

Factsheet Nutzenstudie

« Spezialisierte Palliative Care in der Langzeitpflege bzw. Hospize »

Beat Sottas, Sara Keel
Sarah Brügger, Sylvie Rime

Freiburg, den 1. Februar 2019

1. Auftrag und Methodik

Der Auftrag des BAG umfasste eine Nutzenstudie, welche qualitative und quantitative Aspekte der spezialisierten Palliative Care in der Langzeitpflege bzw. in Hospizen untersucht. In zwei Frageblöcken sollten Fakten zum Nutzen ermittelt werden. In qualitativer Hinsicht, u.a. für welche Patienten*innen es spezialisierte Palliative Care (SPC) in Langzeitpflege bzw. Hospizen braucht und was der Nutzen aus Sicht von Fachpersonen der SPC-Versorgungslandschaft ist.

In quantitativer Hinsicht sollte geschätzt werden, für wie viele Patient*innen dieses Angebot grundsätzlich sinnvoll wäre und in welchem Verhältnis die Kosten einer Betreuung im Hospiz im Vergleich zu einer Betreuung an einem anderen Ort sind. Dies sollte aus Sicht Patient*innen/Angehörige, Fachpersonen bzw. Zuweiser, Versorgungsbereiche, Gesundheitskosten aufgezeigt werden.

Zur Beantwortung der Fragen wurden von Juni bis September 2018 vier Expertenateliers in verschiedenen stationären SPC-Strukturen im Langzeitbereich durchgeführt. Zur Ergänzung wurden 15 Expertengespräche mit Fachleuten durchgeführt: Zuweiser, kantonale Gesundheitsbehörden, DRG-Experten, Fachleute aus Forschung und Palliative Care-Advocacy sowie weitere Leiter/innen von verschiedenen SPC-Strukturen im Langzeitbereich.

Die Ergebnisse wurden am 4. Forum der Plattform Palliative Care (9. November 2018) erläutert und diskutiert. Ergänzende Beiträge wurden in das vorliegende Factsheet integriert.

2. SPC-Strukturen im Langzeitbereich: 4 Typen

In Ergänzung der Typologie von Fringer & Arrer (2017), die von drei unterschiedlichen Strukturen sprechen¹, scheint es uns wegen der Bedeutung der DRG-basierten Finanzierung, der Systemintegration und der Auswirkung auf die Bedarfsevaluation zweckmässiger, vier unterschiedliche stationäre SPC-Versorgungsstrukturen zu unterscheiden:

- Typ 1: Autonom mit Spitalstatus
- Typ 2: Autonom mit Pflegeheimstatus („Hospiz“)
- Typ 3: Abteilung integriert in Langzeitpflege-Institution
- Typ 4: Abteilung integriert in Spital (mit Spitalstatus)

Typ 1 und 4 (SPC-Struktur mit Spitalstatus) unterscheiden sich in Bezug auf die Zielgruppe (siehe unten) massgeblich von Typ 2 und 3 (SPC-Struktur mit Pflegeheimstatus).

Durch die unterschiedlichen Ein- und Ausschlusskriterien lassen sich die Institutionen zwar typologisch zuordnen, in der Praxis ist die Typen-Abgrenzung allerdings nicht so eindeutig.

3. Organisation der SPC-Strukturen im Langzeitbereich

Bei Organisation (und Finanzierung) gibt es eine Vielfalt von Angeboten sowie regionale Unterschiede, die im Rahmen dieses Factsheets nur cursorisch behandelt werden können.

3.1 Rechtsformen

Die Rechtsformen der stationären SPC-Strukturen variieren je nach Typ.

- Die integrierten SPC-Anbieter (Typ 3 und 4) sind i.d.R. Teil einer (gemeinnützigen) Aktiengesellschaft oder einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft.
- Bei den autonomen SPC-Strukturen (Typ 1 und 2) können Stiftungen oder Vereine als Träger fungieren.

¹ Fringer & Arrer (2017) nennen drei verschiedene Typen: 1) eigenständige Institutionen mit Pflegeheimstatus; 2) eigenständige Institutionen mit Spitalstatus; 3) Spezialisierte Abteilungen in Langzeitpflege-Institutionen.

3.2 Dotierung an Personal

Stationäre SPC-Strukturen mit Spitalstatus (Typ 1 und Typ 4) haben eine gute Dotierung an intern verfügbarem medizinischem, therapeutischem, seelsorgerischem und Pflegepersonal. Dieser Aspekt ist – gepaart mit der stabileren Finanzierung (s. unten) – ein qualitativer Vorteil.

Bei SPC-Abteilungen in Langzeitpflege-Institutionen (Typ 3) hängt die Dotierung an medizinischem, therapeutischem und seelsorgerischem Personal stark von der Grösse der Langzeitpflege-Institution ab. Sehr grosse Heime haben spitalähnliche Vorhalteleistungen.

In *autonomen SPC-Strukturen mit Pflegeheimstatus* (Typ 2, „Hospiz“), die zumeist nicht über hohe finanzielle Sicherheiten verfügen (s. unten), werden medizinische, therapeutische und seelsorgerische Leistungen i.d.R. durch Einkauf von Dienstleistungen externalisiert. Flexibilität und Budgetentlastungen entstehen, weil Ärzte nicht angestellt sind und ärztliche Leistungen separat über Tarmed abgerechnet werden. Das gilt für alle Institutionen mit Pflegeheimstatus.

Bei der Dotierung an Pflegepersonal unterscheiden sich die verschiedenen Typen quantitativ nur unwesentlich. In dem von uns berücksichtigten Sample variieren sie zwischen 161% Vollzeit-Äquivalent (VZÄ)/Bett in einer autonomen SPC-Struktur mit Pflegeheimstatus und 136% VZÄ in einer SPC-Abteilung in einer Langzeitpflege-Institution.

3.3 Zielgruppe

SPC-Strukturen mit Spitalstatus (Typ 1&4) richten sich an sterbende Menschen über 18 Jahre, welche komplexe und instabile Krankheitssituationen aufweisen (d.h. Spitalbedürftigkeit).

SPC-Strukturen mit Pflegeheimstatus (Typ 2 und 3) richten sich hingegen an sterbende Menschen über 18 Jahre, welche u. U. komplexe aber i.d.R. stabile Krankheitssituationen (ohne Spitalbedürftigkeit) aufweisen. Sie können von Spitälern nach einer Akutbehandlung für die Betreuung zugewiesen werden, oder „Hospiz“ werden von Selbstzuweisern gewählt.

Mit Blick auf die Zielgruppe fallen Typ 1 und 4 eigentlich nicht in den Geltungsbereich der vorliegenden Studie, da dabei eine Spitalbedürftigkeit vorausgesetzt wird, die eine klare Trennlinie zur „Hospizstruktur“, bzw. zu SPC-Strukturen mit Pflegeheimstatus bildet.

Sie werden im Folgenden trotzdem berücksichtigt, weil insb. Typ 4 (integriert in Spital) zusammen mit dem Ausbau ambulanter Dienste neuere Markt- und Kompetenzentwicklungen aufnimmt und damit Postulate und Argumente der Hospizbewegung in Frage stellt.

3.4 Aufenthaltsdauer

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer variiert in den verschiedenen von uns untersuchten SPC-Strukturen zwischen 14 (autonome SPC-Struktur mit Pflegeheimstatus) und 30 Tagen (autonomen SPC-Struktur mit Spitalstatus).

Es wird allerdings auch von einzelnen „Langliegern“ berichtet, bei denen der Aufenthalt 100 Tage oder bis zu einem Jahr beträgt. Die Aufenthaltsdauer ist aber nicht Typen-abhängig. Alle Befragten gaben an, dass die maximale Aufenthaltsdauer im Prinzip nicht limitiert ist. Die Befragten sagen aber auch, dass Langlieger das Budget schwer belasten.

4. Finanzierung der stationären SPC-Strukturen

Bei der Finanzierung der stationären SPC-Strukturen sind zwei Regimes zu unterscheiden: Anbieter mit Spitalstatus und Anbieter mit Pflegeheimstatus haben andere Bedingungen.

- a) integrierte oder autonome SPC-Strukturen mit Spitalstatus rechnen palliativmedizinische Behandlungen seit Anfang 2018 mit diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRG)² ab.
 b) autonome SPC-Strukturen, bzw. SPC-Abteilungen in Langzeitpflege-Institution (Pflegeheimstatus) rechnen Leistungen gemäss der Pflegefinanzierung (KVG, bzw. Art. 7 Abs. 1 KLV) ab³.

4.1 SPC-Strukturen mit Spitalstatus

Die Kosten pro Tag und die Finanzierungsanteile wurden wie folgt angegeben:

Tabelle 1: Kosten pro Tag und Finanzierungsschlüssel in **SPC-Strukturen mit Spitalstatus**

	Kosten pro Tag	Finanzierungsanteile (Angaben der Befragten): Aufgrund KVG ⁴ / Patienten*innen / Kanton / Stiftung Spenden
Typ 1: autonom mit Spitalstatus		
Fallbeispiel (1.1)	1200.- CHF	61% KVG (DRG); 33% öff. Pauschale; 6% Investitionsrendite
Fallbeispiel (1.2)	1250.- CHF	14 Tage = 100% KVG; durch Langlieger verursachte Defizite werden über die Stiftung gedeckt
Typ 4: integriert in Spital		
Fallbeispiel (4.1)	Schätzung >1000.-	55% KVG; 45% Wohnkanton
Fallbeispiel (4.2)	Schätzung 1400.- bis 1500.- CHF	Anzahl Tage (keine genauen Angaben) = 100% KVG; durch Langlieger verursachte Defizite werden vom Spital gedeckt

Die Befragten machen allerdings geltend, dass der Kostendeckungsgrad von DRG-Pauschalen je nach Spitaltyp nach rund 14-21 Aufenthaltstagen in eine Negativbilanz fällt.

Öffentliche Spitäler erwägen in der terminalen Phase beim Wegfallen einer ausgewiesenen Spitalbedürftigkeit eine mögliche Entlassung oder Verlegung (oder müssen diese einleiten).

Autonome Träger verfolgen eher die Strategie, solche Bewohner bis ans Lebensende zu betreuen. Die daraus resultierenden hohen Defizite werden durch die öffentliche Hand (Fallbeispiel 1.1), grosszügige Stiftungszuwendungen oder Spenden gedeckt (Fallbeispiel 1.2).

4.2 SPC-Strukturen mit Pflegeheimstatus

Hier wurden folgende Kosten pro Tag und Finanzierungsschlüssel genannt:

Tabelle 2: Kosten pro Tag und Finanzierungsschlüssel in **SPC-Strukturen mit Pflegeheimstatus**

	Verrechenbare Kosten pro Tag	Finanzierungsschlüssel: Beitrag der OKP / Patienten*innen / Kanton / Stiftung Spenden
Typ 2: autonom mit Pflegeheimstatus		
Fallbeispiel (2.1)	650.- CHF	20% KVG (Pflegefinanzierung gemäss KVG); 40% Patienten*innen; 40% Spenden
Fallbeispiel (2.2)	Schätzung 1000.- CHF	keine genauen Angaben zu Finanzierungsschlüssel
Fallbeispiel (2.3)	Schätzung 1000.- CHF	keine genauen Angaben zu Finanzierungsschlüssel
Typ 3: Abteilung in Langzeitpflege-Institution		
Fallbeispiel (3.1)	560.- CHF	25% KVG (Pflegefinanzierung gemäss KVG & mit Krankenkassen ausgehandelte Pauschale für medizinische, physiotherapeutische Leistungen, Medikamente); 50% Patienten*innen; 25% öffentliche Hand

In grossen Institutionen mit Pflegeheimstatus (Typ 3) können Kosten wegen Querfinanzierung selbst bei einem breiten Leistungsspektrum tief sein (siehe Fallbeispiel 3.1: 560 CHF/Tag).

² Palliativmedizinische Leistungen haben im CHOP Katalog Komplexbehandlungs-Kodes; seit 2016 Basis DRG A97. Zur kohärenten Umsetzung gibt es einen Beschluss des Verwaltungsrates der SwissDRG AG.

³ Vergütung von Pflegeleistungen, Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen aufgrund einer Bedarfsabklärung gem. Pflegestufenmodell RAI auf ärztliche Anordnung oder im ärztlichen Auftrag ermöglicht.

⁴ Für den Spitalbereich ist der Finanzierungsschlüssel gesetzlich festgelegt (KVG): 55% der Spalkosten bezahlen die Kantone, 45% die Krankenversicherer. Es unklar, was die Befragten mit den abweichenden Zahlen meinen.

4.3 Return for Money

Tabelle 3: Verhältnis Kosten pro Tag – abgedeckte Leistungen

Typ	Range der Kosten	Abgedeckte Leistungen	Generierte Zusatzkosten
Typ 1: autonom mit Spitalstatus	1200 – 1250.- CHF	Pflege/Betreuung/Hotellerie inkl. ärztliche, therapeutische, seelsorgerische Leistungen	Langlieger unterfinanziert
Typ 4: integriert mit Spitalstatus	1000-1500.- CHF	Pflege/Betreuung/Hotellerie inkl. ärztliche, therapeutische, seelsorgerische Leistungen	Langlieger unterfinanziert
Typ 2: autonom mit Pflegeheimstatus	650 – 1000.- (Schätzung) CHF	Pflege/Betreuung/Hotellerie	Ärztliche, therapeutische, seelsorgerische Leistungen extern finanziert, externalisiert
Typ 3: Abteilung in Langzeitpflege-Institution	560.- CHF	Pflege/Betreuung/Hotellerie inkl. ärztliche, therapeutische, seelsorgerische Leistungen dank Querfinanzierung	Trotz Querfinanzierung sind therapeutische und psychosoziale Leistungen generell unterfinanziert

4.4 Fazit zu Organisation und Finanzierung von stationären SPC-Strukturen

- Typus 1 und 4 (SPC-Struktur mit Spitalstatus) unterscheiden sich in Bezug auf
 - die Zielgruppe (Spitalbedürftigkeit) und
 - die Finanzierung massgeblich von Typus 2 und 3 (SPC-Struktur mit Pflegeheimstatus).
- In der Ausgestaltung nähern sich die Typen an: auch integrierte stationäre SPC-Strukturen mit Pflegeheimstatus (Typ 3) bieten ein diversifiziertes Spektrum an medizinischen, pflegerischen, therapeutischen und betreuerischen Leistungen an.
- Es gibt eine Ungerechtigkeit bei der Finanzierung: In stationären SPC-Strukturen mit Spitalstatus (Typ 1 und 4) sind neben medizinischen und pflegerischen auch therapeutische und betreuerische Leistungen im Preis inbegriffen (DRG). Bei stationären SPC-Anbietern mit Pflegeheimstatus (Typ 2 und 3) sind therapeutische und betreuerische Leistungen wegen der Pflegefinanzierung gem. KVG in hohem Masse durch die Bewohner/innen zu tragen.
- Die Marktentwicklung zwingt SPC-Strukturen mit Spitalstatus zu Strukturanpassungen und Angebotsdifferenzierungen: man beobachtet Bestrebungen, insbesondere in der Romandie, einzelne Betten oder ganze Abteilungen in integrierte SPC-Strukturen mit Pflegeheimstatus umzuwandeln, und/oder auszubauen oder temporär umzunutzen.
- Für integrierte SPC-Abteilungen in sehr grossen Langzeitpflege-Institutionen (Typ 3), die im Rahmen der Regelversorgung ein breites Spektrum an Leistungen vorhalten und erbringen können, stellt sich aus Gründen der Versorgungsgerechtigkeit u.E. die Frage nach einem SPC-Aufschlag im Rahmen der Pflegefinanzierung gemäss KVG.

Ein durch die Medien verschiedentlich postulierter Richtwert für autonome SPC-Strukturen mit Pflegeheimstatus, bzw. «Hospiz» (Typ 2) liegt bei 1000 CHF. Aber: Wenn stationäre SPC-Institutionen mit Spitalstatus (Typ 1) für einen leicht höheren Betrag (1200-1500 CHF/Tag) deutlich mehr Leistungen vorhalten, bietet dieser postulierte Richtwert keine komparativen Vorteile. 1000 CHF verschaffen «Hospizen» zudem einen Marktvorteil gegenüber SPC-Abteilungen in grossen Langzeitpflege-Institutionen (Typ 4), die nur 560 CHF verrechnen können.

5. Koordination & Zusammenarbeit der Leistungserbringer von SPC

Ergebnisse:

- Koordination zwischen Leistungserbringern gibt es am ehesten bei der Zuweisung.
- Die Zusammenarbeit zwischen stationären SPC-Strukturen, Hausärzten und Pflegeheimen ist wenig entwickelt, ja «inexistent» oder verläuft «eher harzig».
- Weil „Hospize“ nur selten vorkommen, nur regional bekannt (nicht in der Romandie) und begrifflich uneinheitlich sind, gibt es keine Regelprozesse für Kommunikation und Kooperation mit der Akutversorgung oder dem ambulanten Bereich. Es ist deshalb für „Hospize“ schwierig, neue oder zusätzliche Marktanteile zu gewinnen.
- Die konzeptionell divergierenden stationären SPC-Initiativen (Spital, Heim, „Hospiz“) und die unterschiedlichen Finanzierungsregimes erschweren das Schnittstellenmanagement.
- Zwischen den verschiedenen stationären und mobilen SPC-Anbietern gibt es Konkurrenz- und Positionierungskämpfe um ein kleines Kundensegment.

Diskussion:

- Die Koordination nähert sich zunehmend den in der Akutversorgung etablierten Präferenzen und Wegen an. Bestehende Partner und Beziehungen geniessen höheres Vertrauen als neue Akteure, deren fachliche Angebote und Kompetenz nicht leicht einzuordnen sind. Wichtig mag dabei auch sein, dass bei den etablierten Institutionen die Palliativ- und SPC-Kompetenz in jüngster Zeit deutlich sichtbarer wird und auch – u.a. als Ergebnis der nationalen Strategie – nicht nur stillschweigend gemacht, sondern gegen aussen auch besser dargestellt wird.
- Die Typen-Unterschiede mit ähnlichem Leistungsspektrum aber unterschiedlicher Finanzierung verhindern Transparenz und sind für Bürger nicht nachvollziehbar. Sie mindern die Wirksamkeit der Ressourcen und eine koordinierte Versorgung.
- Auch wenn die Versorgungsqualität im Einzelfall gut ist, könnten in der Gesamtschau der verschiedenen stationären und der ambulanten Leistungserbringer ungünstige Effekte im Bereich der Versorgungsgerechtigkeit resultieren (Unterversorgung ländlicher Regionen, aber Überversorgung in Agglomerationen mit mehreren Typen von SPC-Strukturen; Selektion zahlungskräftiger Patienten*innen).
- Weil der Bedarf an spezialisierter Palliative Care steigt, müssen die Kantone als Bewilligungs- und Aufsichtsbehörden die Entwicklungen und die Koordination der Leistungserbringer sowie die Konsolidierung der Typen ausserhalb der Spitäler proaktiv steuern.

Wegen der demographischen Entwicklung und der Limitation durch die DRGs braucht es künftig mehr SPC-Betten.

Es braucht daher eine grundsätzliche Reflexion der jeweiligen Vor- und Nachteile sowie der Wirksamkeit und der Wirtschaftlichkeit.

Wie im Folgenden dargestellt wird, haben dabei autonome Institutionen mit Pflegeheimstatus („Hospize“) eine ungünstigere Perspektive.

6. Kompetenzaufbau & Strategieumsetzung SPC-Strukturen

Ergebnisse:

- Die nationale Palliative Care-Strategie wird gut angenommen und trägt Früchte: flächendeckend sind Konzepte für allgemeine PC entwickelt und in vielen stationären und ambulanten Organisationen sind Fachpersonen für SPC geschult worden.
- Dichte und Vielfalt der Angebote sind beachtlich, erbringen doch in vielen Regionen mehrere Akteure Leistungen in der ambulanten und stationären SPC-Versorgung.
- „Hospize“ als eigenständige Institutionen machen bezüglich der Versorgungsqualität hauptsächlich atmosphärische Aspekte geltend: Geborgenheit im Vergleich zu hoch technisierten SPC-Strukturen mit Spitalstatus (Typ 1 und 4), oder auch dass die vor allem von alten Menschen bewohnten Langzeitinstitutionen mit Pflegeheimstatus (Typ 3) insbesondere für jüngere Menschen nicht die gewünschte Atmosphäre für das Lebensende und das Sterben aufweisen.

Diskussion:

- Die Effekte und die Breitenwirkung der nationalen Strategie Palliative Care mit einem signifikanten *Institution Building*, *Capacity Building* und auch *Competence Building* im ambulanten und stationären Bereich werden verkannt oder heruntergespielt.
- Ein schwarz/weiss-Bild mit einer einseitigen Zuschreibung und Beanspruchung der Qualitätsvorteile und des Nutzens durch Hospize (insb. betr. intangible Kosten: Betreuung und Aufgehobensein, bessere Lebensqualität, Verminderung von Einsamkeit, Stress und Angst, Entlastung von Angehörigen und deren Einbezug, Trauerbegleitung) wird den landesweit greifenden Bemühungen und Verbesserungen nicht gerecht.
- Die Strategieumsetzung hat die gute Praxis einer interprofessionellen Umsetzung der Standards und die Kooperation der Akteure auf die politische Agenda zu setzen.

7. Bedarfsfragen zu SPC-Betten in der Langzeitpflege, bzw. Hospiz

Obwohl Einigkeit darüber besteht, dass im Bereich des Angebots an (S)PC-Betten in der Langzeitpflege eine gewisse Versorgungslücke vorhanden ist, wird der quantitative Bedarf an SPC-Betten im Langzeitbereich und deren qualitative Ausgestaltung von den befragten Expert*innen unterschiedlich, ja teils diametral entgegengesetzt bewertet.

- Die einen machen einen grossen Bedarf an zusätzlichen SPC-Betten – insb. in autonomen Hospizstrukturen (Typ 2) – geltend. Es wird argumentiert, dass integrierte oder autonome SPC-Strukturen mit Spitalstatus (Typ 1 und 4), oder SPC-Abteilungen in Langzeitpflege-Institutionen (Typ 3) diesen Bedarf an SPC-Betten weder quantitativ noch qualitativ abdecken können.
- Andere schätzen den Bedarf an zusätzlichen SPC-Betten in autonomen Hospizstrukturen (Typ 2) als gering ein. Es wird von punktuellen Bedarfen nach zusätzlichen (S)PC-Betten ausgegangen, die allerdings nicht den Aufbau von neuen autonomen SPC-Strukturen mit Pflegeheimstatus (Typ 2) voraussetzen. Argumentiert wird mit koordinierter Versorgung: es geht eher darum, existierende SPC-Strukturen mit Spitalstatus (Typ 1 und 4) zu ergänzen, auszubauen und/oder SPC-Abteilungen in Langzeitpflege-Institutionen zu fördern.

Die Befragungen zeigen, dass es für gegensätzliche Bedarfseinschätzungen jeweils unterschiedliche Motive gibt, um qualitative und quantitative Aspekte einzuordnen und zu gewichten:

- **Unterschiedliche Definitionen von Hospiz:** Auf abstrakter Konzept-Ebene besteht betreffend „Hospiz“ mehr oder weniger ein Konsens hinsichtlich des Schliessens einer Versorgungslücke für Menschen am Lebensende, die älter als 18 Jahre sind und keine Akutversorgung benötigen und deren Situation stabilisiert ist. Aber bei der Namensgebung und Ausgestaltung dieses Angebots gibt es Divergenzen: «Hospiz» wird in der Deutschschweiz verwendet. In ihrer Definition unterstreichen Fringer & Arrer (2017), dass es sich bei einem Hospiz um eine «eigenständige, sozialmedizinische Institution mit einem spezialisierten Palliative-Care-Auftrag» handelt, die der «stationären Langzeitpflege zuzuordnen» ist. In der Romandie ist der Begriff unbekannt. Vertraut sind die «maisons de soins palliatifs spécialisés» oder neu auch die im Kanton Waadt unter dem Begriff «résidences palliatives» gefassten *SPC-Strukturen/Abteilungen mit Pflegeheimstatus*, die sich wie «Hospize» an sterbende Menschen richten, die zwar komplexe, aber stabile Krankheitssituationen aufweisen, bei denen aber keine Spitalbedürftigkeit (mehr) vorhanden ist. Zudem wurde am 4. BAG-Forum und am palliative.ch-Kongress in Biel darauf hingewiesen, dass die Trennschärfe zwischen allgemeiner und SPC in der Praxis schwindet und pragmatisch gehandhabt wird.
- **Unklare Datengrundlage zur Berechnung des Bedarfs an SPC-Betten:** verschiedene regionale Bedarfsanalysen bemängeln, dass die aktuellen quantitativen Datengrundlagen der Schweiz ungenügend sind, um sich abschliessend zum quantitativen Bedarf an SPC-(Hospiz-)betten im Langzeitbereich zu äussern (Meier & Auerbach 2013; Schwaller 2017). Wir kommen zum gleichen Schluss. Wie zufällig die Kriterien sind, lässt sich im Vergleich mit Deutschland illustrieren. Dort wird davon ausgegangen, dass SPC nur für 10% der Fälle notwendig ist (nicht für 20% wie in der Schweiz).
- **Grosse, historisch gewachsene, regionale Unterschiede** in den Planungszahlen sowie der Ausgestaltung von stationären und mobilen SPC-Strukturen und in der Kooperation

von verschiedenen SPC-Leistungserbringern sind augenfällig (s. dazu Bedarfsanalysen fürs Oberwallis (Schwaller 2017) versus Zentralschweiz (Schwaller 2014));

- **Interessens-Biases** der Anbieter führen ebenfalls zu divergierenden Bedarfsschätzungen: während sich die einen mit Investitions- und Immobilienstrategien im Markt behaupten möchten, ist es für andere vordringlich, den Zuweiserkanal mittels kantonaler Spital- oder Heimlisten zu erschliessen; andere wiederum bewerben sich um Leistungsaufträge und weitere bieten zusätzliche therapeutische Leistungen und Begleitung an (wobei sie von Trägern eine bessere Ausfinanzierung der Mehrwerte erwarten).

Fazit zu Bedarf an SPC-Betten in der Langzeitpflege, bzw. Hospiz

Aktuell lässt sich schweizweit ein grosses Engagement für spezialisierte Palliative Care beobachten. Dabei ist offensichtlich, dass dies als *work in progress* nicht abgeschlossen ist.

- Neben den Spitälern haben auch grosse Pflegeheime oder Pflegeheimorganisationen wegen ihren Vorhalteleistungen erhebliche Potenziale, um mit vergleichsweise tiefem Aufwand qualitativ überzeugende SPC-Strukturen zu etablieren.
- Da für autonome SPC-Strukturen erst mit ca. 12 stark belegten SPC-Betten ein vertretbarer Kostendeckungsgrad erwirtschaftet werden kann, gehen solche Institutionen erhebliche finanzielle Risiken ein. Hohe Investitionen und ungenügende Auslastung führen zu ungedeckten Kosten und hoher externer Abhängigkeit.
- Die wiederholt geltend gemachte Versorgungslücke im Bereich der autonomen SPC-Strukturen mit Pflegeheimstatus (Hospize) besteht in unserer Einschätzung nicht.
- In der Gesamtschau der Angebote im stationären und ambulanten Bereich gibt es wenig belastbare Indikatoren, die einen forcierten Bau von Hospizen rechtfertigen.
- Partialsichten und isolierte Immobilienstrategien bilden ungenügende Grundlagen, um effektive Versorgungslücken belastbar zu begründen.
- Weil *a built bed a filled bed* im heutigen Finanzierungs- und Marktumfeld nicht mehr funktioniert, besteht die Gefahr von Verteilungskämpfen mit kostentreibender Konkurrenzierung und Kannibalisierung ohne zusätzlichen Nutzen für die Allgemeinheit.⁵
- Im Markt zeigen sich zudem bei der stationären SPC klare Sättigungserscheinungen⁶, insb. im Raum Zürich, an der waadtländischen Riviera und im Raum Basel.
- Mit Blick auf die Ziele einer koordinierten Versorgung scheint es uns **nicht ziel-führend, die Priorität auf neue autonome Akteure zu legen**. Diese mögen für sehr kleine Segmente der Menschen am Lebensende richtig sein, sind aber im Licht der aktuellen Entwicklung im Bereich Palliative Care nicht generalisierbar.
- Weil es mehr SPC-Betten braucht, geht es um einen **Grundsatzentscheid**: wegen guter Vorhalteleistungen sind grosse Pflegeheime ein bessere Option als „Hospize“.

⁵ Unsere Arbeiten im Rahmen des NFP67 haben zudem klar gezeigt, dass Verlegungen in den letzten Lebensstagen eine unnötige schwere Belastung für die Sterbenden und deren Angehörige darstellen. Auch dies spricht für lokal integrierte Anschlusslösungen beim Auslaufen der DRG-Deckung.

⁶ Einen Hinweis darauf gibt die Schliessung des 2016 eröffneten Hospiz Pallivita Bethanien (32 Betten) in Altstetten. In der Medienmitteilung wird die Schliessung mit dem Kapazitätsaufbau in den Spitälern der Region Zürich und den jährlichen Verlusten von 1-2 Mio. CHF pro Jahr begründet. Im Kanton Waadt lösen die Pläne des Kantons, mit der Inbetriebnahme des neuen Spitals in Rennaz, die SPC-Betten zwischen Morges und Aigle neu zu ordnen, Hektik aus. In Basel ist es das „Generationenhaus“.

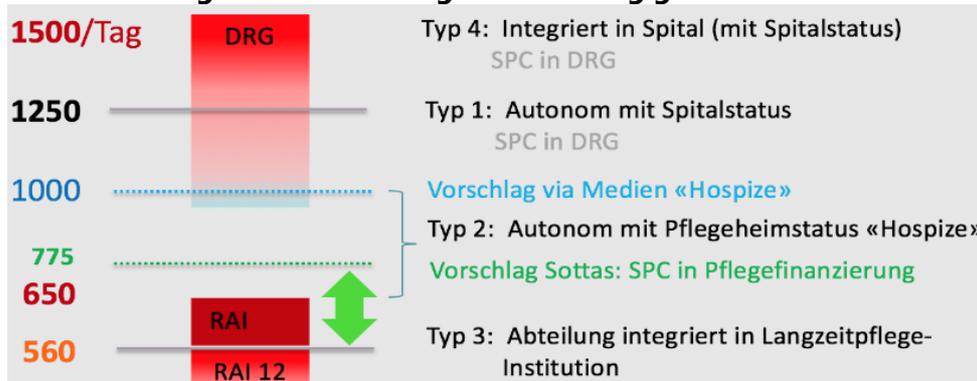
8. Handlungsbedarf im Bereich der SPC-Versorgung in der Langzeitpflege

Generell wurden drei Handlungsbedarfe identifiziert:

- 1) **Bessere Abstimmung der ambulanten und stationären SPC-Leistungserbringer**
 Unter dem Gesichtspunkt einer koordinierten Versorgung muss die beachtliche Dichte und Vielfalt von Akteuren und Leistungserbringer in der ambulanten und stationären SPC-Versorgung hinsichtlich Auftrag, Zuständigkeit, Struktur und Finanzierung deutlich besser aufeinander abgestimmt werden.
 Den Kantonen fällt bei der Konzeption, Förderung und Steuerung sektorenübergreifender und interprofessioneller palliativer Versorgungsstrukturen eine entscheidende Rolle zu.

- 2) **Gerechterer Kostendeckungsgrad für SPC-Leistungen gut aufgestellter Institutionen**
 Grosse Pflegeheim-Unternehmen können Vorhalteleistungen für SPC bereitstellen, die sich dem Niveau von kleinen Spitälern annähern. Für Patienten*innen mit komplexer Situation ohne Spitalbedürftigkeit schliessen sie regional eine SPC-Lücke, weshalb ihnen Spitäler, Brückendienste, Spitex und Hausärzte Patienten*innen zuweisen.
 Aber weil diese Institutionen (Typ 2 und 3) ihre Leistungen nach Pflegefinanzierung gemäss KVG abrechnen, sind sie auf gleicher Höhe gedeckelt wie in normalen Pflegeheime⁷.
 In der Praxis müssen SPC-Leistungen für Patienten, die ja i.d.R. von extern kommen, durch die Heimbewohner querfinanziert werden (bzw. im Rahmen der Restfinanzierung durch die Kantone, oder wie wir gesehen haben durch die Trägergemeinde).
Um mehr Versorgungsgerechtigkeit zu schaffen und die Unterfinanzierung gegenüber den stationären SPC-Strukturen mit Spitalstatus zu entschärfen, sollte eine Lösung z.B. in Form eines SPC-Aufschlags für Institutionen erfolgen, welche entsprechende SPC-Kriterien erfüllen. Weil ein solcher finanzieller Anreiz dazu beiträgt, unnötige Hospitalisationen zu vermeiden, dürfte er sich wirtschaftlich rechnen.
 Schematisch lässt sich der SPC-Aufschlag wie folgt darstellen:

Figur 1: Vorschlag «Sottas»: SPC-Aufschlag für qualifizierte SPC-Anbieter, die auf der höchsten Pflegestufe nach Pflegefinanzierung gemäss KVG abrechnen



Ein solcher Aufschlag in Form von Tagespauschalen an qualifizierte SPC-Anbieter würde bei gegebener Indikation spezifischer wirken als eine generelle Erhöhung des OKP-Beitrags an die Pflegestufe. 775 CHF ist ein Mittelwert zwischen Typ 2 und Typ 3.

⁷ Auf der höchsten abrechenbaren Pflegestufe; in den von uns untersuchten Institutionen RAI-Stufe 12. Es wurde geltend gemacht, dass die Kosten erst mit der hypothetischen Stufe 16 gedeckt wären.

Weil spezialisierte mobile SPC-Leistungserbringer (MPCD/EMSP, SEOP) in ähnlicher Weise unterfinanziert sind, sollte im Sinne einer Harmonisierung auch dieser Bereich betrachtet werden (war aber nicht Teil des vorliegenden Auftrags).

- 3) **Stabilisierung der Finanzierung der „Langlieger“ in stationären SPC-Strukturen mit Spitalstatus** (Typ 1 und 4). Weil die in der Pauschale kalkulierte Liegedauer nach 2-3 Wochen überschritten wird, entstehen in der aktuellen Praxis für einen kleinen Personenkreis unwürdige Härtefälle. Im Sinne der Versorgungsgerechtigkeit sollte es in diesen Situationen nicht zu Verlegungen in den letzten Lebenstagen kommen.

Literatur

BAG, GDK. 2010. Nationale Leitlinien Palliative Care 2010–2012. Bern

BAG, GDK und palliative.ch 2011. Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz. Retrieved 13.9.2018, from palliative.ch; BAG / GDK

https://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/H_%20Downloads/Versorgungsstrukturen_DE.pdf

BAG, GDK. 2012. Nationale Strategie Palliative Care 2013–2015, Bern

BAG. 2018. Ausschreibung Nutzenstudie „Spezialisierte Palliative Care in der Langzeitpflege bzw. Hospize“. Bern

BFS. 2005. Detailkonzept der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen. Neuenburg.

Fringer A, Arrer E. 2017. Spezialisierte Palliative Care Versorgung in der stationären Langzeitpflege bzw. in der Hospizversorgung: Eine Definitionssynthese. BAG

Meier F, Auerbach H. 2013. Bedarfsanalyse Hospizbetten in der Gesundheitsregion Winterthur, Präsentation im Netzlunch von palliative.zh+sh.

Radbruch L. et al. 2011. Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa: Weißbuch zu Empfehlungen der Europäischen Gesellschaft für Palliative Care (EAPC), Z Palliativmed 2011; 12: 216–227

Schwaller B. et al. 2014. Machbarkeitsstudie: Bedarfsabklärung für ein Hospiz in der Zentralschweiz, Hochschule Luzern, Verein Palliativ Zug

Schwaller B. et al. 2017. Studienauftrag: Bedarfsabklärung für ein Hospiz im Oberwallis, Hochschule Luzern, Oberwalliser Verein für Sterbe- und Trauerbegleitung

Zeitungsartikel:

BAZ, Beim Sterben quält das fehlende Geld, 17.4.2018

BAZ, Netzwerker für das würdige Sterben, 1.11.2016

Zürich West, Quartierzeitung, Diakonie Bethanien schliesst Palliativ-Abteilung, 6.9.2018

Tages-Anzeiger. Sterbehospize bleiben häufiger leer, 10.10.2018

Kontakt und Auskünfte:

Dr. Beat Sottas

sottas formative works

Versorgungsforschung & Bildung

Hochzeitergasse / Rue des Epouses 2

CH – 1700 Freiburg/Fribourg

Tel. +41 79 285 91 77

sottas@formative-works.ch