausärzte oder einem dem Hospiz nahestehenden Arzt gewährleistet. Weiteres Personal setzt sich zusammen aus: Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern, Seelsorgerinnen und

Seelsorgern und Therapeutinnen und Therapeuten, die sich auch in Spitalstrukturen wiederfinden lassen. Externen Fachpersonen, welche hinzugezogen werden, sind vielfach weitere Gesundheitsfachpersonen, da sie zum Teil nicht in den Institutionen angestellt sind.

Die Integration von Freiwilligen ist für diese Institutionen essentiell.¹⁵ Sie arbeiten durchschnittlich drei bis vier Stunden pro Woche, wobei diese Zahl stark variieren kann. Ihre Tätigkeiten umfassen die psychosoziale und emotionale Begleitung von Patientinnen und Patienten, und von nahestehenden Bezugspersonen, die Sitzwache, die Trauerbegleitung und Öffentlichkeitsarbeit und gehen über jene von Freiwilligen, die innerhalb von Spitalstrukturen tätig sind, hinaus. Zum Teil werden sie wie Familienmitglieder oder Bezugspersonen wahrgenommen. Im La Maison de Tara stellen sie auch eine Entlastung für Pflegepersonen dar, da sie auch soweit geschult werden sodass sie einfache pflegerische Tätigkeiten übernehmen können.

Finanzierung: Die Finanzierung bezüglich der spezialisierten Palliative Care Versorgung in den Institutionen mit Pflegeheimstatus ist sehr unterschiedlich im Vergleich zu den Institutionen mit Spitalstatus, da Kosten anhand der Pflegefinanzierung verrechnet werden.¹⁶ Die OKP und die Wohnsitzgemeinde decken demzufolge einen Teil der Pflegeleistungen ab. Leistungsnutzende leisten ebenfalls einen Beitrag. Allerdings sind diese drei Institutionen alle auf zusätzliche finanzielle Mittel einer Stiftung bzw. auf Spenden angewiesen (vgl. Anhang E). Ausgaben bewegen sich in einem geringeren Bereich als bei den Institutionen mit Spitalstatus und belaufen sich auf durchschnittlich zwischen rund CHF 500 und CHF 700 pro Tag und Patientin bzw. Patient. Gemeint sind allerdings abrechenbare Kosten; die tatsächlichen Vollkosten sind um die Hälfte höher, d.h. rund CHF 1000 pro Tag. Kostenunterschiede lassen sich unter anderem auf die Zusammensetzung des Personals zurückführen (vgl. Anhang C).

3.3 Spezialisierte Abteilungen bzw. einzelne Betten in Langzeitpflege-Institutionen

Diese spezialisierten Abteilungen bzw. einzelne Betten in Langzeitpflege-Institutionen befinden sich in den Kantonen Zürich und Aargau (vgl. Tabelle 5). Den Auftrag für dieses Angebot erteilten sich die Institutionen primär selbst.

Tabelle 5: Eigenschaften von spezialisierten Abteilungen bzw. einzelnen Betten in Langzeitpflege-Institutionen

Spezialisierte Abteilungen bzw. einzelne Betten in Langzeitpflege Institutionen	Kanton	Bettenanzahl	Medizinische Versorgung	Aufenthaltsdauer (Tage)	Anzahl Todesfälle	Häufigstes Alter	Personen pro Jahr
Pallivita Bethanien	Zürich	8 (Ziel sind 16)	Externe Hausärztinnen und Hausärzte und andere medizinische Dienste	30 bis 60 Tage	28	60	28

¹⁵ La Maison de Tara hat sich zum Ziel gesetzt ihr Netzwerk von über 100 Freiwilligen soweit auszubilden, dass sie ihr angeeignetes Wissen auch an die Gesellschaft weitergeben können.

¹⁶ Vgl. Pflegegesetz vom 27. September 2010, LS 855.1

Reusspark	Aargau	4	Eigene ange- stellte Ärztin o- der Arzt	38	24	60 bis 75	31
Seniorenzentrum Wiesengrund	Zürich	2 offizi- elle Hos- pizbetten	Extern durch Hausärztinnen und Hausärzte	18	28	40 bis 70	28
Pflegezentrum Spital Limmattal	Zürich	6	Eigene ange- stellte Ärztinnen und Ärzte	36	28	38 bis 84	28

Ihre Bettenanzahl liegt bei unter zehn Betten für spezialisierte Palliative Care, was zum Teil geringer ist als bei den eigenständigen Institutionen. Diese Angabe reflektiert sich auch in der geringeren Anzahl von Personen, die pro Jahr durchschnittlich spezialisierte Palliative Care erhalten und in den Institutionen versterben.

Patientinnen/Patienten und Aufnahmeprozess: Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer und auch die Altersgruppe der Patientinnen und Patienten lassen sich mit denen der eigenständigen Institutionen mit Pflegeheimstatus vergleichen. Was in dieser Tabelle auffallend ist, ist die Tatsache, dass die grosse Mehrheit der Personen, die mit spezialisierter Palliative Care behandelt werden, auch in diesen Institutionen versterben. Dies stellt einen Kontrast zu den eigenständigen Institutionen mit Spitalstatus dar (vgl. Tabelle 2). Der Aufnahmeprozess (Personen, die die Anmeldevoraussetzung prüfen) und auch die Aufnahmekriterien stimmen mehrheitlich mit denen der anderen Institutionen mit Pflegeheimstatus überein: Erwachsene leiden an einer bereits weit fortgeschrittenen Erkrankung. Die vermutete Lebensdauer ist begrenzt und die Entscheidungsfindung ist erschwert. Der Betreuungsaufwand am Lebensende ist so komplex, dass die nötige Versorgung im gewohnten Umfeld nicht (mehr) gewährleistet werden kann. Eine Spitalbedürftigkeit ist nicht gegeben. Ausschlusskriterien stimmen ebenfalls grossteils mit denen von eigenständigen Institutionen mit Pflegeheimstatus überein: Patienten und Patientinnen mit hochkomplexen Problematiken können nicht betreut werden.¹⁷

Auftrag und Ziel: Ziele und Aufgaben stimmen mehrheitlich mit jenen der existierenden, eigenständigen Institutionen mit Pflegeheimstatus überein (vgl. Zürcher Lighthouse, Hospiz Aargau). Kernaufgaben bewegen sich primär um eine medizinische, pflegerische, psychosoziale und seelsorgerische Betreuung. Patientinnen und Patienten sowie nahestehende Bezugspersonen werden im Krankheitsverlauf und im Sterbeprozess durch pflegerische und medizinische Fachpersonen, einem breiten therapeutischen Angebot, durch Freiwillige und Seelsorge begleitet. Ziel ist es eine ganzheitliche und individuelle Betreuung anzubieten, um eine möglichst hohe Lebensqualität der Betroffenen zu gewährleisten. Allerdings ist die Umsetzung dieses Angebotes in den verschiedenen Institutionen sehr unterschiedlich, da teilweise das Personal nicht eigens für diese Betten verfügbar ist oder die Integration von Freiwilligen stark variiert (siehe folgende Absätze).

Personal: Die Personalausstattung spiegelt die der eigenständigen Institutionen mit Pflegeheimstatus weitgehend wieder. Kernteam in den Einrichtungen Reusspark und Pallivita Bethanien bildet das

¹⁷ Reusspark beispielsweise nennt hier invasiv beatmeten Personen, Ernährung über einen venösen Katheter oder eine bestehende Behandlung mit Chemo-/ oder Radiotherapie.

Pflegepersonal, welches kollektiv in Palliative Care geschult ist. Zum Teil haben die diplomierten Pflegefachpersonen auch den Zertifikats-Lehrgang "Interprofessionelle spezialisierte Palliative Care (Level B2) absolviert. Die Erreichbarkeit von einer Ärztin oder einem Arzt ist rund um die Uhr sichergestellt. Zusätzliches Personal umfasst Sozialerbeiterinnen und Sozialarbeiter, Seelsorgerinnen und Seelsorger, sowie zusätzliche therapeutische Dienste. Weitere medizinische Fachpersonen werden extern hinzugezogen und auch eine Zusammenarbeit mit bestimmten Spitälern findet statt (z.B. Kantonsspital Baden Tumorzentrum). In den anderen Institutionen mit einzelnen Betten sind Mitarbeitende nicht immer gezielt für dieses Versorgungsangebot angestellt.

Die Integration von Freiwilligen ist ebenfalls sehr heterogen. Die Stundenanzahl ihrer wöchentlichen Anwesenheit variieren zwischen einer Stunde und fünf Stunden und ihre Aufgaben reichen von einer reinen Begleitung der Betroffenen bis zu einer Begleitung der Betroffenen und der Angehörigen inklusive Sitzwache und Trauerbegleitung. Zum Teil kommen Freiwillige auch bei anderen Patientinnen und Patienten der Institutionen oder Abteilungen zum Einsatz.

Finanzierung: Die Finanzierung des spezialisierten Palliative Care Angebots entspricht derjenigen in eigenständigen Institutionen mit Pflegeheimstatus gemäss der Pflegefinanzierung: OKP, sowie Gemeinde leisten wichtige Beiträge und Patientinnen und Patienten übernehmen die üblichen Kosten der stationären Langzeitversorgung (Pensionstaxe, Beitrag zu Pflege und Betreuung...). Im Unterschied zu den eigenständigen Institutionen mit Pflegeheimstatus jedoch, muss die Aufrechterhaltung der Betriebe nicht zusätzlich durch Spenden sichergestellt werden.

Durchschnittlich bewegen sich die Ausgaben pro Tag und Patientin bzw. Patient zwischen rund CHF 300 und CHF 350 (abrechenbare Kosten). Die finanzielle Belastung ist daher im Vergleich zu den eigenständigen Institutionen geringer. Zum Teil gibt es auch keine eigene Kostenrechnung für diese einzelnen Betten (Pflegezentrum Spital Limmattal).

3.4 Institutionen im Planungsstadium

Vier Institutionen mit spezialisiertem Palliative Care-Angebot befinden sich im Planungsstadium. Hierbei hat das geplante Allani-Kinderhospiz Region Bern Kinder als Zielgruppe definiert.¹⁸ Die Anzahl von sieben bis zwölf Betten sowie die geschätzte Aufenthaltsdauer ist mit existierenden Institutionen mit Pflegeheimstatus vergleichbar (vgl. Anhang D).

Patientinnen/Patienten und Aufnahme: Aufnahmekriterien, die für die Institutionen mit Erwachsenen schon feststehen, stimmen ebenfalls weitgehend mit denen der existierenden Einrichtungen mit Pflegeheimstatus überein und entsprechen denen einer sozialmedizinischen Einrichtung¹⁹. Betroffene haben eine mehrheitlich stabilere Krankheitssituation, die jedoch eine komplexe Behandlung verlangt. Die Versorgung im häuslichen Umfeld ist nicht (mehr) möglich und ein Spitalaufenthalt nicht nötig. Auch für diese Institutionen können mehrheitlich alle involvierten Personen eine Erstanmeldung tätigen oder sind daran beteiligt. Zusätzlich ist im Hospiz St. Gallen davon auszugehen,

¹⁸ Da diese vier Institutionen noch in Planung sind bzw. erst zwischen 2018 und 2020 ihre Arbeit aufnehmen, sind mehrere Angaben zurzeit noch nicht verfügbar.

¹⁹ Vgl. BAG, palliative.ch und GDK, 2012a

dass auch der Palliative Brückendienst bzw. der Sozialdienst im Aufnahmeprozess eine Rolle spielen wird.

Das Kinderhospiz plant bis zu acht Kinder mit einer lebenslimitierenden Diagnose aufzunehmen.

Auftrag und Ziele: Ziele, Aufgaben und Leistungen stimmen mehrheitlich mit jenen der existierenden eigenständigen Institutionen mit Pflegeheimstatus überein (vgl. Zürcher Lighthouse, Hospiz Aargau). Das Anbieten eines "home away from home", wo Patientinnen und Patienten sich zuhause fühlen können, ist erneut zentral. Speziell betonen einige Einrichtungen nochmals das Ziel auch für jüngere Personen in ihrer letzten Lebensphase attraktiv zu sein.

Das Kinderhospiz in Bern möchte eine professionelle medizinische, pflegerische und therapeutische stationäre Betreuung und Begleitung anbieten. Ein optimales Symptommanagement sowie die Entlastung der Familien werden angestrebt und ein Netzwerk an Therapieangeboten wird verfügbar gemacht. Die Institution ist Ansprechpartner für aktuelle und weiterführende Themen, die sich aus der momentanen Situation der Kinder und deren Familien ergeben.

Personalausstattung: Die Zusammensetzung des Kernteams der Einrichtungen ist noch nicht für alle Institutionen festgelegt. Im Hospiz St. Gallen werden voraussichtlich sechs bis 15 diplomierte Pflegefachpersonen mit Zusatzausbildungen in Palliative Care und zwei bis drei Fachangestellte Gesundheit (FaGe) und Pflegeassistentinnen oder -assistenten angestellt. Das Hospiz Zentralschweiz geht von rund 15 Pflegefachpersonen aus. Ärztinnen und Ärzte werden im Hospiz St. Gallen nicht direkt angestellt sein. Allerdings sind Zusammenarbeitsverträge mit dem Palliativzentrum des Kantonsspitals St. Gallen geplant (vgl. Anhang D). Im Unterschied dazu plant das Hospiz Zentralschweiz vier bis fünf Mediziner oder Medizinerinnen (60-80% Stellen) anzustellen. Externe Fachpersonen (Fachärztinnen und Fachärzte und therapeutische Dienste) aus den verschiedenen Bereichen werden je nach Bedarf für die spezialisierte Palliative Care Versorgung hinzugezogen. Freiwillige werden eine zentrale Rolle in der Begleitung von Betroffenen sowie Angehörigen einnehmen und auch in der Öffentlichkeitsarbeit tätig sein.

Finanzierung: Es ist geplant das Angebot des Hospizes St. Gallen und des Hospizes Zentralschweiz gemäss der Pflegefinanzierung, wie die bereits existierenden Institutionen mit Pflegeheimstatus, zu finanzieren. Allerdings werden auch hier Spendengelder bzw. Unterstützung durch Stiftungen zur Betriebserhaltung benötigt werden (vgl. Anhang E). Die Finanzierung des Kinderhospizes in Bern und des Lichtblick Hospiz Basel ist noch in der Planungsphase.

3.5 Unterschiede und Gemeinsamkeiten

Im Folgenden werden zentrale Unterschiede und Gemeinsamkeiten bezüglich der drei erwähnten Angebotsrahmen: Institutionen mit Spitalstatus, Institutionen mit Pflegeheimstatus und spezialisierte Abteilungen bzw. einzelne Betten in Langzeitpflege-Institutionen, zusammengefasst.²⁰

²⁰ In einigen Punkten stimmen die Angebote der Institutionen mit Pflegeheimstatus (existierend und geplant) mit denjenigen spezialisierter Abteilungen bzw. einzelner Betten in Langzeitpflegeinstitutionen überein, weshalb sie kollektiv unter Pflegeheimstatus dargestellt sind.

Patientinnen/Patienten und Aufnahme: Betroffene leiden in allen Institutionen vorwiegend an der Diagnose Krebs, gefolgt von terminalen Herz- oder Lungenerkrankungen und ihre Lebenszeit beträgt meist nur mehr Tage bzw. Wochen oder wenige Monate. Aufnahmekriterien stützen sich jedoch auf die Bedürfnisse der Betroffenen und der nahestehenden Bezugspersonen und nicht auf eine medizinische Diagnose. Die Krankheitssituation ist komplex und der Betreuungsaufwand ist hoch, weshalb spezialisierte Palliative Care erfordert wird. Unterschiede zwischen den Angebotsrahmen beziehen sich primär auf den Krankheitszustand, die Aufenthaltsdauer und den Aufnahmeprozess und betreffen primär den Institutionsstatus und nicht die Angliederung oder Eigenständigkeit.

Für Institutionen mit Spitalstatus ist charakteristisch:

- Patientinnen und Patienten mit komplexem bzw. instabilem Krankheitszustand
- Spitalbedürftigkeit²¹ ist vorhanden
- Durchschnittliche Aufenthaltsdauer unter 30 Tage
- Aufnahmeanmeldung primär durch schriftliche Verordnung von einem ärztlichen Dienst

Für Institutionen mit Pflegeheimstatus ist charakteristisch:

- Patientinnen und Patienten mit komplexem Krankheitszustand
- Keine Spitalbedürftigkeit
- Durchschnittliche Aufenthaltsdauer 30 Tage und länger
- Aufnahmeanmeldung durch Gesundheitsfachpersonen aber auch Anfragen zur Aufnahme von Patientinnen/Patienten und Bezugspersonen

Auftrag und Ziele: Was diese Angebote gemeinsam haben ist, dass sie alle primär das Ziel verfolgen schwerkranken Personen ein möglichst lebenswertes Leben in ihrer verbleibenden Zeit zu ermöglichen. Eine Heilung steht nicht mehr primär im Fokus, sondern das Erreichen der bestmöglichen Lebensqualität. Eine Entlastung der Bezugspersonen wird angestrebt. Allerdings finden sich Unterschiede bezüglich der Leistungen und Aufgaben.

Für Institutionen mit Spitalstatus ist charakteristisch:

- Symptomkontrolle und/oder Anpassung der Behandlung
- Fokus auf Schmerzbehandlung
- Stabilisierung der Problematik, um eine Entlassung in das gewohnte Umfeld zu ermöglichen
- Falls eine Entlassung nicht möglich ist werden Betroffene im Sterbeprozess begleitet

Für Institutionen mit Pflegeheimstatus ist charakteristisch:

- Symptomkontrolle
- Entlassung steht teilweise nicht im Vordergrund
- Betonung der häuslichen, familiären Atmosphäre ("home away from home") wo die Normalität des Sterbens in Ruhe ermöglicht werden soll

²¹ Siehe Kapitel 1.3

Personal: Das Personal, welches eine spezialisierte Palliative Care Versorgung ermöglicht, lässt sich zum Teil grundlegend unterscheiden. Hier kommt nicht nur der Institutionsstatus zum Tragen, sondern auch die Eigenständigkeit bzw. Angliederung der Einrichtung.

Für Institutionen mit Spitalstatus ist charakteristisch:

- Eigene angestellte Ärztinnen bzw. Ärzte, die über 24-Stunden erreichbar sind
- Mehrheit des Personals mit Ausbildung in Palliative Care und 50-100% der diplomierten Pflegefachpersonen mit Ausbildung in spezialisierter Palliative Care (B2 Level)
- Zum Teil keine Zusammenarbeit mit externen Fachpersonen, da viele therapeutische Dienste bereits in der Institution verfügbar sind
- Integration von Freiwilligen heterogen: Anzahl und Anwesenheit pro Woche ist in den Institutionen sehr unterschiedlich und auch deren Aufgaben variieren

Für Institutionen mit Pflegeheimstatus ist charakteristisch:

- Ärztinnen und Ärzte über 24-Stunden erreichbar aber nicht immer eigens angestellt
- Mehrheit des Personals mit Ausbildung in Palliative Care und 50-100% der diplomierten Pflegefachpersonen mit Ausbildung in spezialisierter Palliative Care (B2 Level)
- Institutionen sind auf externe Fachpersonen bzw. vor allem auf externe medizinische Dienste angewiesen
- Integration von Freiwilligen essentiell für die Aufrechterhaltung des Betriebs (vgl. La Maison de Tara mit Netzwerk von 100 Freiwilligen)
- Aufgaben der Freiwilligen sind in diesen Institutionen sehr umfassend²²: Entlastung der Betroffenen und Angehörigen (Sitzwache, Spaziergehen, Vorlesen, bei administrative Tätigkeiten unterstützen und andere) und auch zum Teil der Fachpersonen²³

Für spezialisierte Abteilungen/einzelne Betten in Langzeitpflege-Institutionen ist charakteristisch:

- Ärztinnen und Ärzte über 24-Stunden erreichbar aber nicht immer eigens angestellt
- Personal nicht immer in spezialisierter Palliative Care ausgebildet (v.a. bei einzelnen Betten)
- Teilweise besteht keine Zusammenarbeit mit externen Fachpersonen, da viele therapeutische und medizinische Dienste bereits in der Institution verfügbar sind
- Integration von Freiwilligen ist heterogen: zum Teil betreuen Freiwillige nicht ausschliesslich Patientinnen und Patienten und deren Angehörige in den spezialisierten Palliative Care Abteilungen bzw. Betten, sondern alle Bewohnerinnen und Bewohner der Einrichtung
- Aufgaben der Freiwilligen sind heterogen: teilweise Begrenzung ihrer Aufgaben auf die Begleitung der Patientinnen und Patienten (v.a. bei einzelnen Betten)

²² Vgl. BAG, GDK und palliative.ch, 2014b: Formelle Freiwilligenarbeit in der Palliative Care; S. 26.

²³ Ausnahme: Freiwillige übernehmen im Maison du Tara zum Teil pflegerische Tätigkeiten nach intensiver Schulung und Supervision (beispielsweise selbstständige Lagerung von Patientinnen und Patienten)

Finanzierung: Die Analyse zeigt auch, dass besonders die Finanzierung einen hohen Grad an Heterogenität aufweist (vgl. Anhang E). Diese ist ebenfalls auf den Status der Institutionen zurückzuführen und hängt auch von der Angliederung bzw. Eigenständigkeit ab. Andere Institutionen wie das La Maison de Tara in Genf sind nicht als medizinische Institution klassifiziert bzw. in einer Pflegeheimliste aufgenommen. Der Grossteil der Kostendeckung erfolgt durch Spenden und private Gelder. Die OKP deckt in allen Institutionen die Kosten der pflegerischen und medizinischen Behandlung.

In eigenständigen Institutionen mit Spitalstatus erfolgt die Finanzierung primär durch

- Beiträge der OKP
- Beiträge der Kantone
- und Beiträge von Stiftungen bzw. Spenden.

In den eigenständigen Institutionen mit Pflegeheimstatus erfolgt die Finanzierung primär durch

- Beiträge der OKP
- Beiträge von Stiftungen bzw. Spenden
- Beiträge von Patientinnen und Patienten
- und Beiträge von Gemeinden.

In den spezialisierten Abteilungen bzw. einzelnen Betten in Langzeitpflege-Institutionen erfolgt die Finanzierung primär durch:

- Beiträge der OKP
- Beiträge von Patientinnen und Patienten
- und Beiträge von Gemeinden sowie Ergänzungsleistungen.

4 Analyse des Soll-Zustandes

Ein "Soll-Zustand" für spezialisierte Palliative Care in der stationären Langzeitpflege wurde erhoben, um einen noch umfassenderen Blickwinkel auf dieses Angebot zu erhalten, obwohl bereits einige zuvor beschriebene Institutionen diesen Zustand widerspiegeln. Für die Analyse wurden der "Kantonsratsbeschluss über Beiträge an Sterbehospiz-Einrichtungen im Kanton St. Gallen" (2017) und die Bedarfsabklärungen für Hospizbetten in der Zentralschweiz (2014), in Winterthur (2013) und im Oberwallis (2017) berücksichtigt. Zentrale Kriterien, welche zur Kategorisierung der spezialisierter Palliative Care in diesen Berichten als wichtig erachtet wurden, werden im Folgenden zusammengefasst, um sie im Anschluss zur Definitionssynthese dem Ist-Zustand gegenüberzustellen.

Organisation: Als erstes Kriterium wird der Angebotsrahmen untersucht. Generell wird eine eigenständige, sozial-medizinische Organisationsstruktur mit spezialisiertem Palliative-Care-Auftrag empfohlen. Ein Hospiz ist demzufolge der stationären Langzeitpflege zuzuordnen. Die Eigenständigkeit setzt voraus, dass Institutionen bezüglich Aufnahme, Behandlungsvorgang und Entlassung autonom agieren. In diesem Sinne wird von einer religiösen Orientierung abgeraten, um für Menschen jeglicher Glaubensrichtung zugänglich zu sein. In Bezug auf die Bettenanzahl nennen die Machbarkeitsstudien gemäss der Empfehlung im Bericht zu Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care²⁴ mindestens acht Betten für eine sozialmedizinische Institution. Der Kantonsratsbeschluss definiert eine Höchstzahl von 20 Betten. Vor allem bei weniger Betten erweist sich aber die Angliederung an eine bestehende gesundheitsorientierte Institution mit Affinität zu Palliative Care aus ökonomischer und ressourcensparender Sicht als sinnvoll. Synergien werden genutzt und Ressourcen (bspw. Räumlichkeiten, Personal, ein bestehendes Netzwerk von Freiwilligen oder der Bekanntheitsgrad der Institution) können zusammengeführt werden. Die Organisationseinheit mit spezialisiertem Palliative Care-Auftrag sollte jedoch weiterhin eigenständig agieren können.

Standortkriterien: Für eine solche Einrichtung werden folgende Standortkriterien angestrebt:

- Zentrale Lage mit weitergehender medizinische Versorgung im Umfeld und Nähe zu Spital
- Einzelzimmer
- Vorzugsweise befindet sich das Hospizbett nicht in einem Spital
- Ort bietet Ruhe und Stabilität damit das Ende gelebt werden kann

Zielgruppe: Die Zielgruppe leidet an einer fortgeschrittenen Erkrankung mit einer vermuteten Lebensdauer von wenigen Wochen. Es besteht eine hohe Komplexität bezüglich physischer, psychischer und sozialer Faktoren, die spezialisierte Palliative Care erfordert. Die Versorgung zuhause

²⁴ BAG, palliative ch & GDK, 2012a: Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz, S. 36.

kann nicht (mehr) gewährleistet werden, weil es dem Betreuungsnetz an Ressourcen bzw. Kompetenzen mangelt oder das Betreuungsnetz nicht (mehr) existiert. Patienten und Patientinnen sind permanent auf spezialisierte Palliative Care angewiesen und werden daher stationär versorgt.

Alle Personen ab 18 Jahren sollen aufgenommen werden. Diese Einrichtungen können speziell jungen Erwachsenen zu Gute kommen, da für sie ein geringeres Versorgungsangebot besteht als für ältere Personen²⁵. Die stationäre Betreuung von Kindern mit spezialisiertem Palliative Care-Bedarf muss ebenfalls gewährleistet sein. Allerdings nehmen Erwachsene das Angebot zahlenmässig deutlich häufiger in Anspruch und die Rahmenbedingungen für die Versorgung von Kindern unterscheiden sich. Sie sind als Zielgruppe in den genannten Machbarkeitsstudien nichtmiteingeschlossen.

Aufnahme: Folgende Aspekte stellen Indikatoren für die Aufnahme dar (Einzelkriterien oder in Kombination):

- Komplexe physische, psychische, soziale oder spirituelle Problematik
- Schwierige Entscheidungsfindung am Lebensende, die zu einer belastenden Situation für Betroffene und ihr soziales Umfeld führt
- Entlastung der beanspruchten, nahestehenden Bezugspersonen notwendig

Es wird nicht als ausreichend gesehen, wenn Fachärztinnen oder Fachärzte inklusive Hausärztinnen und Hausärzte über die Aufnahme entscheiden. Weitere Personen, die an der Betreuung involviert sind, sollen in die Beurteilung der Aufnahmevoraussetzung miteinbezogen werden.²⁶

Ziele: Die bestmögliche Lebensqualität zu ermöglichen ist das oberste Ziel der spezialisierten Palliative Care. Das Leben dieses letzten Lebensabschnittes soll in würdevoller Weise ermöglicht werden. Eine Atmosphäre des Wohlfühlens, das Gefühl in einem "zweiten Zuhause" zu sein, wird priorisiert. Soziale und ethische Gesichtspunkte werden in die Versorgung miteinbezogen.

Auftrag: Zentrale Aufgabe ist es eine pflegerische, medizinische, psychosoziale und seelsorgerische Versorgung anzubieten, die belastende Symptome lindert und die Lebensqualität verbessert. Ein zusätzliches Angebot für temporäre Aufenthalte kann Bezugspersonen entlasten und zur Stabilisierung der psychosozialen Situation führen. Die Unterstützung der Bezugspersonen im Alltag, in Krankheitsverlauf und, falls erwünscht, über den Tod der erkrankten Person hinaus, ist zentral. Diese Aufgaben lassen sich im Rahmen des "SENS" Modells zusammenfassen, das ein strukturiertes und problemorientiertes Vorgehen bei der Begleitung von schwerkranken Personen am Lebensende beschreibt, mit Symptom-Management, Entscheidungsfindung (Ziele/Prioritäten) bzw. Ende des Lebens (Herausforderungen), Netzwerk (Aufbau) und Support (für Angehörige).²⁷

Personal: Ein Team von Ärztinnen und Ärzten, Pflegepersonen, Therapeutinnen und Therapeuten sowie Seelsorgern und Seelsorgerinnen betreut mit ganzheitlichem Ansatz Patientinnen und

²⁵ die in Pflegeheimen die Zielgruppe darstellen

²⁶ gemäss dem "Kantonsratsbeschluss über Beiträge an Sterbehospiz-Einrichtungen im Kanton St. Gallen" (2017)

²⁷ palliative ostschweiz, 2015, S. 2

Patienten sowie nahestehende Bezugspersonen. Der Einbezug von Freiwilligen zur Entlastung und Unterstützung der Betroffenen und Angehörigen und der betreuenden Berufsgruppen ist essentiell.

Ein Stellenschlüssel von 1,2 Pflegefachkräften pro Bett wird empfohlen. Diplomierte Pflegepersonal mit erweiterten Kenntnissen auf dem Gebiet der Palliative Care ist über 24 Stunden vor Ort anwesend, da Personen mit komplexen Problematiken am Lebensende aufgenommen werden und zusätzliche Kompetenzen nötig sind. Die Ergebnisse einer kürzlich durchgeführten Studie zur Implementierung eines Hospizes in St. Gallen²⁸ empfehlen eine obligatorische spezialisierte Palliative Care Ausbildung für alle hauptamtlichen Mitarbeitenden. Diplomierte Pflegefachpersonen sind demnach mindestens auf einem spezialisierte Palliative Care Level B2 bis hin zu einem Master of Advanced Studies (MAS) Level C²⁹ ausgebildet. Die vorangehenden Ausbildungslevels von A1 bis B1 sind noch der Grundversorgung und nicht der spezialisierten Palliative Care zuzuordnen, weshalb ein Level B2 als Qualifikation nachvollziehbar ist.³⁰

Externe Fachpersonen: Das Angebot soll individuell auf die Ansprüche der Betroffenen und deren Angehörige eingehen. Daher ist es wichtig, unterschiedliche Fachpersonen je nach Bedarf hinzuziehen zu können. Die Erreichbarkeit einer "ärztlichen Palliativversorgung" sollte allerdings jederzeit gewährleistet sein.³¹ Zusätzlich ermöglicht ein Standort in spitalnähe eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Fachpersonen auf dem Gebiet. Weiteres kann die psychologische und seelsorgerische Betreuung von extern oder von intern bezogen werden kann.

Freiwillige: Freiwillige sind integraler Bestandteil der untersuchten Angebote. Sie sollen in überdurchschnittlich hoher Zahl einbezogen werden und verschiedene Aspekte der Betreuung abdecken können. Wichtig ist neben der Begleitung von Betroffenen, auch die der Angehörigen respektive des sozialen Umfeldes. Verschiedenen Berufsgruppen werden ebenfalls entlastet. Schulungen, Austausch mit Peer-Gruppen sowie Supervisionen zu Palliative Care finden kontinuierlich statt.

Finanzierungsvorschläge: Die Finanzierung wird von mehreren Berichten als grösste Herausforderung einer eigenständigen Institution für spezialisierte Palliative Care erwähnt. Diese sollte einheitlich zwischen OKP, Herkunftsgemeinde und Kanton erfolgen, wobei eine Restkostenbezahlung des Kantons (25%) nach einem geregelten Schema empfohlen wird. Angebote dieser Institutionen werden erst dann beansprucht, wenn eine medizinische Versorgung im Bereich der Akutsomatik nicht mehr notwendig ist, weshalb sie der Langzeitpflege und damit nach den Vorgaben der Pflegefinanzierung finanziert werden. Allerdings wird auch thematisiert, dass die Pflegefinanzierung keine vollumfassende Kostendeckung gewährleistet, weshalb man auf erhebliche Spendensummen angewiesen ist. Weiteres wird die Wichtigkeit einer offiziellen und seriösen Trägerschaft betont. Die Bedarfsabklärung für ein Hospiz im Oberwallis³² empfiehlt einen Verein, da hier an ein bestehendes Netzwerk von Freiwilligen angeknüpft werden kann.

²⁸ Fringer, 2016

²⁹ Level C mit mindestens 1800 Ausbildungsstunden: Berufsfachleute des Gesundheitswesens, eigentliche Experten, die hochspezialisierte Palliative Care anbieten (palliative ostschweiz, 2015, S. 42).

³⁰ Vgl. palliative ostschweiz, 2015

³¹ Oberwalliser Verein für Trauer- und Sterbebegleitung, 2017: Bedarfsabklärung für ein Hospiz im Oberwallis, S. 35

³² Oberwalliser Verein für Trauer- und Sterbebegleitung, 2017: Bedarfsabklärung für ein Hospiz im Oberwallis

5 Vergleich von Ist- und Soll- Zustand mit Definitionssynthese

Im Anschluss wird der analysierte Soll-Zustand dem Ist-Zustand gegenübergestellt, um eine Definitionsempfehlung für ein stationäres Hospiz ableiten zu können (vgl. Anhang F).

5.1 Definitionssynthese

Durch das Abgleichen zentraler Kriterien des Ist- und Soll-Zustandes lassen sich anhand der Bettenanzahl bereits unterschiedliche Hospizangebote und Entwicklungsstadien der Einrichtungen aufzeigen:



Ergänzend zu dieser Abbildung lässt sich anhand der Analyse und Ergebnisse eine Definitionsempfehlung für ein Hospiz ableiten, die wie folgt lautet:

Hospize sind eigenständige, sozialmedizinische Institutionen mit einem spezialisierten Palliative-Care-Auftrag und somit der stationären Langzeitpflege zuzuordnen. Sie agieren autonom bezüglich Aufnahme, Behandlung und Entlassung von Patientinnen und Patienten und haben eine Mindestanzahl von acht Betten.

Hospize betreuen Erwachsene ab 18 Jahren mit einer komplexen jedoch primär stabilen physischen, psychosozialen und spirituellen Problematik am Lebensende und begleiten deren Angehörige.

Hospize leisten eine ganzheitliche, individuelle, würdevolle, medizinische, pflegerische, psychosoziale und seelsorgerische Versorgung von Erwachsenen in der letzten Lebensphase unter Einbezug nahestehender Bezugspersonen. Das Erreichen bestmöglicher Lebensqualität und das Lindern von belastenden Symptomen wird angestrebt. Zusätzlich möchten diese Institutionen ein "zweites Zuhause" bieten und das Lebensende in vertrauter, familiärer Atmosphäre ermöglichen.

Hospize beschäftigen qualifizierte Personen aus verschiedenen Gesundheitsfachbereichen, die eine spezialisierte Palliative Care Versorgung sicherstellen. Diplomierte Pflegefachpersonen vor Ort sowie jederzeit erreichbare Medizinerinnen und Mediziner haben mehrheitlich eine Ausbildung in spezialisierte Palliative Care (mindestens B2) absolviert. Die Integration eines weitläufigen Netzwerkes adäquat geschulter Freiwilliger ist essentiell. Freiwillige begleiten Betroffene und Bezugspersonen im Krankheitsverlauf, in der Sterbephase und, falls erwünscht, über die Trauerphase hinaus. Zugleich tragen sie zur Entlastung der Fachpersonen bei.

Hospize werden finanziert durch die öffentliche Hand, die obligatorische Krankenpflegeversicherung und durch die Leistungsnutzenden selbst. Zusätzlich sind sie auch auf Spenden angewiesen. Eine einheitliche, nachhaltige Finanzierung soll zukünftig angestrebt werden.

Anhand dieser Definition wird deutlich, dass es sich bei Hospizen um einen Bereich der Gesundheitsversorgung für Menschen mit spezifischen Palliative Care-Bedürfnissen handelt.

6 Schlussfolgerungen

Im Folgenden wird anhand der Ist- bzw. Soll-Analyse und der Definition eine Bedarfsanalyse für spezialisierte Palliative Care Betten in der Schweiz erstellt.

6.1 Bedarf

Laut Bundesamt für Statistik und Bundesamt für Raumplanung lässt sich die Schweiz in sieben Regionen einteilen. Um den Bedarf an Betten der spezialisierten Palliative Care in diesen Regionen grob einzuschätzen, kann als Grundlage eine Berechnung der EAPC verwendet werden, die sich auf 80-100 Hospizbetten pro eine Million Einwohner und Einwohnerinnen³³ bezieht (vgl. Tabelle 6).

Tabelle 6: Bedarfsberechnung von Betten zur Palliativversorgung

Region	Beteiligte Kantone	Einwohner 2017 ³⁴	Mindestbedarf Hospizbetten nach EAPC Empfehlung	Anzahl der Betten gemäss Ist-Analyse ³⁵	Zur Verfügung stehende Betten nach vorliegender Definition ³⁶
Genferseeregion	VD, VS, GE	1 620 699	130	24	4
Espace Mittelland	BE, FR, SO, NE, JU	1 864 491	149	8	0
Nordwestschweiz	BS, BL, AG	1 146 786	92	50	23
Zürich	ZH	1 495 961	120	32	32
Ostschweiz	GL, SH, AR, AI, SG, GR, TG	1 165 771	93	7	7
Zentralschweiz	LU, UR, SZ, OW, NW, ZG	801 048	64	12	12
Tessin	TI	353 829	28

Anhand der Tabelle 6, weisen Zürich und die Nordwestschweiz die grösste Dichte von spezialisierten Palliative Care Betten in der stationären Langzeitpflege bzw. in Hospizen auf. Des Weiteren wird deutlich, dass sich in der Genferseeregion in dieser Kategorisierung die grosse Mehrheit der spezialisierten Palliative Care Betten dem akutstationären Bereich zuordnen lassen.

³³ Die EAPC definiert diese Betten als stationäres Versorgungsangebot in einer spezialisierten Palliative Care Einrichtung mit einem hochqualifizierten, multidisziplinären Team. Daher wird diese Bettenanzahl auch als Empfehlung für spezialisierten Palliative Care Betten in der Schweiz verwendet. Betten im akutstationären-Bereich sind hier inkludiert, diese wurden jedoch in der Ist-Analyse bzgl. Palliativstationen im Spital nicht berücksichtigt, weshalb die Bettenanzahl kleiner ausfällt. Vgl. <http://www.eapcnet.eu/Themes/Organisation/EAPCStandardsNorms.aspx>

³⁴ Vgl. Bundesamt für Statistik, 2017

³⁵ Der Ist-Zustand umfasst nicht alle spezialisierten Palliative Care Betten der Schweiz. Betten innerhalb von spezialisierten Palliative Care Stationen in einem Spital wurden nicht inkludiert, weshalb diese Anzahl auch kleiner ausfällt. In der Zwischenzeit werden auch weitere spezialisierte Palliative Care Betten angeboten, die noch nicht Teil dieser Umfrage waren.

³⁶ Betten der Institutionen, die sich noch in der Planungsphase befinden, sind eingeschlossen, nicht jedoch Betten im akutstationären Bereich.

6.2 Ausblick

Die entwickelte Definition zu "Hospizen" in der Schweiz stellt eine Empfehlung dar, auf die sich Institutionen mit hospizlichem Charakter stützen können. Sie enthält Themenfelder, die für die Ausgestaltung eines Hospizes zentral sind. Zu diesen Themenfeldern zählen die **Versorgung und Finanzierung**, die erforderliche **Ausbildung** der Fachpersonen, forschungsbasierte Grundlagen, die **Sensibilisierung** anhand der Information über die Angebote und die Fokussierung der **Freiwilligenarbeit und der Angehörigenunterstützung**.

Gemäss den Machbarkeitsstudien besteht ein zentrales Anliegen darin, ein klares Verständnis der Aufgaben eines Hospizes in der Gesellschaft bzw. in der Community zu fördern. Ziel ist es, die gemeindenahere Palliative Care (GPC) im Sinn einer "Compassionate Community" zu fördern. Darauf basierend leistet die entwickelte Definition einen wichtigen Beitrag zur Sensibilisierung des Hospizangebots in der Schweiz. Die Nachhaltigkeit und Aufrechterhaltung solcher Strukturen gilt es allerdings weiter durch Projekte in den genannten fünf Themenfeldern zu sichern. Mit Blick auf die Zukunft wäre es interessant, zu diskutieren, inwiefern:

1. Hospize notwendig sind, die eine spezialisierte Versorgung anbieten, primär Patientinnen und Patienten in einer komplexen und/oder instabilen Krankheitssituation behandeln und daher zusätzliche Ressourcen und Kompetenzen benötigen und
2. Hospize notwendig sind, die keine spezialisierte Versorgung anbieten, sondern primär die Idee eines Hospizes als zweites Zuhause mit wohnlicher Atmosphäre verfolgen und Personen mit einer stabilen Symptomatik aufnehmen, die nicht die Möglichkeit haben, die verbleibende Zeit in ihrer gewohnten Umgebung zu verbringen.

Zusammenfassend wird deutlich, dass sich derzeit hospizliche Strukturen in der Schweiz entwickeln. Einige Regionen weisen bereits eine solide Versorgungsstruktur auf, während in anderen Regionen Initiativen notwendig sind, um bestehende Versorgungslücken zu schliessen. Die Entwicklung von Hospizen gilt es in allen Bereichen zu stärken und zu fördern, um das Angebot nachhaltig für Patienten und Patientinnen mit komplexen palliativen Bedürfnissen zu sichern

Literatur

1. Bundesamt für Gesundheit BAG, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK und palliative.ch (2014a): Rahmenkonzept Palliative Care Schweiz. Eine definitorische Grundlage für die Umsetzung der «Nationalen Strategie Palliative Care». Version vom 15. Juli 2014. Bern
2. BAG, GDK und palliative.ch (2014b): Formelle Freiwilligenarbeit in der Palliative Care. Empfehlungen für kantonale und kommunale Behörden sowie interessierte Organisationen. August 2014. Bern
3. Bundesamt für Gesundheit BAG, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK und palliative.ch (2012a): Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz. August 2012. Bern
4. Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK (2012b): Nationale Strategie Palliative Care 2013–2015 - Bilanz «Nationale Strategie Palliative Care 2010–2012» und Handlungsbedarf 2013–2015. Oktober 2012. Bern.
5. Bundesamt für Gesundheit BAG und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK (2010): Nationale Leitlinien Palliative Care. November 2010. Bern
6. Bundesamt für Statistik (2017): Ständige Wohnbevölkerung nach Staatsangehörigkeitskategorie, Alter und Kanton, 2. Quartal 2017. Neuchâtel
7. Fringer, André (2016): Abschlussbericht. Notwendigkeit und Implementierung eines Hospizes in St. Gallen - HopES. Sachstandsevaluation und Begleitforschung zur Umsetzung des Palliativekonzepts. Mit Unterstützung durch Irena Schreyer, Mareike Hechinger, Hendrika Messerli. FHS St. Gallen. Institut für Angewandte Pflegewissenschaft IPW-FHS. St. Gallen
8. Kantonsrat St. Gallen (2017): Kantonsratsbeschluss über Beiträge an Sterbehospiz-Einrichtungen im Kanton St. Gallen. 27. Februar 2017. St. Gallen
9. palliative ostschweiz (2015): Palliative Care Kompetenzen Level A-C. Auf den Grundlagen des Modells «SENS». St. Gallen
10. Radbruch, Lukas und Payne, Sheila (2011): Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa: Teil 1 und Teil 2. Weissbuch zu Empfehlungen der Europäischen Gesellschaft für Palliative Care (EAPC). In: Zeitschrift für Palliativmedizin 2011/12, S. 216-227 und 260-270
11. Schwaller, Bernhard und Jehle, Kathrin (2017): Bedarfsabklärung für ein Hospiz im Oberwallis. Machbarkeitsstudie zum Bedarf, den Infrastrukturanforderungen und zu einer Kostenschätzung für ein Hospiz im Oberwallis. Auftraggeber: Oberwalliser Verein für Sterbe- und Trauerbegleitung, Visp. 12. Juni 2017. Hochschule Luzern
12. Schwaller, Bernhard (2014): Bedarfsabklärung für ein Hospiz in der Zentralschweiz. Auftraggeber: Verein Palliativ Zug. 16. Juni 2014. Hochschule Luzern
13. ZHAW (2013): Bedarfsanalyse Hospizbetten in der Gesundheitsregion Winterthur; ZHAW, School of Management and Law, Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie. 18. April 2013. Winterthur

Anhang

Anhang A: Personal in eigenständigen Institutionen mit Spitalstatus

Eigenständige Institutionen mit Spitalstatus	Ärztinnen und Ärzte			Diplomierte Pflegefachpersonen			FaGE			Pflegeassistentinnen und -assistenten		
	Anzahl	Stellen %	Anteil PC Ausbildung	Anzahl	Stellen %	Anteil PC Ausbildung	Anzahl	Stellen %	Anteil PC Ausbildung	Anzahl	Stellen %	Anteil PC Ausbildung
Rive-Neuve	4	200-250%	4	>20	>500 %	>20	9	450-500%	9	12	>500 %	12
Palliativklinik Hospiz im Park	4	190%	...	>20 Pflegepersonen mit Stellenprozent >500% (regelmässig interne und externe Palliative Care Weiterbildungen und Supervision)								
Palliativzentrum Hildegard	5	350-400%	...	28	>500 %	22	1	70%	1	13	>500 %	7

"..." = Daten unbekannt

Anhang B: Aufnahmekriterien in eigenständigen Institutionen mit Pflegeheimstatus

Eigenständige Institutionen mit Pflegeheimstatus	Aufnahmekriterien
Hospiz Aargau	1. Physische Indikation: Weit fortgeschrittene, unheilbare Erkrankung im Endstadium 2. Betreuung trotz ambulanter Dienste zuhause nicht mehr möglich, jedoch keine Notwendigkeit eines Spitalaufenthalts Nicht-Aufnahme: physisch mehrheitlich instabile und/oder psychiatrische Problematik
Zürcher Lighthouse	1. Physische Indikation: Fortgeschrittene, unheilbare Erkrankung mit komplexer Krankheitssituation (zu fragil/komplex für Pflegeheim aber Akutversorgung nicht nötig) 2. Psychische Indikation: Komplexe psychosoziale Situation Angebot kommt auch jungen Erwachsenen zu Gute, die sich in Pflegeheimen häufig deplatziert vorkommen
La Maison de Tara	1. Physische Indikation: Fortgeschrittene Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung 2. Versorgung zu Hause ist nicht mehr möglich 3. Schwere Belastung der Bezugspersonen Nicht-Aufnahme: psychiatrisch komplexe und instabile Problematik

Anhang C: Personal von eigenständigen Institutionen mit Pflegeheimstatus

Eigenständige Institutionen mit Pflegeheimstatus	Ärztinnen und Ärzte			Diplomierte Pflegefachpersonen			FaGE			Pflegeassistentinnen und -assistenten		
	Anzahl	Stellen %	Anteil PC Ausbildung	Anzahl	Stellen %	Anteil PC Ausbildung	Anzahl	Stellen %	Anteil PC Ausbildung	Anzahl	Stellen %	Anteil PC Ausbildung
Hospiz Aargau	0	0	0	11	>500 %	6	0	0	0	8	400-450%	4
Zürcher Lighthouse	2	50-100%	1	13	>500 %	13	4	...	4	2	...	2
La Maison de Tara	0	0	0	3	180%	3	0	0	0	0	0	0

... = Daten unbekannt

Anhang D: Eigenschaften eigenständiger Institutionen im Planungsstadium

Eigenständige Institutionen im Planungsstadium	Kanton	Trägerschaft	Bettenanzahl	Medizinische Versorgung	Aufenthaltsdauer
Hospiz St. Gallen	St. Gallen	Verein	7	24h Konsiliardienst durch Palliativzentrum des Kantonsspitals St. Gallen	10 bis 40 Tage
Hospiz Zentralschweiz	Luzern	Stiftung	12	Eigene angestellte Ärzte und Ärztinnen	30 Tage
Allani – Kinderhospiz Region Bern	Bern	Verein	8	Eigene angestellte Ärztinnen und Ärzte oder Zusammenarbeit mit Hausärztinnen und Hausärzten	...
Lichtblick Hospiz Basel	Basel	Verein	10	Zusammenarbeit mit in Palliative Care ausgebildeten Hausärztinnen und Hausärzten, 24h Rufbereitschafts-Turnus	...

... = Daten unbekannt

Anhang E: Finanzierung von spezialisierten Palliative Care Einrichtungen³⁷

	OKP	Unfallversicherung	Kanton	Gemeinde	Ergänzungsleistungen	Verbände/Stiftungen	Patientinnen/Patienten	Spenden	Andere Einnahmen	Finanzierungsquellen Σ
Eigenständige Institutionen mit Spitalstatus (inkl. Sonderlösungen)										
Rive-Neuve	x		x					x		3
Palliativklinik Hospiz im Park	x		x			x		x		4
Palliativzentrum Hildegard	x		x			x		x		4
Σ	3		3			2		3		
Eigenständige Institutionen mit Pflegeheimstatus (inkl. Sonderlösungen)										
Zürcher Lighthouse	x			x	x	x	x		x	6
Hospiz Aargau	x	x		x	x		x	x	x	7
La Maison de Tara	x			x		x	x	x	x	6
Σ	3	1		3	2	2	3	2	3	


³⁷ Darstellung basierend auf Daten der Umfrage 2015 (Aktualisierung 2017)

Institutionen im Planungsstadium, wo die Finanzierung bereits feststeht, wurden in dieser Auflistung berücksichtigt.

Anhang

	OKP	Unfallversicherung	Kanton	Gemeinde	Ergänzungsleistungen	Verbände/Stiftungen	Patientinnen/Patienten	Spenden	Andere Einnahmen	Finanzierungsquellen Σ
Eigenständige Institutionen im Planungsstadium mit Pflegeheimstatus										
Hospiz St. Gallen	x			x		x	x	x		5
Hospiz Zentralschweiz	x		x	x		x	x	x		6
Σ	2		1	2		2	2	2		
Spezialisierte Abteilung bzw. einzelne Betten in Langzeitpflege-Institutionen										
Pallivita Bethanien	x			x	x		x			4
Seniorenzentrum Wiesengrund	x			x	x		x			4
Pflegezentrum Spital Limmattal	x			x	x		x			4
Reusspark	x			x	x		x			4
Σ	4			4	4		4			

Anhang F: Datenmatrix der Definitionssynthese³⁸

Kategorien	Ist-Zustand			Soll-Zustand	Aspekte für eine Definition 
Angebotsrahmen	Eigenständige Institutionen mit Spitalstatus (inkl. Sonderlösungen)	Eigenständige Institutionen mit Pflegeheimstatus (inkl. Sonderlösungen) ³⁹	Spezialisierte Abteilungen bzw. einzelne Betten in Langzeitpflege-Institutionen	Eigenständige, sozialmedizinische Institution mit spezialisiertem Palliative Care Auftrag Ohne religiöse Anbindung Autonom agierend bzgl. Aufnahme, Behandlung, Entlassung	Sozialmedizinische, eigenständige Einrichtung mit spezialisiertem Palliative Care Auftrag
Bettenanzahl	<ul style="list-style-type: none"> • 8 bis 20 Betten 	<ul style="list-style-type: none"> • 4 bis 16 Betten 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 bis 8 Betten 	<ul style="list-style-type: none"> • Mindestens 8 und nicht mehr als 20 empfohlen • Hospizbett vorzugsweise nicht im Spital 	<ul style="list-style-type: none"> • Mindestens 8 Betten in Einzelzimmern • Nicht mehr als 20 Betten • Hospizbetten nicht in einem Spital
Patientinnen und Patienten	<ul style="list-style-type: none"> • Erwachsene häufig im Alter zwischen 65 und 75 Jahren • Häufigste Diagnose: Krebs • Aufenthaltsdauer: durchschnittlich <30 Tage • Patientinnen und Patienten werden zum Teil nach Stabilisierung in gewohnte Umgebung entlassen (Rive-Neuve, Palliativzentrum Hildgard) 	<ul style="list-style-type: none"> • Erwachsene häufig im Alter zwischen 50 und 80 • Häufigste Diagnose: Krebs • Aufenthaltsdauer: durchschnittlich über >30 Tage • Patientinnen und Patienten versterben meist in diesen Institutionen (Hospiz Aargau, Maison de Tara) 	<ul style="list-style-type: none"> • Erwachsene häufig im Alter zwischen 50 und 80 • Häufigste Diagnose: Krebs • Aufenthaltsdauer: 30 bis 60 Tage • Patientinnen und Patienten versterben meist in diesen Institutionen (99%) 	<ul style="list-style-type: none"> • Institution soll speziell auch für junge Erwachsene ansprechend sein • Patientinnen und Patienten sind permanent auf spezialisierte Palliative Care angewiesen und werden daher stationär betreut 	<ul style="list-style-type: none"> • Unheilbar erkrankte Erwachsene ab 18 Jahren • Komplexe jedoch stabile Krankheitssituation sowohl in physischer, psychischer oder sozialer Hinsicht ohne Aussicht auf Heilung

³⁸ Eigene Darstellung, 2017

³⁹ Institutionen mit Pflegeheimstatus, die sich momentan im Planungsstadium befinden (Hospiz St. Gallen und Hospiz Zentralschweiz) wurden in dieser Auflistung berücksichtigt.


<p>Aufnahmekriterien (Einzelkriterien oder in Kombination) Aufnahmeprozess</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fortschreitende Erkrankung ohne Aussicht auf Heilung • Komplexe und instabile Krankheitssituation mit hohem Betreuungsaufwand (Spitalbedürftigkeit) • Überlastung der Bezugspersonen • Symptomkontrolle und/oder Behandlungsanpassung nötig • Schwierige Entscheidungsfindung am Lebensende <p>→ Anmeldung zur Aufnahme primär durch Hausärztin/-arzt, andere Fachärztinnen/-ärzte, Spitalärztin/-arzt, Fachpersonen der Spitex</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fortschreitende Erkrankung ohne Aussicht auf Heilung • Komplexe aber mehrheitlich stabile physische und psychosoziale Situation mit hohem Betreuungsaufwand (keine Spitalbedürftigkeit) • Vermutete Lebensdauer ist begrenzt • Überlastung der Bezugspersonen • Betreuung zu Hause nicht mehr möglich <p>→ Anfrage zur Aufnahme auch durch Patientinnen und Patienten sowie Bezugspersonen möglich</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fortschreitende Erkrankung ohne Aussicht auf Heilung • Komplexe aber mehrheitlich stabile physische und psychosoziale Situation mit hohem Betreuungsaufwand (keine Spitalbedürftigkeit) • Vermutete Lebensdauer ist begrenzt • Überlastung der Bezugspersonen • Betreuung zu Hause nicht mehr möglich <p>→ Anmeldung zur Aufnahme durch Fachärztin/-arzt, Spitalärztin/-arzt, Fachpersonen der Spitex und Anfrage durch Patientinnen und Patienten sowie Bezugspersonen möglich</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fortschreitende Erkrankung ohne Aussicht auf Heilung • Begrenzte Lebenserwartung von Tagen bis mehreren Wochen • Palliativ-medizinische und -pflegerische Versorgung notwendig • Heilung ausgeschlossen • Personen ohne tragfähiges, häusliches Umfeld <p>→ Bei Aufnahmeentscheidung auch andere Personen der Betreuung berücksichtigen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Physische Indikation: komplexe, fragile Krankheitssituation; unheilbare, weit-fortgeschrittene Erkrankung • Psychische Indikation: komplexe, psychosoziale Krankheitssituation, ungenügende Copingstrategien, Situation sehr belastend für Betroffene • Soziokulturelle oder familiäre Gründe: Überlastung der Angehörigen, Zusammenbruch des Betreuungsnetzes, Aufenthalt notwendig zur Entlastung, fehlendes/nicht-organisierbares Betreuungsnetz, Wunsch der Betroffenen nach Begleitung/verbesselter Symptomkontrolle <p>→ Anmeldung zur Aufnahme durch alle Personen, die in Betreuung und Behandlung der betroffenen Person involviert sind</p>
<p>Medizinische Versorgung</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Angestelltes Team von Ärztinnen und Ärzten (4 bis 5) 	<ul style="list-style-type: none"> • Angestellte Ärztinnen und Ärzte (0 bis 2) und/oder Zusammenarbeit mit externen medizinischen Diensten 	<ul style="list-style-type: none"> • Angestellte Ärztin oder Arzt und/oder Zusammenarbeit mit externen medizinischen Diensten 	<ul style="list-style-type: none"> • Ärztliche Betreuung: Ärztin oder Arzt jederzeit erreichbar • Medizinische Vollzeitstelle vor Ort ist nicht notwendig 	<ul style="list-style-type: none"> • Erreichbarkeit von medizinischen Fachpersonen über 24-Stunden

<p>Auftrag und Ziele</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Primär medizinisches, therapeutisches und pflegerisches Angebot • Stabilisierung der Krankheitssituation • Symptomkontrolle • Schmerzlinderung • Unterstützung nahestehender Bezugspersonen • Vorbereitung und Organisation eines möglichen Austritts • Begleitung im Sterbeprozess falls Austritt nicht möglich • Berücksichtigung psychosozialer und spiritueller Aspekte • Leitbild/Konzept für spezialisierte Palliative Care vorhanden 	<ul style="list-style-type: none"> • Primär pflegerisches, therapeutisches und spirituelles Angebot • Beistand für Personen in der Phase des Sterbens • Ein "home away from home" anbieten können • Symptomkontrolle • Sterben in Würde ermöglichen • Begleitung der Bezugspersonen gegebenenfalls über den Tod hinaus • Ausbildung der Freiwilligen damit sie ihr Wissen zu Palliative Care auch an die Gesellschaft weitergeben können • Leitbild/Konzept für spezialisierte Palliative Care vorhanden 	<ul style="list-style-type: none"> • Medizinische, pflegerische, psychosoziale und seelsorgerische Betreuung • Begleitung der Bezugspersonen im Krankheitsverlauf und gegebenenfalls über den Tod hinaus • Versorgung durch pflegerische und medizinische Fachpersonen • Breites therapeutisches Angebot • Einbezug der Freiwilligen und der Seelsorge • Sehr heterogene Umsetzung dieser Aufträge • Leitbild/Konzept für spezialisierte Palliative Care nur teilweise vorhanden 	<ul style="list-style-type: none"> • Bestmögliche Lebensqualität bis zum Schluss ermöglichen • Angehörige miteinbeziehen, entlasten und unterstützen • Betreuung die Lebensqualität verbessert und Würde nicht antastet • Soziale, spirituelle, ethische Versorgung gewährleisten bzw. unterstützen • Symptomkontrolle • Ferienangebot/Entlastung Angehöriger • Synergien ausschöpfen und Ressourcen bündeln • Leitbild soll Abgrenzung zu Betagten-Leistungen⁴⁰ verdeutlichen und optimale Behandlungspfade beschreiben 	<ul style="list-style-type: none"> • Kontinuierliche pflegerische, medizinische, psychologische und spirituelle Versorgung • Bestmögliche Lebensqualität erreichen: Leben bis zuletzt • "Home away from home" anbieten • Linderung belastender Symptome • Physische, psychische, soziokulturelle und spirituelle Bedürfnisse zentral → ganzheitliche Versorgung • Professionelle Haltung zeigen: Demut vor dem Tod, Respekt vor dem Leben, Würde und Achtsamkeit • Unterstützung bei Copingstrategien • Spezialisiertes Palliative Care Leitbild oder Konzept ist vorhanden
---------------------------------	---	--	---	---	---

⁴⁰ Leistungen, die Bewohnerinnen und Bewohner des Pflegeheimes ohne spezialisierte Palliative Care-Versorgung in Anspruch nehmen

<p>Personal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ärztliches Personal jederzeit vor Ort (Team von 4-5 Personen) • Diplomierte Pflegefachpersonen jederzeit vor Ort (Team von >20 Personen) • Physiotherapeut(in) • Psycholog(in) • Sozialarbeiter(in) • Seelsorger(in) <p>Zusätzlich angestellt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Musiktherapeut(in) • Kunsttherapeut(in) • Aromatherapeut(in) • Craniosacral-Therapeut(in) • Freiwilligenkoordinator(in) <p>→ 50 bis 100% des Kernteams mit spezialisierte Palliative Care Ausbildung (B2)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ärztliches Personal jederzeit erreichbar • Diplomierte Pflegefachpersonen jederzeit vor Ort (Team von 3 bis 13) <p>Zusätzlich angestellt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Physiotherapeut(in) • Psycholog(in) • Sozialarbeiter(in) • Seelsorger(in) • Kunsttherapeut(in) <p>→ 50 bis 100% des Kernteams mit spezialisierte Palliative Care Ausbildung (B2)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ärztliches Personal jederzeit erreichbar • Diplomierte Pflegefachperson jederzeit vor Ort • Sozialarbeiter(in) • Seelsorger(in) <p>Zusätzlich zum Teil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Physiotherapeut(in) • Psycholog(in) • Ergotherapeut(in) <p>Zum Teil keine Mitarbeitenden gezielt für einzelne Betten angestellt</p> <p>→ Teilweise <50% des Kernteams mit spezialisierte Palliative Care Ausbildung (B2) (v.a. bei einzelnen Betten)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 24-Stunden Anwesenheit diplomierter Pflegefachpersonen mit besonderen Kenntnissen auf dem Gebiet der Palliative Care (B2 Niveau bis hin zur Masterausbildung) • 24-Stunden Erreichbarkeit von Palliativ-medizinischen Diensten • Medizinische und pflegerische Versorgung durch qualifiziertes Personal gewährleisten • Palliative Care Schulung für alle Angestellten <p>→ Höher Anforderungen an Mitarbeitende aufgrund komplexer Pflegesituation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 24-Stunden Anwesenheit qualifizierter Pflegefachpersonen (mindestens B2 Niveau) • 24-Stunden Erreichbarkeit qualifizierter medizinischer Dienste (mindestens B2 Niveau) • Schulungen aller weiteren Mitarbeitenden in Palliative Care • Seelsorgerische und psychosoziale Dienstleistungen verfügbar
<p>Externe Fachpersonen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Teilweise keine Verträge mit externen Fachpersonen da intern angestellt • Fachärztin bzw. Facharzt (Onkologie, Palliative Care) • Psycholog(in) • Fachperson mobiler Palliative Care Dienst • Pflegefachpersonen Spitex • Ernährungsberater(in) • Ergotherapeut(in) 	<ul style="list-style-type: none"> • Angewiesen auf externe medizinische Dienste: Hausärztin bzw. Hausarzt, Fachärztin bzw. Facharzt (Onkologie und andere) • Pflegefachpersonen Spitex • Psycholog(in) • Sozialarbeiter(in) • Physiotherapeut(in) 	<ul style="list-style-type: none"> • Externe Fachärztinnen bzw. Fachärzte (Palliative Care) • Psycholog(in) • Seelsorger(in) • Zusammenarbeit mit Tumorzentren <p>Zum Teil keine Vereinbarung mit externen Fachpersonen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Versorgungsangebot auf Ansprüche individuell zuschneiden können • Dienstleistungen auf seelsorgerische und psychologische Betreuung konzentrieren 	<ul style="list-style-type: none"> • Einbezug externer Fachpersonen je nach den individuellen Versorgungsansprüchen der Betroffenen und Angehörigen • Dienstleistungen konzentrieren sich neben pflegerischer und medizinischer Betreuung vor allem auf seelsorgerische und psychologische Begleitung

<p>Freiwillige</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Psychosoziale- und emotionale Begleitung von Betroffenen und teilweise von deren Angehörigen • Teilweise Trauerbegleitung • Stundenanzahl pro Freiwillige(r): 4 Stunden pro Woche (Palliativzentrum Hildegard) • Anzahl: 7 Freiwillige (Hospiz im Park) 	<ul style="list-style-type: none"> • Psychosoziale- und emotionale Begleitung von Betroffenen und deren Angehörigen • Trauerbegleitung • Öffentlichkeitsarbeit • Umgebungspflege • Stundenanzahl pro Freiwillige(r): 3 bis 4 Stunden pro Woche • Anzahl: Netzwerk von über 100 Freiwilligen (La Maison de Tara) 	<ul style="list-style-type: none"> • Psychosoziale- und emotionale Begleitung von Betroffenen • Nur zum Teil Begleitung von Angehörigen oder Trauerbegleitung • Stundenanzahl pro Freiwillige(r): 1 bis 5 Stunden pro Woche • Freiwillige betreuen zum Teil auch andere Bewohner und Bewohnerinnen des Pflegeheims 	<ul style="list-style-type: none"> • Aufgaben involvieren nicht nur die Begleitung der Betroffenen, sondern auch der nahestehenden Bezugspersonen • Überdurchschnittlich gute Besetzung um Belastungen der Freiwilligen zu vermeiden • Schulungen, ergänzt durch kontinuierliche Begleitung und Edukation, Peer-Gruppen-Austausch 	<ul style="list-style-type: none"> • Zusammenarbeit mit und Integration von ehrenamtlich tätigen Personen mit kontinuierlicher Ausbildung in Palliative Care ist essentiell • Aufgaben umfassen Begleitung von Patientinnen und Patienten sowie der nahestehenden Bezugspersonen und falls erwünscht bis über den Tod der erkrankten Person hinaus • Liebevoller Begleitung bei Trauerarbeit, Krankheitsverlauf im Alltag und Krisen • Gesellschaft miteinbeziehen, Öffentlichkeitsarbeit
<p>Finanzierung</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kanton (bis zu 60%) • OKP (bis zu 30%) • Spenden bzw. Beiträge von Stiftungen (bis zu 20%) <p>→ Trägerschaft Stiftung</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Spenden bzw. Beiträge von Stiftungen • Patientinnen und Patienten • OKP • Gemeinde • Ergänzungsleistungen • Kanton <p>→ Trägerschaft: Stiftung oder Verein</p>	<ul style="list-style-type: none"> • OKP • Gemeinde • Ergänzungsleistungen • Patientinnen und Patienten • Kanton <p>→ Keine Trägerschaft bei Angliederung</p> <p>→ Zum Teil keine eigene Kostenrechnung</p>	<ul style="list-style-type: none"> • OKP trägt zu pflegerischen und medizinischen Kosten bei • Leistungsnutzende zahlen Beitrag an Pflege-, Betreuungs- und Pensionskosten • Restkosten trägt Herkunftsgemeinde • Mitfinanzierung durch Kanton zu 25% (muss einheitlich erfolgen) • Einrichtungen mit einzelnen Betten sollen Synergien ausschöpfen und Ressourcen von bestehenden Institutionen/Abteilungen nutzen <p>→ Verein als Trägerschaft empfohlen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Finanzierung über die OKP, die Herkunftsgemeinde und Zusatzfinanzierung durch Kanton • Charakteristisch ist die zusätzliche Finanzierung durch Spenden • Finanzielle Unabhängigkeit durch nachhaltige Finanzierungsquellen wird angestrebt

<p>Zusammenfassung zentraler Aspekte</p> <p></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Angebotsrahmen: Eigenständige Institution mit Spitalstatus 2. Patientinnen und Patienten: Erwachsene mit hochkomplexer und/oder instabiler Problematik 3. Auftrag und Ziele: Symptomkontrolle- und Stabilisierung, Behandlungsanpassung, Entlassung in gewohnte Umgebung organisieren, Begleitung der Angehörigen 4. Personal: Medizinische und pflegerische Versorgung, breites therapeutisches Angebot vor Ort, Mehrheit der Mitarbeitenden mit Aus- oder Weiterbildung in Palliative Care, zum Teil keine Zusammenarbeit mit externen Fachpersonen, Freiwillige 5. Finanzierungsquelle: primär Kanton und OKP aber auch Spenden/Stiftungen 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Angebotsrahmen: Eigenständige Institution mit Pflegeheimstatus 2. Patientinnen und Patienten: Erwachsene mit komplexer Problematik 3. Auftrag und Ziele: Symptomlinderung, ein "Home away from Home" anbieten, Angehörige begleiten 4. Personal: Diplomierte Pflegefachpersonen bilden Kernteam, zum Teil keine eigens angestellten medizinischen Dienste, Mehrheit der Mitarbeitenden mit Ausbildung in Palliative Care, externe Fachpersonen nach Bedarf, Freiwillige zentral 5. Finanzierungsquellen: primär OKP, Spenden/Stiftungen, Leistungsnutzende und Gemeinde 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Angebotsrahmen: Spezialisierte Abteilungen bzw. einzelne Betten in Langzeitpflege-Institutionen 2. Patientinnen und Patienten: Erwachsene mit komplexer Problematik 3. Auftrag und Ziele: Verbesserte Familienfreundlichkeit, Freiwillige mehr einbeziehen, ganzheitliche Betreuung, Kontakt mit Angehörigen 4. Personal: Palliative Care Ausbildung sehr heterogen (Minderheit bis Mehrheit), Pflegepersonen und Ärzte im Kernteam, Freiwillige 5. Finanzierungsquellen: primär OKP, Gemeinde, Ergänzungsleistungen, Leistungsnutzende und Kanton 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Angebotsrahmen: Eigenständige Institution primär mit spezialisiertem Palliative Care Auftrag (Hospizbezeichnung führen) und mindestens 8 Betten 2. Patientinnen und Patienten: Erwachsene ab 18 Jahren mit komplexer Problematik, speziell junge Personen ansprechen 3. Auftrag und Ziele: Ganzheitliche Betreuung in letzter Lebensphase, Lebensqualität, Angehörige unterstützen, Leid lindern, Freiwillige essentiell 4. Personal: Pflegefachperson mit Palliative Care Ausbildung, 24h Erreichbarkeit medizinischer Versorgung, adäquate Schulung aller Mitarbeitenden, Freiwillige ausbilden und sehr gut besetzen 5. Finanzierungsquellen: OKP, Herkunftsgemeinde, Kanton zahlt Restkosten nach geregelter Schema (25%) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Angebotsrahmen: Eigenständige, sozialmedizinische Institution mit spezialisiertem Palliative Care Auftrag mit mindestens 8 Hospizbetten. 2. Patientinnen und Patienten: Erwachsene ab 18 Jahren mit komplexer jedoch stabiler Problematik am Lebensende 3. Auftrag und Ziele: Ganzheitliche, individuelle, würdevolle, interdisziplinäre, medizinische, pflegerische, psychosoziale und seelsorgerische Versorgung von schwerkranken Erwachsenen unter Einbezug nahestehender Bezugspersonen; bestmögliche Lebensqualität, Lindern von Leid und ein "zweites Zuhause" anbieten 4. Personal: Diplomierte Pflegepersonen (B2 Niveau) vor Ort, medizinische Dienste (B2 Niveau) 24h erreichbar, Integration ausgebildeter Freiwilliger essentiell 5. Finanzierung: OKP, Gemeinde, Kanton und Leistungsnutzende aber angewiesen auf Spenden → nachhaltige, einheitliche Finanzierung wird angestrebt
--	--	--	---	--	---

Legende:



Synthese verläuft vertikal



Synthese verläuft horizontal