

Institut für Betriebs- und Regionalökonomie IBR

Dr. Matthias Wächter

Senior Wissenschaftlicher Mitarbeiter

T direkt +41 41 228 99 32

matthias.waechter@hslu.ch

Angela Bommer

Wissenschaftliche Mitarbeiterin

T direkt +41 41 228 99 20

angela.bommer@hslu.ch

Institut für Sozialmanagement, Sozialpolitik
und Prävention

Sarah Rabhi-Sidler

Wissenschaftliche Mitarbeiterin

T direkt +41 41 367 48 82

sarah.rabhi-sidler@hslu.ch

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

Kurzbericht

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

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

Angela Bommer, Wissenschaftliche Mitarbeiterin, IBR, HSLU – Wirtschaft

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

Luzern, 09.12.2015

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 2/47

Inhalt

Management Summary.....	5
1. Einführung.....	9
1.1. Ausgangslage.....	9
1.2. Palliative Care und mobile Palliative-Care-Dienste.....	9
1.2.1. Spezialisierte Palliative Care in Abgrenzung zur Grundversorgung.....	9
1.2.2. Mobile Palliative-Care-Dienste (MPCD) (spitalexterne Versorgung).....	10
1.3. Auftrag und Ziele der vertieften Bedarfsabklärung zu mobilen Palliative-Care-Diensten im Kanton Luzern.....	11
2. Methodisches Vorgehen.....	12
2.1. Erhebung des IST-Zustands der Versorgung.....	12
2.2. Organisation und Finanzierung mobiler Palliative-Care-Dienste in anderen Kantonen.....	13
2.3. Vorschläge für die Ausgestaltung eines flächendeckenden Angebots an mobiler Palliative-Care im Kanton Luzern.....	13
3. Resultate der Erhebung der IST-Situation «Palliative Care im Kanton Luzern».....	14
3.1. Kennzahlen zur demografischen Entwicklung.....	14
3.2. Stand der Versorgung in Bezug auf die einzelnen Leistungserbringergruppen.....	16
3.2.1. Spitäler.....	16
3.2.2. Sozialmedizinische Institutionen mit Palliative-Care-Auftrag.....	19
3.2.3. Alters- und Pflegeheime.....	19
3.2.4. Hausärztinnen und Hausärzte.....	20
3.2.5. Brückendienst Stadt Luzern.....	21
3.2.6. Spitexorganisationen mit öffentlichem Leistungsauftrag im Kanton Luzern.....	22
3.2.7. Private Spitexorganisationen und selbständige Pflegefachpersonen.....	24
3.2.8. Angebote der sozialen, psychologischen, spirituellen oder seelsorgerischen Unterstützung.....	25
3.2.9. Freiwillige.....	25
3.3. Resultate der Erhebung der Zusammenarbeit und Vernetzung der Leistungserbringer.....	26
3.4. Lücken und Verbesserungspotenziale in den heutigen Angeboten und Einschätzung des Bedarfs an spezialisierter ambulanter Palliative Care.....	28
4. Lösungsansätze für die Ausgestaltung eines Angebots an mobiler Palliative-Care im ganzen Kanton.....	31
4.1. Die Ausgestaltung mobiler Palliative-Care-Dienste in anderen Kantonen.....	31
4.2. Finanzierung von Leistungen mobiler Palliative-Care-Dienste – IST-Situation in der Schweiz.....	33

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 3/47

4.3. Ausgestaltung eines flächendeckenden Angebots an Mobilen Palliative-Care-Diensten im Kanton Luzern	34
4.4. Finanzierungsmodelle und Kostenschätzungen	37
5. Schlussfolgerungen und Empfehlungen.....	42
5.1. Handlungsbedarf zur Umsetzung einer flächendeckenden und bedarfsgerechten Versorgung durch mobile Palliative-Care-Dienste im Kanton Luzern	42
5.2. Grenzen der Studie / Weiterer Forschungsbedarf	44
6. Bibliografie	46

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Todesfälle 2013 und Schätzung Palliativpatientinnen/-patienten nach Planungsregionen	15
Abbildung 2: Aufenthaltsdauer bei Sterbefällen im Spital 2013	17
Abbildung 3: Die Verteilung der Einrichtungen der spezialisierten Palliative Care sowie der Spitäler und Spitexorganisationen der Grundversorgung.....	27
Abbildung 4: Die zwei Säulen der Zusatzfinanzierung der mobilen Palliative-Care-Dienste.....	41

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Interviewpartnerinnen und -partner (Anzahl Interviews)	12
Tabelle 2: Entwicklung der Verteilung der Sterbeorte zwischen 2011 und 2013	14
Tabelle 3: Inanspruchnahme des Brückendienstes (BD) der Spitex Stadt Luzern (verrechnete Stunden).....	22
Tabelle 4: Abschätzung der Patientinnen-/Patientenzahlen in Palliativsituationen nach Spitexregionen	23
Tabelle 5: Grundstruktur des Deckungsbeitrags des Finanzierungsmodells.....	39
Tabelle 6: Aufwandsschätzung des Sockelbeitrags des Finanzierungsmodells (Variante 3)	40

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 4/47

Abkürzungsverzeichnis

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

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 5/47

Management Summary

Ausgangslage

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

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

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

Zielsetzung der Studie und methodisches Vorgehen

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

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

Todesfälle, Sterbeorte und Patientinnen-/Patientenpfade

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

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

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 6/47

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

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

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

IST-Situation der Versorgungsstrukturen, Angebotslücken und Verbesserungspotenziale

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

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

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

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

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 7/47

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

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

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

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

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

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

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

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 8/47

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

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

Finanzierung der mobilen Palliative-Care-Dienste

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

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

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

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

Monitoring der Leistungen und Beitrag zur Weiterentwicklung der Tarifsysteme

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

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 9/47

1. Einführung

1.1. Ausgangslage

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

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

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

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

1.2. Palliative Care und mobile Palliative-Care-Dienste

1.2.1. Spezialisierte Palliative Care in Abgrenzung zur Grundversorgung

Palliative Care in der Grundversorgung wie auch in der spezialisierten Versorgung bezeichnet einen integrierten Versorgungsansatz, dessen zentrale Merkmale in den Definitionen der nationalen Strategie Palliative Care 2010-2012 und 2013-2015 (nachfolgend wieder gegeben) oder der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW) in sehr ähnlichen Formulierungen festgehalten sind:⁴

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

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

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

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

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 10/47

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

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

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

Zentrale Indikationskriterien für den Einbezug ergeben sich damit einerseits aus dem Grad der Komplexität und Multidimensionalität der Probleme und Belastungen. Daran geknüpft ist der Bedarf an koordinierter Behandlung und Betreuung durch verschiedene Professionen. Andererseits leiten sich die Indikationskriterien aus der Instabilität der Ausgangssituation und der Dynamik der Entwicklung ab. Diese äussert sich unter anderem im Bedarf an vorausschauender Planung oder in der erkennbaren Überschreitung der Belastungsgrenze nahestehender Bezugspersonen.

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

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

Mobilen Palliative-Care-Diensten (MPCD) kommt eine zentrale Aufgabe bei der Sicherstellung eines Zugangs zu spezialisierter Palliative Care im vertrauten Wohnumfeld zu, sei es in einer privaten Wohnung, in einem Alters- oder Pflegeheim, einem Wohnheim oder beim Betreuten Wohnen. Als Ausgangsdefinition dient die Beschreibung im Dokument «Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care» des Bundesamts für Gesundheit (BAG), palliative.ch und der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK):⁶

«Der mobile Palliativdienst ist ein spezialisiertes, interprofessionell arbeitendes Team, das sich in erster Linie an die professionellen Betreuenden der Grundversorgung zu Hause und im Pflegeheim wendet. Er ist beratend und anleitend tätig und bietet seine Erfahrung in Palliative Care auf dem

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

⁶ Bundesamt für Gesundheit (BAG), palliative.ch und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (2012): Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz, S. 15.

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 11/47

Niveau der spezialisierten Palliativversorgung an. Das Team des mobilen Palliativdienstes unterstützt ausserdem die Übergänge zwischen Spital und häuslicher Versorgung und stellt somit den Drehpunkt jedes regionalen oder lokalen Palliativnetzes dar. Die Verantwortung für die Behandlung bleibt in der Regel bei den Betreuenden der Grundversorgung, es sei denn, es wird anders vereinbart. Auf Anfrage der Betreuenden der Grundversorgung und in festgelegten Situationen kann der mobile Palliativdienst auch direkt an der Behandlung und Begleitung einer Patientin, eines Patienten beteiligt sein.»

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

Die Organisations- und Finanzierungsformen eines MPCD variieren in der Schweiz zwischen den Kantonen und innerhalb der Kantone sehr stark.⁷

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

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

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

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

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

⁷ Wächter, M. und Bommer, A. (2014). Mobile Palliative-Care-Dienste (MPCD) in der Schweiz – Eine Bestandesaufnahme aus der Perspektive dieser Anbieter. Siehe auch Kapitel 4.1.

2. Methodisches Vorgehen

Die Studie stützt sich auf einen Methodenmix aus qualitativen Interviews, statistischen Analysen sowie einer Dokumenten- und Literaturanalyse. Im Zentrum steht die Frage, in wie weit im Kanton Luzern regionale Unterschiede in den Versorgungsstrukturen, der Bevölkerungsdichte und den Haushaltsstrukturen regional differenzierte Lösungsansätze erfordern. Aus diesem Grund wurde bei der Auswahl der Interviewpartner/-innen Wert auf eine ausgewogene regionale Verteilung und bei der Auswertung der statistischen Daten auf eine hohe regionale Auflösung gelegt.

2.1. Erhebung des IST-Zustands der Versorgung

Leitfadengestützte qualitative Interviews

Zur Erhebung des IST-Zustandes der heutigen Versorgung im Bereich Palliativ Care wurden 57 leitfadengestützte qualitative Interviews mit Leistungserbringern der Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege des Kantons Luzern sowie ein Interview mit LAK Curaviva, dem Verband der Alters- und Pflegeheime und sozialen Institutionen im Kanton Luzern geführt.

Tabelle 1: Interviewpartnerinnen und -partner (Anzahl Interviews)

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

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

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

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

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 13/47

Statistische Auswertungen

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

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

Als Referenz für die geplante Entwicklung im Kanton Luzern wurden Organisations- und Finanzierungsformen mobiler Palliative-Care-Dienste in anderen Kantonen untersucht und dargestellt. Die Hochschule Luzern führte von September bis Dezember 2013 im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) mit Unterstützung der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und der Fachgesellschaft palliative.ch eine strukturierte Bestandaufnahme aller in der spitalexternen Versorgung tätigen mobilen Palliative-Care-Dienste in der Schweiz durch.⁸

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

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

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

Im Rahmen der Projekte «Organisationsformen und Finanzierungsgrundlagen der ambulanten Palliative Care im Kanton Luzern» und «Zukunft Hauswirtschaft Spitex»⁹ hat die Hochschule Luzern ein exploratives Kostenmodell erarbeitet, das es erlaubt, den strukturellen Einfluss verschiedener Faktoren wie Qualifikation, Weiterbildung, Vorhaltekosten, Infrastruktur, nicht verrechenbare Leistungen (Wegzeiten, «Betreuung», Beratung) und weiterer Leistungsaufträge im Bereich Weiterbildung oder Öffentlichkeitsarbeit auf die Vollkosten eines mobilen Palliative-Care-Dienstes abzuschätzen. Auf diesen Grundlagen wurden die Kosten verschiedener Umsetzungsvarianten sowie die Auswirkungen auf die gegebenenfalls anderen Leistungserbringern (Spitex, Pflegeheime oder Spitäler) weiter zu verrechnenden Tarife abgeschätzt.

⁸ Wächter, M. & Bommer, A. (2014).

⁹ Wächter et al. (2015), Organisationsformen und Finanzierungsgrundlagen der ambulanten Palliative Care im Kanton Luzern. Wächter et al. (2015), Zukunft Hauswirtschaft Spitex.

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

3.1. Kennzahlen zur demografischen Entwicklung

Die Verteilung der Sterbeorte im Kanton Luzern

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

Tabelle 2: Entwicklung der Verteilung der Sterbeorte zwischen 2011 und 2013¹⁰

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

*inkl. Palliativabteilung Betagtenzentrum Eichhof

Alle Zahlen ohne Todesfälle von Neugeborenen und Sterbefälle im ersten Lebensjahr

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

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

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

Prognose der Entwicklung der Sterbefälle bis 2035

Die Bevölkerungsentwicklung im Kanton Luzern lässt einen starken Anstieg der Nachfrage nach Leistungen der Palliative Care in den nächsten 20 Jahren erwarten.

Die Prognose der Bevölkerungsentwicklung (mittleres BFS-Szenario AR-00-2010) weist für den Kanton Luzern einen starken Anstieg der jährlichen Sterbefälle bis ins Jahr 2035 um rund ein Drittel (31 Prozent, rund 900 Fälle pro Jahr) auf 3'840 Fälle pro Jahr aus. Während die Anzahl Todesfälle in den Altersgruppen «unter 20» und «20–59» weiter abnimmt und in der Altersgruppe «60–79» weitgehend stabil bleibt, beruht der Anstieg vor allem auf den Altersgruppen «80–89» und «90 Jahre und älter».

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

¹⁰ Bei der Interpretation der Zahlen zu den Alters- und Pflegeheimen ist zu beachten, dass in der vorliegenden Auswertung der Einfluss von interkantonalen Wanderungsbilanzen von Pflegeheimbewohnern und -bewohnerinnen, die ihre Papiere nicht in der Standortgemeinde des Pflegeheims hinterlegt haben, nicht berücksichtigt werden konnte. Dies gilt auch für die eingangs zitierte kantonsübergreifende Untersuchung des Obsan (2013), BAG_Lieu_Deces_Def.xlsx. Die interkantonale Wanderungsbilanz des Kantons Luzern ist jedoch praktisch ausgeglichen, so dass dieser Einfluss vernachlässigbar sein sollte.

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 15/47

Schätzung der Anzahl Palliativpatientinnen und -patienten nach Planungsregionen

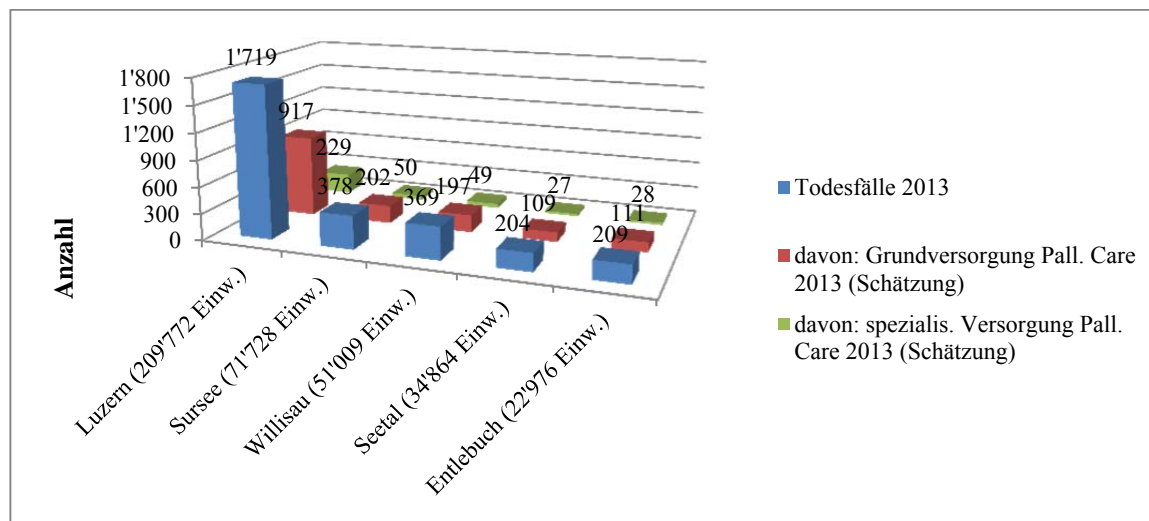
Nicht alle unheilbar kranken oder sterbenden Patientinnen und Patienten bedürfen einer palliativen Begleitung, sei es in der Grundversorgung oder in der spezialisierten Versorgung. Schätzungen im Rahmen der nationalen Strategie Palliative Care für die Schweiz gehen davon aus, dass 2/3 aller Sterbefälle eines Jahres eine palliative Behandlung und Begleitung benötigen. Davon können 80 Prozent aller Personen im Rahmen der Grundversorgung betreut werden, die anderen 20 Prozent im Rahmen der spezialisierten Versorgung.¹¹

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

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

Abbildung 1 zeigt deutliche Unterschiede in der Aufteilung der Patientinnen und Patienten zwischen den heutigen Planungsregionen in der Langzeitpflege.

Abbildung 1: Todesfälle 2013 und Schätzung Palliativpatientinnen/-patienten nach Planungsregionen



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

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

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

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

3.2. Stand der Versorgung in Bezug auf die einzelnen Leistungserbringergruppen

3.2.1. Spitäler

Ausgestaltung der heutigen Leistungsaufträge

Die Leistungsaufträge der Spitäler werden über die Spitalliste des Kantons festgelegt. Die Palliative-Care-Grundversorgung ist heute ein Teil des Basispaketes und damit für die meisten Spitäler Pflicht. Zusätzlich hat der Kanton Luzern einen Leistungsauftrag Palliative-Care-Kompetenzzentrum in Anlehnung an das Leistungsgruppenkonzept des Kantons Zürich (gemäss Empfehlung der Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK) formuliert. Er wurde innerkantonal dem Kantonsspital Luzern, der Klinik St. Anna und dem Schweizer Paraplegikerzentrum (für die ihm zugewiesenen Patienten- und Patientinnengruppen) sowie ausserkantonal dem Kantonsspital Nidwalden erteilt.

Der Leistungsauftrag beinhaltet bereits sehr spezifische Aufgaben und Anforderungen, die auch auf das Gesamtangebot an Palliative Care im Kanton wichtige Auswirkungen haben:¹²

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

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

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

Die Erteilung eines Leistungsauftrags ist mit verschiedenen Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität verbunden. Die personellen Anforderungen setzen nicht nur entsprechende Kompetenzen in spezialisierter Palliative Care bei den Ärztinnen und Ärzten und dem Pflegepersonal voraus. Sie umfassen auch die Verfügbarkeit von und interprofessionelle Zusammenarbeit mit weiteren Fachpersonen: Psychologen, Physiotherapie, Sozialdienst, Seelsorge, Mal-, Gestaltungs- oder Musiktherapie, Ernährungsberatung. Eine weitere Anforderung ist die geregelte externe Vernetzung mit anderen Institutionen, ambulanten Leistungserbringern und Angehörigen. Das Spital wird damit, bei entsprechenden personellen Ressourcen, zu einem wichtigen Knotenpunkt in einem versorgungsbereichsbergreifenden Netzwerk.

Luzerner Kantonsspital

Dem Luzerner Kantonsspital hat sein Angebot an spezialisierter Palliative Care am Standort Luzern aufgebaut. Auf der onkologischen Abteilung wurden 8 Palliativbetten geschaffen und ein interprofessionelles Team von Ärztinnen, Ärzten, Pflegenden, Sozialarbeitenden und Seelsorgenden etabliert. Alle Berufsgruppen sind direkt in die wöchentlichen Rapporte eingebunden. Das interprofessionelle Team ist konsiliarisch auch für andere Abteilungen tätig.

¹² Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (2015). Weitergehende leistungsspezifische Anforderungen und Erläuterungen Akutsomatik (Version 2015.1; gültig ab 1. Januar 2015).

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 17/47

Darüber hinaus bietet die Palliativabteilung des LUKS einen medizinischen telefonischen Konsiliardienst an, der im Prinzip allen Leistungserbringern im Kanton offen steht. Neu bietet die Palliativabteilung zusätzlich eine ambulante Sprechstunde für Palliativpatientinnen, -patienten und Angehörige an. Darüber hinaus führt die Krebsliga in den Räumen des Kantonsspitals psychoonkologische Sprechstunden durch.

Hirslandenklinik St. Anna

Die Klinik St. Anna arbeitet als Belegarztspital. Der Fokus im Bereich des Leistungsauftrags spezialisierte Palliative Care ist stark auf die Onkologie ausgerichtet. Patientinnen und Patienten werden im Wesentlichen auf einer palliativ-onkologischen Schwerpunktstation behandelt. Es besteht ein interner pflegerischer Konsiliardienst, der die Pflege auf anderen Abteilungen unterstützt. Zwei Ärztinnen bzw. Ärzte stehen dem Konsiliardienst als ärztlicher Support zur Verfügung. Die Seelsorge ist bei Palliativpatientinnen und -patienten eng in die Rapporte und Versorgung eingebunden.

Schweizer Paraplegikerzentrum

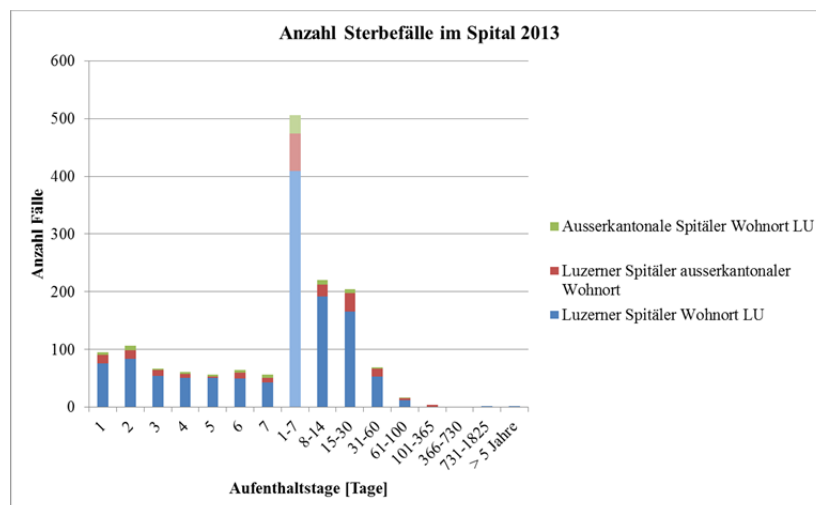
Die Leistungen des Schweizer Paraplegikerzentrums (SPZ) richten sich vor allem auf die palliative Behandlung und Pflege bei Querschnittlähmungen und neuromuskulären Krankheiten. Palliativpatientinnen und -patienten, welche in einer fortgeschrittenen Phase und instabilen Situation ins SPZ kommen, werden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

Aufenthaltsdauer bei Sterbefällen im Spital

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

Abbildung 2 zeigt die Aufenthaltsdauer bei Sterbefällen im Spital 2013. Die Anzahl Fälle mit einer Aufenthaltsdauer unter einer Woche werden nach Tagen aufgeschlüsselt und dann in der mittleren blässeren Säule (1-7 Tage) zusammengefasst.

Abbildung 2: Aufenthaltsdauer bei Sterbefällen im Spital 2013



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

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 18/47

50 Prozent aller Sterbefälle ereignen sich in der ersten Woche nach Spitaleintritt (zusammengefasst in der mittleren Säule 1-7 Tage), weitere 22 Prozent in der zweiten und 20 Prozent in der dritten und vierten Woche.

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

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

Einzugsgebiete bei Sterbefällen im Spital 2013

Die Spitäler sind gerade bei onkologischen oder neuromuskulären Krankheiten, aber auch bei chronischen Herz- und oder Lungenkrankheiten häufig in die Behandlungspfade von Palliativpatientinnen und -patienten eingebunden. In einer Sonderauswertung der medizinischen Statistik der Krankenhäuser durch die Hochschule Luzern und LUSTAT wurden die Wohnorte der 2013 im Spital Verstorbenen analysiert und die Einzugsgebiete der vier Spitalstandorte LUKS Luzern, LUKS Sursee, LUKS Wolhusen und Klinik St. Anna dargestellt.

Die Auswertung zeigt, dass die Einzugsgebiete der Akutspitäler im Kanton Luzern stark regional geprägt sind. Das Muster der Einzugsgebiete bei Sterbefällen entspricht dem Muster aller Behandlungsfälle im Spital.¹³ Zugleich zeigt sich eine regionale Struktur, die über die Grenzen der Planungsregionen Alter hinausweist. Diese regionale Orientierung der Patientinnen und Patienten sollte bei der Ausgestaltung von kantonalen Angeboten berücksichtigt werden.

Eintrittsorte von im Spital Verstorbenen und Verlegungen aus Spitälern

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

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

Die grosse Mehrheit der Eintritte mit Sterbeort Spital erfolgt von zu Hause mit 766 Patientinnen und Patienten (Wohnort Kanton Luzern). Davon waren 273 Personen (rund ein Drittel) im Sterbepatientenjahr mehrfach hospitalisiert. Dies führte zu 691 Aufenthalten, die als neuer Fall (ohne Rehospitalisationen) gezählt wurden.¹⁴ Die Beanspruchung der Schnittstelle zwischen ambulanter Versorgung

¹³ Siehe LUSTAT Jahrbuch Kanton Luzern 2015. Statistisches Lexikon des Kantons Luzern. Abbildung 14G-2.05 Einzugsgebiete der Akutspitäler 2013, S. 282.

¹⁴ Es ist auf dieser Ebene nicht möglich, bei den Mehrfachaufenthalten zwischen Eintritten zu unterscheiden, bei denen eine medizinische und therapeutische Behandlung der Krankheit im Vordergrund stehen und denjenigen, die der Stabilisierung einer komplexen Situation oder dem Schmerz- und Symptommanagement bei einer palliativen Begleitung dienen.

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 19/47

und Spitalversorgung ist damit viel höher als im Fall der Schnittstelle Spital-Pflegeheim. Gleichzeitig stellen die Spitalaufenthalte immer wieder längere Perioden im Sterbejahr dar. Je nach Ausgangssituation und Krankheit fällt hier ein mehr oder weniger hoher Koordinationsaufwand zwischen den verschiedenen Versorgern an, um den aktuellen Informationsstand der Betroffenen und ihrer Angehörigen, getroffene Entscheidungen und vorbereitete Notfallpläne miteinander zu teilen.

3.2.2. Sozialmedizinische Institutionen mit Palliative-Care-Auftrag

Der Kanton Luzern verfügt mit der Palliativabteilung des Betagtenzentrums Eichhof (Standort Stadt Luzern) über ein stationäres Angebot an spezialisierter Palliative Care für Patientinnen und Patienten, deren Krankheitssituation mehrheitlich stabil ist, deren Behandlung jedoch durch eine hohe Komplexität gekennzeichnet ist. Die Behandlung und Pflege erfordern nicht die Infrastruktur eines Akutspitals.

In den drei Jahren 2011 bis 2013 hat die Palliativabteilung des Betagtenzentrums Eichhof im Durchschnitt 64 Personen mit insgesamt 1'640 Pflegetagen pro Jahr betreut, die der spezialisierten Pflege in einer stationären Einrichtung bedurften. Mehrheitlich erfolgt die Zuweisung aus einem Spital. Der Anteil der Eintritte von zu Hause ist zwischen 2011 und 2013 jedoch von einem Fünftel auf ein Drittel angestiegen. Eine Analyse der Pflegestufen bei Eintritten von zu Hause zeigt, dass viele Personen auch mit einem hohen Pflegebedarf noch zu Hause versorgt wurden und erst zu einem späten Zeitpunkt in die Palliativabteilung eingetreten sind.

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

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

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

Das Angebot der Palliativabteilung wird heute vor allem im Einzugsgebiet der Planungsregion 1, Luzern und Agglomerationsgemeinden, wahrgenommen wird. In den Jahren 2012 und 2013 erfolgten 97 Prozent aller Eintritte von zu Hause und 86 Prozent aller Eintritte aus einem Spital aus dieser Region. Offen ist, wo Patientinnen und Patienten, die eine spezialisierte stationäre palliative Versorgung und Pflege benötigen, die aber nicht der Infrastruktur eines Akutspitals bedarf, in den anderen Versorgungsregionen heute betreut werden.

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

3.2.3. Alters- und Pflegeheime

Sterben und Sterbebegleitung gehören in Alters- und Pflegeheimen zum Alltag und zu den Kernaufgaben – fast ein Drittel der 4'900 Pflegeplätze werden im Verlauf eines Jahr aufgrund eines

Sterbefalls neu vergeben.¹⁵ Es gibt im Kanton Luzern aber keine einheitlichen Anforderungen, was die Heime im Bereich der Palliativ Care-Grundversorgung leisten können müssen.

Neben der Begleitung langjähriger Bewohner/-innen gewinnen kurze Aufenthalte an Bedeutung: 12 Prozent aller Sterbefälle 2012/2013 in Alters- und Pflegeheimen verzeichneten eine Aufenthaltsdauer von weniger als 30 Tagen. Dies entspricht zwischen 135 und 180 Personen pro Jahr. Bei den Kurzeintaufenthalten besteht ein grosses Potenzial, durch eine Stabilisierung der Betreuungssituation zu Hause den Wunsch zu ermöglichen, zu Hause zu sterben, bzw. durch eine entsprechende Begleitung zu Hause kurzfristige Eintritte in ein Pflegeheim gut vorzubereiten.

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

3.2.4. Hausärztinnen und Hausärzte

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

Die Rolle, die die interviewten Ärztinnen und Ärzte ihrer Berufsgruppe im Bereich der Palliative Care zuschreiben, umfasst praktisch alle Dimensionen vom Symptomanagement, über das Case-Management, die psychologische Unterstützung, die Beratung in der Entscheidungsfindung und Gestaltung des sozialen Umfelds, die Angehörigenunterstützung bis hin zur Vermittlung von Hilfsmitteln – zusätzlich begleitet vom Anspruch einer rundum Verfügbarkeit.

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

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

Die Interviews zeigten eine unterschiedliche Reflexion über die Grenze des hausärztlichen Wissens und der Notwendigkeit, Spezialisten beizuziehen. Die meisten Interviewten gaben an, selten an ihre Grenzen zu stossen und sich konsiliarische Unterstützung bei Spezialisten zu holen. Aus ihrer Sicht gehörte die Palliative Care «zum Handwerkskoffer eines Hausarztes» (Zitat aus Interview) oder sie wurde als «hochspezialisierte Allgemeinmedizin am Lebensende» (Zitat aus Interview) bezeichnet.

¹⁵ Quelle: Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED), 2011 bis 2013

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 21/47

Teilweise erfolgte eine selbstkritische Reflexion über die Möglichkeit, neuere Entwicklungen in der Palliative Care, darunter auch neue Medikamente, Hilfsmittel oder Techniken zu verfolgen und aufzugreifen.

3.2.5. Brückendienst Stadt Luzern

Mit dem Brückendienst der Spitex Stadt Luzern wurde im Jahr 2011 ein erstes regionales Angebot eines mobilen Palliative-Care-Dienstes im Kanton Luzern geschaffen. Stand 01.01.2015 haben 42 Prozent der Wohnbevölkerung des Kantons (Stadt Luzern und sechs Vertragsgemeinden aus der Agglomeration: Emmen, Kriens, Horw, Meggen, Malter und Schwarzenberg) Zugang zu den Leistungen eines mobilen Palliative-Care-Dienstes gemäss den Anforderungen der nationalen Strategie. Der Brückendienst besteht aus einem interprofessionellen Team mit Pflegefachpersonen, einer Psychologin, Seelsorgerin und Sozialberaterin, verbunden mit einem medizinischen Hintergrunddienst des Luzerner Kantonsspitals und der Klinik St. Anna. Die Leistungen sind in Zusammenarbeit mit dem Nachtdienst der Spitex Stadt Luzern an 7 Tagen und rund um die Uhr verfügbar.

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

Der Brückendienst pflegt eine enge Zusammenarbeit mit den anderen spezialisierten Leistungserbringern in der Versorgungsregion Luzern: der Palliativstation des Kantonsspitals Luzern, der Klinik St. Anna und der Palliativabteilung des Betagtenzentrums Eichhof.

Ein Reglement regelt die Schnittstellen der Zusammenarbeit zwischen dem Brückendienst und den Spitexorganisationen der Grundversorgung, ebenso auch zu den eigenen Teams der Grundversorgung der Spitex Stadt Luzern¹⁶. Es sieht zwei grundlegende Formen der Zusammenarbeit vor:

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

Die Kriterien für den Einbezug des Brückendienstes bzw. die direkte Überweisung an den Brückendienst basieren auf den Indikationskriterien für spezialisierte Palliative Care des Bundesamts für Gesundheit und der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren.¹⁷ Für das Einholen der ärztlichen Anordnung, die jedem Pflegeeinsatz zwingend vorausgeht, ist das fallführende Team verantwortlich.¹⁸

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

¹⁶ Spitex Stadt Luzern (o.A.). Reglement der Zusammenarbeit zwischen der ambulanten Palliativecare & Onkologiepflege und der ambulanten Pflege & Betreuung von Spitexorganisationen mit Zusammenarbeitsvertrag sowie von Spitex Stadt Luzern.

¹⁷ BAG und GDK (2011), Indikationskriterien für spezialisierte Palliative Care.

¹⁸ Spitex Stadt Luzern (o.A.).

Tabelle 3: Inanspruchnahme des Brückendienstes (BD) der Spitex Stadt Luzern (verrechnete Stunden)¹⁹

Spitex	Anzahl Klientinnen	Stunden Pflege BD	Durchschnittliche Anzahl verrechnete Stunden Pflege BD pro Klient/-in	Median *
2012	271	3'056.9	11.3	
2013	160	3'093.6	19.3	5.6
2014	244	3'845.0	15.8	1.7
Total 2012-2014	675	9'995.5	14.8	

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

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

Der Mittelwert pro Jahr (vierte Spalte in Tabelle 3) gibt die durchschnittliche Anzahl Stunden wieder, die die Beratung und Pflege einer Klientin bzw. eines Klienten durch den Brückendienst in Anspruch nahm. Er lag in den Jahren 2012 bis 2014 im Mittel aller Spitexorganisationen bei 11, 19 und 16 Stunden.

Der Medianwert (fünfte Spalte) ist ein Indikator für die Verteilung der Anzahl Leistungsstunden pro Klient/-in über alle Fälle hinweg. Er ist ein «Lagemass»: die Hälfte aller Fälle beansprucht eine Anzahl Leistungsstunden unter dem Medianwert, die andere Hälfte über dem Medianwert. Der Medianwert kann stark vom Mittelwert abweichen, wenn beispielsweise einem hohen Anteil von Einsätzen mit sehr wenigen verrechenbaren Leistungsstunden (konsiliarischer Einsatz oder Beschränkung auf ein Erstassessment) einzelne weiteren Fällen mit einer deutlich höheren Beanspruchung von Leistungsstunden gegenüberstehen.

Tabelle 3 bildete eine Grundlage für die Hochrechnung der zu erwartenden Stunden bei einem Angebot, welches alle Regionen des Kantons Luzern abdeckt.

3.2.6. Spitexorganisationen mit öffentlichem Leistungsauftrag im Kanton Luzern

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

Eine Abschätzung der regionalen Verteilung der Anzahl Fälle in der palliativen Grundversorgung und spezialisierten Versorgung auf der Basis der Sterbefälle 2013²⁰ und die Auswertung der Austrittsgründe «verstorben» bei Beendigung eines Dossiers bei den Spitexorganisationen selbst (Jahre 2012 und 2013) zeigt eindrucksvoll die Grössenunterschiede in der zu erwartenden Nachfrage nach palliativen Leistungen. Diese Zahlen werden in Tabelle 4 zusammengestellt.

Bei den Schätzungen ist zu beachten, dass die Zahlen alle Leistungserbringer umfassen und damit eine Obergrenze für den Anteil der Patientinnen und Patienten darstellen, welche die Spitex betreffen. Bei den Zahlen betreffend Austrittsgründen ist zu berücksichtigen, dass sie einerseits auch Klientinnen und Klienten enthalten, die ohne palliative Pflege während eines laufenden Dossiers gestorben sind, andererseits Klientinnen und Klienten nicht wiedergeben, die von der Spitex palliativ begleitet wurden, aber zuletzt noch in ein Spital oder Pflegeheim eingetreten sind.

¹⁹ In die Übersicht fliessen auch Stunden der Onkologiepflege mit ein, die gemäss Interviewaussagen aber nur einen kleinen Anteil der Leistungsstunden darstellen.

²⁰ Die Schätzung erfolgt auf der Basis der Annahmen der nationalen Strategie. Siehe dazu auch S. 15 in Abschnitt 3.1.

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 23/47

Tabelle 4: Abschätzung der Patientinnen-/Patientenzahlen in Palliativsituationen nach Spitexregionen

	PC Grundversorgung 2013 (Schätzung)	PC spezialisierte Versorgung 2013 (Schätzung)	Klientinnen/Klienten Spitex 2012 Austrittsgrund verst.	Klientinnen/Klienten Spitex 2013 Austrittsgrund verst.
Planungsregion 1				
Spitex Luzern	400-440	100-140	120-130	80-90
Spitex Emmen	121-160	31-40	21-30	21-30
Spitex Rontal Plus	81-120	21-30	31-40	21-30
Spitex Kriens	81-120	21-30	41-50	31-40
Spitex Horw	61-80	16-20	21-30	16-20
Spitex Malters	21-40	6-10	11-15	6-10
Spitex Meggen	21-40	6-10	6-10	6-10
Spitex der Seegemeinden	21-40	6-10	6-10	1-5
Planungsregion 2				
Spitex Hochdorf und Umgebung	61-80	11-15	11-15	11-15
Spitex Hitzkirchertal	21-40	6-10	6-10	1-5
Spitex Rothenburg	21-40	1-5	6-10	11-15
Planungsregion 3				
Spitex Sursee und Umgebung	41-60	11-15	31-40	16-20
Spitex Michelsamt	21-40	6-10	k. A.	k. A.
Spitex Sempach und Umgebung	21-40	1-5	6-10	6-10
Spitex Ruswil	1-20	1-5	11-15	6-10
Spitex Buttisholz/Nottwil	1-20	1-5	6-10	6-10
Spitex Neuenkirch	1-20	1-5	6-10	1-5
Spitex Triengen	1-20	1-5	1-5	1-5
Spitex Grosswangen	1-20	1-5	6-10	1-5
Spitex Büron-Schlierbach	1-20	1-5	6-10	1-5
Spitex Geuensee	1-20	1-5	-	1-5
Planungsregion 4				
Spitex Region Willisau	81-120	21-30	16-20	11-15
Spitex Wiggertal	21-40	6-10	21-30	6-10
Spitex Dagmersellen	1-20	1-5	6-10	6-10
Spitex Schötz-Ebersecken-Ohmstal	1-20	1-5	6-10	1-5
Spitex Nebikon-Altishofen	1-20	1-5	1-5	1-5
Spitex Wauwil-Egolzwil	1-20	1-5	1-5	6-10
Spitex Pfaffnau / St. Urban-Roggliwil	1-20	1-5	1-5	1-5
Planungsregion 5				
Spitex Region Entlebuch	81-120	21-30	41-50	21-30

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

Die Grössenunterschiede in der potenziellen Nachfrage nach Palliative Care weisen auf die Notwendigkeit eines organisationsübergreifenden Angebots und einer enge interinstitutionellen Zusammenarbeit hin. Im Kanton Luzern werden rund ein Viertel der Bevölkerung (rund 100'000 Personen) von Spitexorganisationen mit einem Einzugsgebiet von unter 10'000 Einwohnerinnen und Einwohnern betreut.

Anhand von verschiedenen Indikatoren und Leistungsbereichen wurden die Kompetenzen und Ausrichtung der Spitexorganisationen im Bereich Palliative Care erhoben. Es gibt bislang nur ein kantonales Konzept für die Ausgestaltung eines mobilen Palliative Care Angebots für den ganzen Kan-

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 24/47

ton,²¹ aber kein kantonal einheitliches oder Spitexorganisationen übergreifendes Konzept zur Palliative Care Grundversorgung in der ambulanten Pflege und Betreuung. Einzig die Spitex Stadt Luzern verfügt zum Zeitpunkt der Durchführung der Interviews über ein schriftlich verfasstes Konzept zu Palliative Care.

Es finden sich grosse Unterschiede in den Dimensionen:

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

In einer groben Kategorisierung lassen sich die Spitexorganisationen in der Grundversorgung in drei Gruppen unterscheiden. Die Zuordnung zu diesen drei Gruppen ist nicht zwingend mit der Grösse der Organisationen, sondern stark mit ihrer Ausrichtung verbunden.

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

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

3.2.7. Private Spitexorganisationen und selbständige Pflegefachpersonen

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

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

²¹ Spitex Kantonalverband Luzern (2010). Detailkonzept Palliative Care.

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 25/47

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

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

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

Das Angebot an seelsorgerisch-spirituelle Unterstützung ist regional sehr unterschiedlich. Es beschränkt sich mehrheitlich auf Angebote der Landeskirchen des Kantons Luzern. Zeitpunkt und Intensität des Einbezugs im privaten Wohnumfeld hängen stark von der Ausrichtung und den zeitlichen Ressourcen der Seelsorgenden ab. In den Interviews wurde in einzelnen Regionen noch von einer starken Ausrichtung der Seelsorge auf die Krankensalbung und Trauergespräche gesprochen.

Die katholische und die reformierte Landeskirche des Kanton Luzern führen in den Jahren 2013 bis 2015 ein Projekt «Koordinationsstelle Palliativ-Seelsorge im Kanton Luzern» durch, um Grundlagen zu schaffen, das regionale Angebot in der Seelsorge auch ausserhalb der Spitäler, Alters- und Pflegeheime zu stärken. Angebote für nicht-christliche Glaubensrichtungen fehlen aus Sicht der Leistungserbringer in den meisten Regionen und werden nur durch ein besonderes Engagement der betreuenden Spitex oder Hausärztinnen und -ärzte in Einzelfällen erschlossen.

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

3.2.9. Freiwillige

Der Freiwilligenarbeit kommt im Kontext der Palliative Care eine wichtige Rolle bei der Unterstützung der Patientinnen, Patienten und Angehörigen zu.²² Ein fehlendes soziales Umfeld, Ängste und Überlastung der Betroffenen und ihrer Angehörigen sind ein zentraler Grund, an dem die Begleitung von Palliativpatientinnen und -patienten zu Hause oft scheitert.²³

In vielen Regionen des Kantons Luzern bestehen Freiwilligengruppen zur Begleitung Schwerkranker und Sterbender sowie Entlastungs- und Besuchsdienste unterschiedlicher Trägerschaften (Gemeinden, Spitexorganisationen, Landeskirchen, Schweizerisches Rotes Kreuz Luzern, Pro Senectute Luzern, Caritas Luzern, Krebsliga Zentralschweiz, Alzheimervereinigung, Pro Infirmis, Verein Parahelp). Hinzu kommen institutionalisierte Formen der Nachbarschaftshilfe, Frauenvereine oder weitere kirchliche Gruppen.

²² Vgl. BAG, GDK und palliative.ch (2014), S.5 oder BAG und GDK (2012), S. 40-42.

²³ Diese Aussage wurde in den Interviews im Rahmen der vorliegenden Studie von allen Leistungserbringern übereinstimmend gemacht. Aus der Perspektive mobiler Palliative-Care-Dienste vgl. auch Wächter, M., Bommer, A. (2014), S.86-87.

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 26/47

Unterschiede in der Rekrutierung, Führung, Koordination, Schulung und Einbindung in die Prozesse erschweren jedoch die Integration der Freiwilligen in das Betreuungsnetzwerk und die Überwindung der Hürde, die ein «Eintritt» in die private Wohnumgebung bedeutet.²⁴ Das Potenzial der Freiwilligenarbeit wird somit vor allem im ambulanten Bereich oft nicht ausgeschöpft.

Caritas Luzern führt seit 2012 ein Projekt zur Analyse und Stärkung der Freiwilligenkoordination im Kanton durch, in dessen Rahmen Angebote zur Unterstützung der Freiwilligenarbeit im Bereich der Palliative Care zusammengeführt und weiter entwickelt werden. Freiwilligenkoordinatorinnen und -koordinatoren sollen in ihrer Arbeit – innerhalb des durch die finanziellen Ressourcen des Projektes begrenzten Rahmens – durch Bildungs- und Beratungsangebote und durch die Organisation von Austauschtreffen unterstützt werden.

3.3. Resultate der Erhebung der Zusammenarbeit und Vernetzung der Leistungserbringer **Netzwerke als zentrale Einheit der Versorgungsstrukturen**

In der Einleitung der Broschüre zu den «Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz» ist als «Credo» (wörtliches Zitat) der Palliativversorgung in der Schweiz festgehalten: *«So ist nicht eine einzelne Institution, sondern das Palliative-Care-Netzwerk die kleinste Einheit der regionalen Palliativversorgung. Der «Boden» für den Aufbau von palliativen Versorgungsstrukturen ist also die Vernetzung. Der Hauptanreiz der Tätigkeit im Palliativbereich für einzelne Institutionen muss in der Mitwirkung in diesem Netz liegen und nicht im «Herausschneiden eines Kuchenstückes».»²⁵*

Diese grundlegende Bedeutung der Vernetzung und der regionalen Netzwerke wurde durch die Ergebnisse der qualitativen Interviews im Rahmen der vertieften Bedarfsabklärung im Kanton Luzern und die statistischen Analyse der Patientinnen- und Patientenpfade bestätigt. Sie zeigen, dass die palliative Behandlung und Begleitung in vielen Fällen durch einen Wechsel zwischen Versorgungsbereichen mit zum Teil kurzfristigen Übertritten und einer kurzen Aufenthaltsdauer gekennzeichnet ist. In vielen Verläufen wechseln sich komplexe, instabile Phasen mit stabilen Situationen ab.

Eine angemessene Versorgung basiert daher auf einer guten Vernetzung unter den Leistungserbringern, die alle Berufsgruppen und damit auch die psychischen, sozialen, spirituellen und seelsorgerischen Dimensionen von Palliative Care umfasst. Dazu gehören eine versorgungsbereichsübergreifende, auch Notfallszenarien einschliessende Planung, eine gute Dokumentation und vollständige Informationsübermittlung sowie eine Übersicht über verfügbare Kapazitäten und Kompetenzen. Eine rechtzeitige Einbindung der Palliative Care ergänzend zu oder in Ablösung von kurativen Ansätzen setzt ein einheitliches Verständnis von den Möglichkeiten und Grenzen von Palliative Care unter den Leistungserbringern der verschiedenen Versorgungsbereiche und eine gemeinsame und klare Positionierung des Leistungsangebots in der Öffentlichkeit voraus.

Die Verteilung der Einrichtungen der spezialisierten Palliative Care und der Stand der Vernetzung im Kanton

Abbildung 3 zeigt die Verteilung der Einrichtungen der spezialisierten Palliative Care sowie der Spitäler und Spitexorganisationen der Grundversorgung im Kanton.

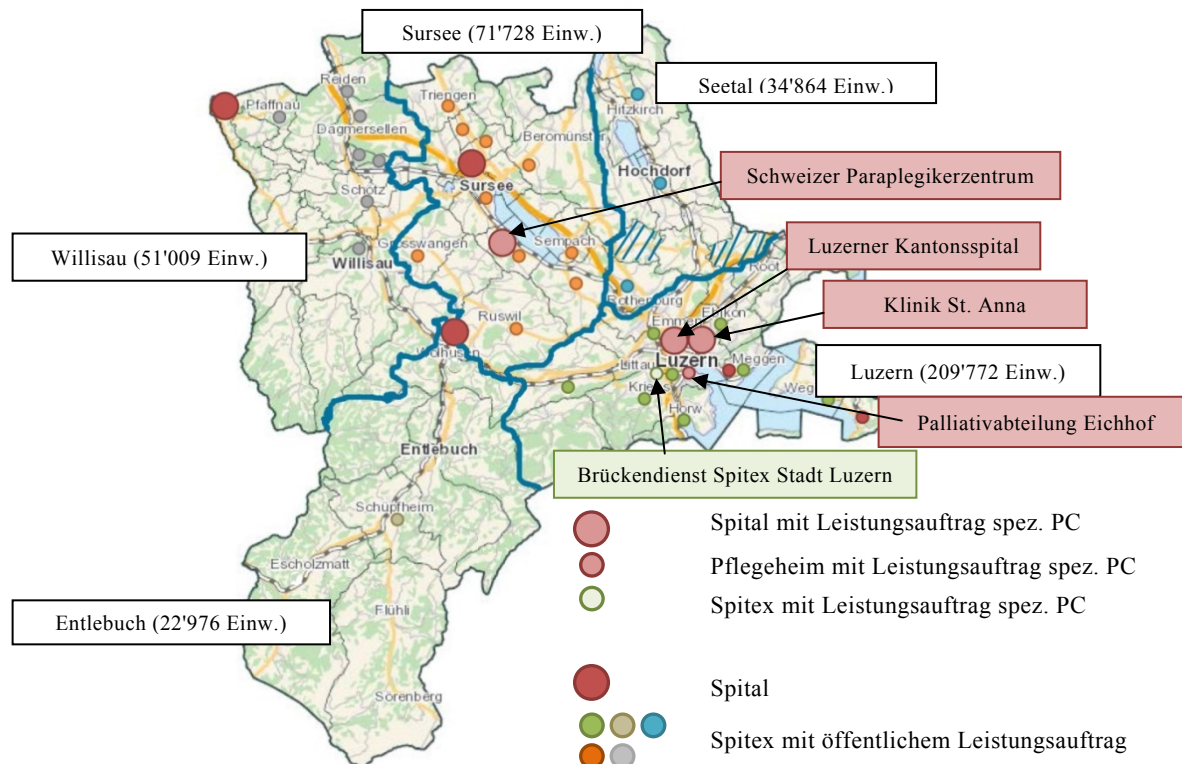
²⁴ Gentile et al. (2013) für den Kanton Luzern. Vgl. auch Sottas et al (2012) und BAG, GDK und palliative.ch (2014b).

²⁵ Bundesamt für Gesundheit (BAG), palliative.ch und Schweizerische Konferenz für Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (2012): Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz, S. 5.

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 27/47

Abbildung 3: Die Verteilung der Einrichtungen der spezialisierten Palliative Care sowie der Spitäler und Spitexorganisationen der Grundversorgung²⁶



Quelle: Eigene Darstellung

Die Karte spiegelt die starke Konzentration der bestehenden spezialisierten Versorgung auf die Region Stadt Luzern und Agglomerationsgemeinden. Der Kanton Luzern verfügt heute erst in der Stadt Luzern und je nach Inanspruchnahme auch in den Agglomerationsgemeinden²⁷ über die Grundpfeiler einer versorgungsbereichsübergreifenden spezialisierten Versorgung:

- Spitalstruktur mit Palliative-Care-Auftrag (Palliativabteilung des LUKS Standort Luzern, medizinischer Konsiliardienst des LUKS (intern und nach aussen), Palliativbetten und -pflege team der Klinik St. Anna),
- Sozialmedizinische Institution mit Palliative-Care-Auftrag (Palliativabteilung des Betagtenzentrums Eichhof),
- Mobiler Palliativdienst (spitalextern) (Brückendienst der Spitex Stadt Luzern, inkl. Nacht- abdeckung).

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

²⁶ Die schraffierten Flächen signalisieren Spitexregionen, die die Grenzen einer Planungsregion Alter übergreifen.

²⁷ Die Gemeinden der Spitex Rontal Plus und der Spitex der Seegemeinden Weggis, Vitznau und Greppen sind Stand 2015 vertraglich nicht in den Brückendienst der Spitex Stadt Luzern eingebunden.

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

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

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

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

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

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

Angebot an ambulanter spezialisierter Palliative Care im ganzen Kanton

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

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

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 29/47

Kapazitäten für kurzfristige Eintritte in Pflegeheime

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

Hier ist zu prüfen, in welcher Form ein MPCD ein dezentrales Angebot an einzelnen, flexiblen Betten auch für komplexere Fälle unterstützen könnte.

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

Nachtabdeckung

Die Nachtabdeckung in Palliativsituationen mit der kontinuierlichen Verfügbarkeit einer Ansprechperson mit einem medizinischen oder pflegerischen Hintergrund in Palliative Care ist ein wesentlicher Schutz vor der Überlastung einer häuslichen Betreuungssituation und eine wichtige Massnahme gegen Ängste und Unsicherheiten, die zu Spitaleinweisungen und Heimeintritten führen können. Es fehlt ausserhalb der Stadt Luzern und der Vertragsgemeinden des Brückendienstes das Angebot eines Nachtpiketts in spezialisierter Palliative Care und in verschiedenen Spitexregionen auch das Angebot eines Nachtpiketts in der Palliative Care Grundversorgung.

Eine Nachtabdeckung mit geplanten Einsätzen wird institutionalisiert nur in der Spitex Stadt Luzern und den Vertragsgemeinden des Nachtdienstes der Spitex Stadt Luzern in der Planungsregion 1 angeboten. Sie wäre bei einer Ausrichtung auf Palliativpatientinnen und -patienten allein nicht ausgelastet, so dass aus Sicht der Bedarfsabklärung die Frage der Einführung und Finanzierung von regelmässigen, geplanten Nachteinsätzen im Rahmen der allgemeinen Ausrichtung der Akut-, Übergangs- und Langzeitpflege behandelt werden sollte.

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

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

Zugang zu einer gemeinsamen Dokumentation

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

Ein elektronisches Dossier würde den Grad der Verfügbarkeit enorm steigern und den Dokumentations- und Koordinationsaufwand verringern. Der Bund hat mit der Verabschiedung des Bundesge-

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 30/47

setzes über das elektronische Patientendossier (EPDG) im Juni 2015 einen Rahmen für die Einführung dieser Dossiers und verabschiedet und die Zugangs- und Zugriffsberechtigungen geregelt. Angesichts der grossen Bedeutung des Zugangs zu einer gemeinsamen Dokumentation in der Begleitung von Palliativpatientinnen und -patienten ist zu prüfen, ob im Kanton Luzern eine Gemeinschaft aus den Spitälern, Pflegeheimen und Spitexorganisationen gebildet werden könnte, aus der heraus in einem Pilotprojekt die für die palliative Betreuung notwendigen Daten in einem elektronischen Dossier abgespeichert werden.

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

Im ambulanten Bereich ist diese Einbindung der psychologischen, seelsorgerischen und sozialen Beratung und Begleitung der Betroffenen wie auch der Angehörigen nur im Einzugsgebiet des Brückendienstes als Hintergrunddienst institutionell berücksichtigt. In anderen Regionen beruht sie auf der Verfügbarkeit entsprechender Fachpersonen und der Vernetzung der Grundversorger mit diesen Fachpersonen.

Aus den Interviews kann keine flächendeckende Evaluation des heutigen Angebots abgeleitet werden. Aber die regional breit gestreuten und abgestützten Interviews weisen zumindest auf deutliche regionale Unterschiede und Angebotslücken hin, welche durch die Einbindung entsprechender Fachpersonen in die MPCD und ihren Einbezug in multidisziplinäre Fallbesprechungen und Koordinationssitzungen abgebaut werden sollten.

Koordination der Freiwilligenarbeit

Um das Potenzial der Freiwilligenarbeit und der bestehenden regionalen Freiwilligengruppen ausschöpfen zu können, wäre es wichtig, die Freiwilligenarbeit systematischer in die palliative Betreuung zu Hause einzubinden. Wichtige Herausforderungen liegen in den Bereichen Systematisierung der Freiwilligenkoordination (Führung/ Betreuung/ Coaching/ Einbindung in den Informationsfluss/Monitoring), Schulung der Freiwilligenkoordinatorinnen und Weiterbildung der Freiwilligen.

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

Finanzierung

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

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

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 31/47

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

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

Die nationale Bestandesaufnahme mobiler Palliative-Care-Dienste (Stand November 2013) durch die Hochschule Luzern im Auftrag des BAG und der GDK zeigt eine breite Vielfalt von Umsetzungs- und Finanzierungsformen der heutigen Angebote.²⁸ Diese Entwicklung ist zum Teil historisch geprägt, ausgehend von der Initiative einzelner Leistungserbringer oder einer Gruppe von Akteuren, die Lücken in den bestehenden Angebotsstrukturen pragmatisch geschlossen haben.

Gemäss den Empfehlungen zu den «Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz»²⁹ besteht ein mobiler Palliativ-Care-Dienst (spitalextern) zur Umsetzung der in Kapitel 1.2.2, S. 10, beschriebenen Aufgaben und Ziele:

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

Ein solcher mobiler Palliativdienst sollte gemäss der European Association of Palliative Care (EAPC) mindestens pro 100'000 Einwohnende, verfügbar während 24 Stunden, bestehen.³⁰

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

Trotz dieser Heterogenität lassen sich die MPCD in zwei grosse Gruppen mit zwei resp. drei Untergruppen unterteilen, wobei die kontinuierliche Weiterentwicklung und Vernetzung der Angebote zum Teil auch zu Überlappungen zwischen den Gruppen führt.³¹

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

²⁸ Wächter, M., Bommer, A. (2014).

²⁹ Zitiert nach: Bundesamt für Gesundheit (BAG), palliative ch und Schweizerische Konferenz für Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (2012): Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz, S. 39.

³⁰ Zitiert nach: Bundesamt für Gesundheit (BAG), palliative ch und Schweizerische Konferenz für Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (2012): Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz, S. 29.

³¹ Für eine ausführliche Beschreibung siehe Wächter, M., Bommer, A. (2014). Vor allem führt die Vernetzung von regionalen Angeboten aus der Gruppe B mit der Gruppe C vermehrt zu organisationsübergreifenden Ansätzen der Gruppe D.

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 32/47

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

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

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

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

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

MPCD der Gruppen A und B finden sich vor allem in Deutschschweizer Kantonen, in denen die Gemeinden die alleinige Verantwortung für die Finanzierung der Langzeitpflege tragen. MPCD der Gruppen D und E sind vor allem in Kantonen vertreten, in denen der Kanton die Verantwortung für die Langzeitpflege trägt oder zumindest teilweise mitträgt.

Die Organisationsform des Brückendienstes der Spitex Stadt Luzern als Fachstelle oder Spezialteam einer Spitex mit Leistungsauftrag in der Grundversorgung ist eine Struktur, die sich in weiteren grösseren Städten wie Zürich, Basel, Bern und Thun findet.

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

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

Je nach Versorgungsbereich (Spital-stationär, Spital-ambulant, niedergelassene Ärzte, Pflegeheime, Spitex) kommen unterschiedliche Prozesse der Tarifstrukturentwicklung, Tarifverhandlungen bzw. Tariffestsetzungen zum Tragen. Die Integration der Palliative Care in die Tarifsysteine ist unterschiedlich weit vorangeschritten. Sie ist in keinem Bereich abgeschlossen. Der Klärungsbedarf in den Tarifsysteinen der verschiedenen Versorgungsbereiche (SwissDRG, Tarmed, anerkannte Voll- oder Normkosten in der stationären und ambulanten Pflege) setzt an unterschiedlichen Punkten an.

Die nationale Bestandesaufnahme zeigte, dass die Kosten eines mobilen Palliative-Care-Dienstes (MPCD) aktuell nicht allein über die Verrechenbarkeit seiner Leistungen gedeckt werden können, sondern über Beiträge aus einem Leistungsauftrag, Quersubventionierungen oder Spenden mit finanziert werden. Anhand individueller Kostenrechnungen von mobilen Palliative-Care-Diensten lässt sich zeigen, dass ihre Vollkosten pro verrechenbarer Stunde Pflege aufgrund verschiedener Faktoren deutlich über denjenigen einer normalen Pflegestunde in der Grundversorgung liegen:

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

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

Die Leistungserfassung und die Erstellung der Kostenrechnungen durch die mobilen Palliative-Care-Dienste und Spitexorganisationen der Grundversorgung sind heute noch zu heterogen, um ein aussagekräftiges Benchmarking zu ermöglichen. Eine betriebsübergreifende differenzierte Analyse und Auswertung von Kosten- und Leistungsdaten, wie sie im Bereich der Tarifstrukturen SwissDRG und TARMED vorgenommen werden kann, würde im Bereich der ambulanten, spitalexternen Palliativpflege sowohl in der Grundversorgung wie auch der spezialisierten Versorgung einen wichtigen Beitrag zur Abgeltung dieser Leistungen und Klärung der Finanzierungsverantwortung leisten.

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 34/47

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

Die Bedarfsabklärung hat gezeigt, dass mit den Leistungsaufträgen «Palliative Care Kompetenzzentrum» an die Spitäler Luzerner Kantonsspital, Klinik St. Anna, Kantonsspital Nidwalden und das Schweizer Paraplegiker Zentrum Nottwil gemäss Spitalliste, mit der Palliativabteilung des Betagtenzentrums Eichhof und mit dem Brückendienst der Spitex Stadt Luzern bereits zentrale Elemente der spezialisierten Versorgungsstrukturen Palliative Care im Kanton existieren. Dieses Potenzial gilt es in eine flächendeckende Lösung einzubinden. Zudem ist die mittelfristige Finanzierung noch nicht sichergestellt. Der Aufbau eines flächendeckenden Angebots erfordert regional differenzierte Lösungen, die sich aber an kantonal einheitlichen Standards und gemeinsamen Zielvorgaben orientieren.

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

Ausgehend von den in Kapitel 3.4 auf S. 28 ff. identifizierten Angebotslücken und Verbesserungspotenzialen wurden drei Ausgestaltungsvarianten ausgearbeitet:

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

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

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

Ein solcher MPCD kann als eigenständige Organisation geführt werden. In diesem Moment wird aber auf Synergien mit bestehenden Institutionen in Bezug auf eine gemeinsame Nutzung der Infrastruktur, den direkten Austausch von Fachpersonal oder geteilte administrative Prozesse verzichtet. Bei Angliederung an eine bereits bestehende Organisation mit einem Leistungsauftrag in Palliative Care bieten sich im Kanton Luzern verschiedene Optionen an: Luzerner Kantonsspital, Klinik St. Anna, Spitex Stadt Luzern oder Verein Palliativ Luzern. Sie führen angesichts der Standorte der genannten Institutionen jedoch zu einer weiteren Konzentration des Angebots in der Stadt Luzern.

Zentrale Stärken dieser Ausgestaltungsvariante sind erstens die höhere Fallzahl aufgrund der Konzentration des Angebots, die zu einem raschen Aufbau und einer ständigen Aktualisierung des klinischen Erfahrungswissens führen, und zweitens die klare Identität des mobilen Palliative-Care-Dienstes und eine klare Abgrenzung des spezialisierten Angebots von den Leistungen der Grund-

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 35/47

versorgung. Der MPCD erhält darüber hinaus Einsicht in die Angebotsstrukturen des ganzen Kantons und kann diese für eine einheitliche Ausgestaltung der Schnittstellen und die Erarbeitung und Einhaltung gemeinsamer Standards in der Palliative Care Versorgung im ganzen Kanton nutzen.

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

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

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

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

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

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

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

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 36/47

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

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

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

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

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

Eine zentrale Stärke der dritten Variante ist es, mit regional differenzierten Lösungen besser auf die unterschiedliche Ausgangslage in den verschiedenen Regionen des Kantons eingehen zu können. Indem die Leistungserbringer der Grundversorgung unter der Voraussetzung der Verfügbarkeit entsprechend ausgebildeter Fachpersonen in die Sicherstellung des Leistungsspektrums des MPCD einbezogen werden (z.B. über Zweitanstellung, Übernahme bestimmter Aufgaben im Mandats- oder Auftragsverhältnis), besteht eine grosse Chance für eine unmittelbare Nutzung des Dienstes sowie für eine direkte Stärkung der Palliative Care Grundversorgung. Die regionale Anbindung der MPCD erlaubt eine Einbindung in die wichtigen Netzwerke der Grundversorgung und gleichzeitig umgekehrt auch eine Stärkung dieser Netzwerkstrukturen. Die geografische Nähe sollte zu einer Optimierung der Wegzeiten und zu schnellen Umdisponierungen für notwendige, ungeplante Einsätze vor Ort führen. Trotz der regionalen Orientierung sollten auch in dieser Variante Synergien beispielsweise mit dem telefonischen medizinischen Konsiliardienst des Luzerner Kantonsspitals oder dem Nachtdienst und Nachtpikett der Spitex Stadt Luzern als erste telefonische Triagestelle für Patientinnen, Patienten und ihre Bezugspersonen in der Nacht kantonal genutzt werden.

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

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 37/47

Die grössere Anzahl an Ansprechpersonen und die regionale Ausgestaltung darf nicht zu einer unklaren Wahrnehmung der Möglichkeiten und Versorgungsstrukturen von Palliative Care in der Öffentlichkeit und bei den betroffenen Personen führen. Alle Lösungen müssen ein gleichermassen verbindliches und fassbares Angebot darstellen und sich innerhalb des Kantons an gleichen Standards orientieren.

4.4. Finanzierungsmodelle und Kostenschätzungen

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

Das Finanzierungsmodell trennt zwischen:

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

In der Abgeltung von Einsätzen vor Ort (Elemente a. und b.) soll das Finanzierungsmodell gegenüber den Wohnortgemeinden und den Spitexorganisationen der Grundversorgung keinen Finanzierungsanreiz setzen, ob eine Pflegefachperson der Basisorganisation in einfachen und stabilen Situationen selbst die Beratung und Behandlung im Rahmen der Palliative Care Grundversorgung durchführt oder aufgrund der Indikation einer komplexen oder instabilen Situation eine spezialisierte Pflegefachperson des mobilen Palliative-Care-Dienstes bezieht. Die Restfinanzierung zu Lasten der Wohnortgemeinde sollte in beiden Fällen annähernd gleich hoch sein.

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

Leistungsrahmen als Grundlage der Kostenschätzung

Für die Abschätzung des Leistungsrahmens der Pflegeleistungen eines mobilen Palliative-Care-Dienstes werden zwei Quellen herangezogen. Zum einen ergab eine Abschätzung auf der Basis der Sterbefälle 2013 in Kapitel 3.1 eine Zahl von 384 Personen, die im Kanton Luzern pro Jahr im Rahmen der spezialisierten Palliativversorgung behandelt werden sollten. Diese Abschätzung

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 38/47

schlüsselt die Zahlen nicht nach Versorgungsbereichen auf und macht auch keine Aussage über Mehrfachbehandlungen in verschiedenen Versorgungsbereichen.

Als zweite Quelle werden die bisherigen Klientinnen-, Klienten- und Leistungszahlen des Brückendienstes aus den ersten drei Betriebsjahren herangezogen (siehe Tabelle 3 auf S. 22). In den Jahren 2012 bis 2014 wurden in einem Einzugsgebiet von rund der Hälfte der Wohnbevölkerung des Kantons zwischen 160 und 271 Klientinnen und Klienten pro Jahr betreut. Die durchschnittliche Anzahl verrechneter Stunden pro Klient/-in betrug im Schnitt der drei Jahre 15 Stunden pro Klient/-in und Jahr. Der Median lag deutlich unter dieser Stundenzahl. Aus diesem Grund wird davon ausgegangen, dass die durchschnittliche Stundenzahl von 15 Stunden durchaus als sinnvolle Steuerungsgrösse betrachtet werden kann, die im Schnitt der folgenden Jahre angestrebt werden kann.

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

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

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

Das Finanzierungsmodell

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

Im Finanzierungsmodell wird von der Annahme eines direkten Personalaufwands von Fr. 55.00 pro Stunde Behandlungspflege in der Grundversorgung inkl. Sozialversicherung, Krankheit, Unfall, Pausen und Weiterbildungsabsenzen ausgegangen. Die Produktivität ist pro Spitexorganisation unterschiedlich. Bei einer Produktivität von 50 Prozent läge der Aufwand pro verrechneter Stunde bei 110 Franken, bei einer Produktivität von 45 Prozent bei 122 Franken (vgl. Tabelle 5, oberer Teil). Für die weiteren Berechnungen wird von einem Kostensatz von 120 Franken pro Stunde ausgegangen.

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 39/47

Tabelle 5: Grundstruktur des Deckungsbeitrags des Finanzierungsmodells

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

Quelle: Eigene Berechnungen und Darstellung.

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

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

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

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

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 40/47

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

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

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

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

Tabelle 6 nimmt eine grobe Aufwandsschätzung des Sockelbeitrags anhand der Variante 3, einer dezentralen Organisation der MPCD angegliedert an drei regionale Netzwerke vor.

Tabelle 6: Aufwandsschätzung des Sockelbeitrags des Finanzierungsmodells (Variante 3)

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

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

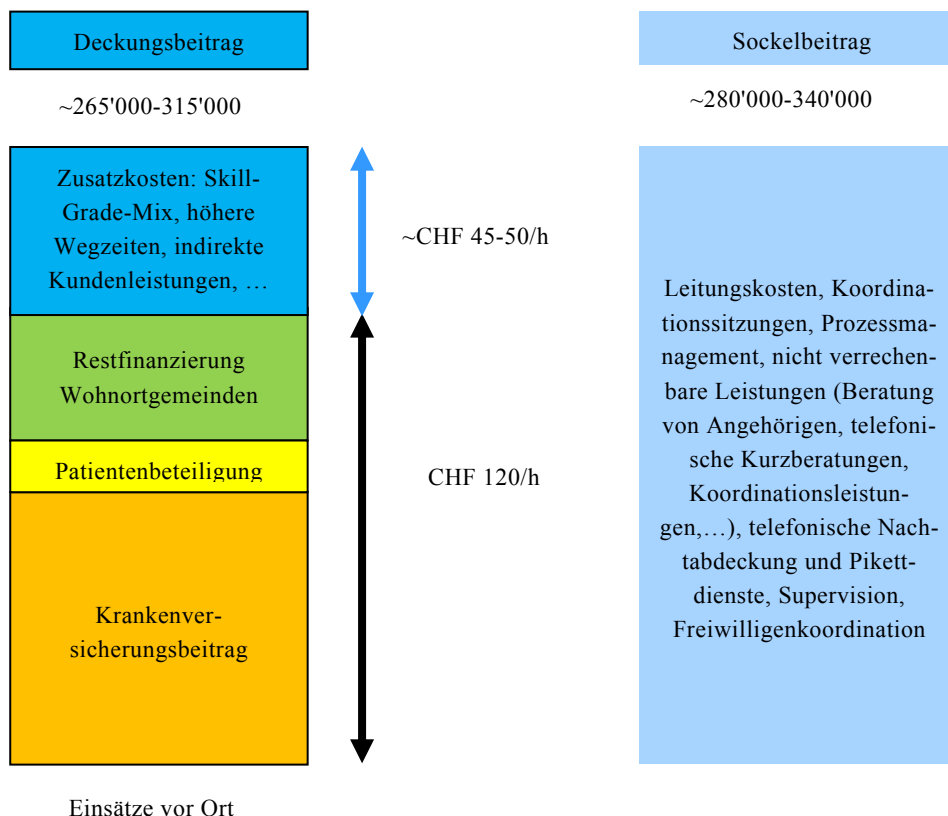
schränkt sich auf die Leistungen und die Koordinationsaufgaben der mobilen Palliative-Care Dienste. In diesem Sinne eingeschlossen in den Aufwand sind multidisziplinäre und interprofessionelle Koordinationssitzungen und Stellenprozente für den Ausbau und die Systematisierung der Freiwilligenkoordination.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

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

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

Abbildung 4 fasst die beiden Säulen der Zusatzfinanzierung der mobilen Palliative-Care-Dienste nochmals zusammen.

Abbildung 4: Die zwei Säulen der Zusatzfinanzierung der mobilen Palliative-Care-Dienste



Quelle: Eigene Darstellung

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

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 42/47

5. Schlussfolgerungen und Empfehlungen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 43/47

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

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

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

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

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

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

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

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

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 44/47

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

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

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

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

6. Monitoring der Leistungen und Patientenpfade

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

5.2. Grenzen der Studie / Weiterer Forschungsbedarf

Beitrag zur Weiterentwicklung der Tarifsysteme

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

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

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 45/47

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

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

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

Einführung einer elektronischen Dokumentation und eines elektronischen Patientendossiers

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

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

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 46/47

6. Bibliografie

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

Luzern, 9. Dezember 2015

Seite 47/47

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