



**Konzept
für die
Palliative
Versorgung
im
Kanton Bern**

**Grundlagen
Strategien
Massnahmen**

Inhaltsverzeichnis

1. Vorwort	4
2. Einleitung: Hintergrund und Schwerpunkte der kantonalen Strategie zur palliativen Versorgung	5
3. Ausgangslage	7
3.1 Palliative Care: Eine gesundheits- und gesellschaftspolitische Herausforderung	7
3.2 Handlungsfelder der Nationalen Strategie Palliative Care	8
3.3 Ausgangslage für den Kanton Bern	8
Parlamentarische Vorstösse des Grossen Rates des Kantons Bern	8
Planungsberichte zur Gesundheitsversorgung im Kanton Bern	9
Interkantonale Zusammenarbeit im Jurabogen (BEJUNE)	10
4. Grundlagen der Nationalen Strategie Palliative Care	11
4.1 Die Nationalen Leitlinien Palliative Care	11
4.2 Definition von Palliative Care	11
4.3 Palliative Care als Versorgungsform	11
4.4 Versorgungsstrukturen in der Palliative Care	12
Grundversorgung	12
Spezialisierte Versorgung	13
Matrixstruktur für die Palliative-Care-Versorgung	13
Bedarf an Palliative-Care-Leistungen im schweizerischen Gesundheitswesen	15
Quantitativer Bedarf in der spezialisierten Palliativversorgung	15
4.5 Finanzierung von Palliative-Care-Leistungen	15
5. Ist-Situation der palliativen Versorgung im Kanton Bern	17
5.1 Umfrage zur palliativen Versorgung im Jahr 2010	17
5.2 Entwicklung der palliativen Versorgung seit 2010	21
5.3 Weitere Palliative-Care-Angebote	22
6. Bedarf an Palliative-Care-Leistungen im Kanton Bern	23

7.	Kantonale Palliativstrategie und Massnahmen	24
7.1	Zielsetzungen der kantonalen Palliativstrategie	24
7.2	Grundsätze zur palliativen Versorgung im Kanton Bern	24
7.3	Teilstrategien und Massnahmen	25
	Handlungsfeld Sensibilisierung	25
	Handlungsfeld Bildung	26
	Handlungsfeld Versorgung	27
	• Grundversorgung in der Palliative Care	27
	Struktur der Grundversorgung	27
	Vorgaben für Leistungserbringer der Grundversorgung	27
	• Spezialisierte Palliativversorgung	28
	Struktur der spezialisierten Palliativversorgung	28
	Richtgrössen für die spezialisierte Palliativversorgung	28
	Steuerung der Angebote in der spezialisierten Palliativversorgung	30
	• Vernetzung	30
	Grundsätze zur Vernetzung von Leistungserbringern	30
	Förderung von Pilotprojekten zur Vernetzung	31
	Förderung der Vernetzung verschiedener Fachdisziplinen	31
	Handlungsfeld Finanzierung	31
	Sonstige kantonale Massnahmen	32
8.	Umsetzung des Konzepts für die palliative Versorgung im Kanton Bern	33
9.	Künftige Herausforderungen	34
10.	Literaturverzeichnis	35

Seit mehreren Jahren ist es mir und meiner Direktion ein Anliegen, dass die Einwohnerinnen und Einwohner unseres Kantons, welche unheilbar krank sind und am Ende ihres Lebens stehen, die bestmögliche Behandlung, Pflege, Betreuung und Begleitung erhalten. Palliative Care will dazu beitragen, Menschen in dieser Situation umfassend zu betreuen und zu begleiten und damit zu einer möglichst guten Lebensqualität bis zuletzt beizutragen.



Bereits vor der Erarbeitung der «Nationalen Strategie Palliative Care» hat meine Direktion begonnen, nach Lösungen zu suchen, wie die Qualität der Leistungserbringung in der Palliative Care in den Institutionen der Gesundheitsversorgung verbessert werden kann und Strukturen für eine flächendeckende Versorgung geschaffen werden können.

Wir können heute erfreulicherweise davon ausgehen, dass sich ein Grossteil der Institutionen und Fachpersonen der Gesundheitsversorgung mit den Anliegen der Palliative Care auseinandersetzt. Jedoch können noch nicht alle Menschen, welche eine umfassende Betreuung und Begleitung benötigen, von einer ihrem Bedarf und ihren Bedürfnissen angepassten Versorgung profitieren: Noch bestehen vor allem Lücken im Angebot und auch ungelöste Fragen in der Finanzierung.

So will die Gesundheits- und Fürsorgedirektion in den kommenden Jahren verstärkt Rahmenbedingungen für eine gute Qualität in der Versorgung setzen und – im Rahmen der finanziellen Möglichkeiten des Kantons Bern – dort Angebote unterstützen, wo diese noch aus- und aufgebaut werden müssen.

Zusammen mit dem Bund und den anderen Kantonen will ich mich als Gesundheits- und Fürsorgedirektor für eine verbesserte finanzielle Abgeltung von Palliative-Care-Leistungen einsetzen.

Denn im Kanton Bern sollen sich betroffene Menschen und ihre Angehörigen in dieser wohl schwierigsten Situation des Lebens durch alle Leistungserbringer der Gesundheitsversorgung, welche an der Behandlung, Pflege, Betreuung und Begleitung beteiligt sind, gut versorgt und – im Sinne der Palliative Care – auch umsorgt fühlen.

Ich danke allen, die zur Verbreitung und Umsetzung der Palliative Care im Kanton Bern beitragen.

Philippe Perrenoud

Regierungsrat, Gesundheits- und Fürsorgedirektor des Kantons Bern

Bern, im Winter 2013/2014

2.

Einleitung: Hintergrund und Schwerpunkte der kantonalen Strategie zur palliativen Versorgung

Der Aufbau der palliativen Versorgung im Kanton Bern ist seit mehreren Jahren ein Bestreben sowohl der Politik als auch von Vertretungen des Fachbereichs der Palliative Care¹ sowie einer Vielzahl von Leistungserbringern aus allen Versorgungsbereichen. Auch von Seiten der Betroffenen² und der breiten Bevölkerung bestehen zunehmende Erwartungen in Bezug auf die Berücksichtigung von Palliative-Care-Leistungen in der Gesundheitsversorgung.

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF) hat in den letzten zehn Jahren Zielsetzungen zur palliativen Versorgung im Kanton Bern in verschiedene kantonale Sachplanungen aufgenommen, so im Altersbereich in die Berichte zur Alterspolitik von 2004, 2007 und 2011 und im Spitalbereich in die Versorgungsplanungen gemäss Spitalversorgungsgesetz von 2007 und 2011 (vgl. Kapitel 3.3).

2008 beauftragte der Gesundheits- und Fürsorgedirektor die in erster Linie betroffenen Fachämter, das Spitalamt, das Alters- und Behindertenamt sowie das Kantonsarztamt, eine kantonale Strategie für die palliative Versorgung im Kanton Bern auszuarbeiten.

Die kantonale Palliativstrategie verfolgte – ausgehend von entsprechenden Vorstössen im Grossen Rat – anfänglich als Schwerpunkt die verbesserte Verankerung der Palliative Care in der Spitalversorgung. Mit der Versorgungsplanung 2007–2010 wurde für die Akutsomatik die Vorgabe umgesetzt, Palliative Care in allen regionalen Spitalzentren als integraler Bestandteil der umfassenden Grundversorgung sicherzustellen. Die Versorgungsplanung 2011–2014 beinhaltet die weiterführende Planung im Bereich der spezialisierten Versorgung (vgl. Kapitel 3.3).

Als zweiten Schwerpunkt definierte die GEF – gestützt auf die Berichte zur Alterspolitik – die Entwicklung der Versorgungsbereiche für pflegebedürftige Menschen im stationären Langzeitbereich und ambulanten Bereich. Da die Planung für die palliative Versorgung im Spitalbereich fortgeschritten ist, liegt der Entwicklungsbedarf in der Steuerung der Versorgung im spitalexternen Bereich. In diesem Bereich fehlen grösstenteils Richtlinien und Regelungen zur Qualität der palliativen Versorgung. Aufgrund der erwarteten zunehmenden Anzahl von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Erkrankungen, die spitalextern bedarfsgerecht versorgt werden müssen, liegt hier die grösste Herausforderung in der Entwicklung der palliativen Versorgung.

Um die erforderliche Entwicklung zu unterstützen, ist die flächendeckende, bedarfsgerechte palliative Versorgung in den genannten Versorgungsbereichen eine der Zielsetzungen der GEF.

Die kantonale Palliativstrategie und das vorliegende «Konzept für die palliative Versorgung im Kanton Bern» befassen sich gemäss der Schwerpunktsetzung mit folgenden Akteuren, die an der Versorgung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Erkrankungen massgeblich beteiligt sind: Spitätern, Alters- und Pflegeheimen und Organisationen, die Hilfe und Pflege zu Hause anbieten. Diese Institutionen werden durch die GEF bewilligt und stehen unter deren Aufsicht.

Niedergelassene und freiberufliche Gesundheitsfachpersonen aller Fachrichtungen der Medizin, Pflege und Therapie werden als weitere massgebliche Akteure der Palliativversorgung in die kantonale Strategie zur palliativen Versorgung miteinbezogen.

¹ Der Begriff «Palliative Care» wird in Kapitel 4.2 erläutert.

² Es wird nachfolgend der Begriff «Patientinnen und Patienten» verwendet, worin alle Menschen mit Bedarf an Palliative-Care-Leistungen eingeschlossen werden.

Ergänzende Leistungserbringer der gemeinnützigen Arbeit und Freiwilligenorganisationen werden in der kantonalen Palliativstrategie gemäss den Zielsetzungen der Alterspolitik des Kantons Bern berücksichtigt.

Das «Konzept für die palliative Versorgung im Kanton Bern» soll dazu dienen, die Bevölkerung zu sensibilisieren und Grundsätze für eine angemessene Leistungserbringung im Bereich der Palliative Care festzulegen. Es dient ausserdem als Entscheidungsgrundlage für kantonale Sachplanungen, Einzelentscheide und weitere Massnahmen.

Zu einem späteren Zeitpunkt soll die kantonale Palliativstrategie auf weitere Bereiche der Gesundheitsversorgung erweitert werden (vgl. Kapitel 9).

Um Grundlagen in Bezug auf die kantonale Palliativstrategie mit Fachpersonen aus der Praxis zu erarbeiten, wurde ein Fachgremium aus sämtlichen Versorgungssektoren (Leistungserbringern aus allen Versorgungsbereichen sowie Vertreterinnen und Vertretern aus den Bereichen Bildung, Kirchen und gemeinnützige Arbeit) in die Startphase des Konzepts einbezogen. Dieses erhielt zudem die Gelegenheit, zum Konzeptentwurf Stellung zu nehmen.

Eine Diskussion über Sterbehilfe wird in diesem Konzept nicht geführt.

3.

Ausgangslage

3.1

Palliative Care: Eine gesundheits- und gesellschafts-politische Herausforderung

Die sich wandelnden Lebens- und Arbeitsbedingungen, die demografischen Veränderungen, der medizinisch-technische Fortschritt und das sich ändernde Gesundheitsverhalten führen dazu, dass immer mehr Patientinnen und Patienten von unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Erkrankungen betroffen sind. «Im Hinblick auf die demografische Entwicklung ist davon auszugehen, dass immer mehr geriatrische Patientinnen und Patienten Palliative Care benötigen werden.»³ Die Anzahl der Todesfälle betrifft immer mehr Personen im Alter von 80 und mehr Jahren.⁴ Im höheren Lebensalter treten unheilbare, lebensbedrohliche und/oder chronisch fortschreitende Erkrankungen häufiger und oft auch gleichzeitig auf.⁵

Die Leistungserbringer werden zunehmend mit den Herausforderungen einer komplexen Behandlung, Pflege und Betreuung und dem zu erfüllenden Anspruch, spezifische Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten am Lebensende zu erkennen, konfrontiert. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) rechnen mit einem deutlich steigenden Bedarf an Palliative-Care-Leistungen in den kommenden Jahren.⁶ So gewinnt die Behandlung, Pflege und Betreuung von Menschen in der letzten Lebensphase im Bereich der Gesundheitsversorgung an Bedeutung.

Diese Entwicklungen stellen Bund und Kantone im Hinblick auf die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung vor eine grosse gesundheits- und gesellschaftspolitische Herausforderung. Um die Situation der Sterbenden zu verbessern und sich auf den zunehmenden Bedarf an Behandlung, Pflege und Betreuung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Erkrankungen vorzubereiten, verabschiedeten Bund und Kantone 2009 die «Nationale Strategie Palliative Care»⁷. Diese hat zur Zielsetzung, Palliative Care in der Schweiz zu fördern und diese gemeinsam mit den wichtigsten Akteuren in das Gesundheits-, Sozial-, Bildungs- und Forschungswesen zu integrieren.

Im Oktober 2012 wurde die «Nationale Strategie Palliative Care» um drei Jahre⁸ verlängert. Nachdem in den drei ersten Jahren der Umsetzung der Nationalen Strategie der Schwerpunkt auf die Erarbeitung von Grundlagendokumenten und die spezialisierte Palliative Care gelegt wurde, liegt der Schwerpunkt der zweiten Phase 2013 bis 2015 in der verbesserten Verankerung von Palliative Care in den bestehenden Strukturen des Gesundheits- und Bildungswesens.

³ Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (2012): Nationale Strategie Palliative Care 2013–2015.

⁴ Bundesamt für Statistik (BFS) (2013): BFS Aktuell. Todesursachenstatistik. Sterblichkeit und deren Hauptursachen in der Schweiz.

⁵ BAG (2013): Strategie Palliative Care. Grundlagen. Demografische Entwicklung. Auf: <http://www.bag.admin.ch> (20.12.2013).

⁶ BAG und GDK (2012): Nationale Strategie Palliative Care 2013–2015.

⁷ BAG und GDK (2009): Nationale Strategie Palliative Care 2010–2012.

⁸ BAG und GDK (2012): Nationale Strategie Palliative Care 2013–2015.

In der «Nationalen Strategie Palliative Care 2010–2012»⁹ wurden folgende sechs Handlungsfelder identifiziert:

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

Palliative Care ist im Kanton Bern seit vielen Jahren Teil der gesundheitspolitischen Diskussion und Versorgung. Mehrere parlamentarische Vorstösse des Grossen Rates des Kantons Bern verlangten die Förderung von Leistungen in der Palliative Care. In der Planung zur Spitalversorgung und in den Berichten zur Alterspolitik wurde die palliative Versorgung aufgenommen. Ausserdem unterstützte bzw. unterstützt die GEF eine Reihe von Projekten zur Entwicklung der Palliative Care.¹⁰

Parlamentarische Vorstösse des Grossen Rates des Kantons Bern

Der Grosse Rat des Kantons Bern hat seit 2005 drei Vorstösse im Bereich Palliative Care angenommen. Ein Vorstoss wurde abgelehnt:

- Im Jahr 2005 wurde die Motion «Palliative Care im Berner Jura» von Jean-Pierre Rérat und Fred-Henri Schnegg als Postulat angenommen. Sie verlangte, ein Modell für die palliative Versorgung im Berner Jura zu prüfen und Vorschläge für dessen Umsetzung vorzulegen.¹¹ Konkret umfasste dies die Prüfung der Installierung von mobilen Equipen, die Zusammenarbeit mit dem «Centre de soins palliatifs La Chrysalide» in La Chaux-de-Fonds gemäss Resolution Nr. 58 der «Interjurassischen Versammlung (Assemblée interjurassienne [AIJ])» sowie die Etablierung einer interjurassischen Zusammenarbeit (BEJUNE) im Bereich der Palliativpflege gemäss Resolution Nr. 57.¹²
- Die Motion «Palliative Care in die Rahmenleistungsverträge aufnehmen» von Ruedi Löffel wurde 2006 als Postulat angenommen.¹³ Sie forderte, folgende Punkte zur palliativen Versorgung in die Rahmenleistungsverträge gemäss Spitalversorgungsgesetz¹⁴ aufzunehmen: Die Leistungserbringer erstellen ein Konzept zur Palliative Care, verfügen über ein fachlich qualifiziertes, multiprofessionelles Palliativteam oder haben Zugang zu Dienstleistungen eines externen Palliativteams.

⁹ BAG und GDK (2009): Nationale Strategie Palliative Care 2010–2012.

¹⁰ Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF) (2004): Alterspolitik im Kanton Bern. Bericht vom Dezember 2004. GEF (2007): Zwischenbericht 2007 zur Alterspolitik im Kanton Bern. GEF (2011): Bericht zur Alterspolitik im Kanton Bern.

¹¹ Grosser Rat. Motion Rérat, Schnegg (175/2004): Palliative Care im Berner Jura.

¹² Vgl. Seite 10.

¹³ Grosser Rat. Motion Löffel (048/2006): Palliative Care in die Rahmenleistungsverträge aufnehmen.

¹⁴ Spitalversorgungsgesetz vom 13. Juni 2013 (SpVG; BSG 812.11).

- Im Jahr 2009 wurde die Motion «Menschliches Sterben in Berns Spitälern» von Danielle Lemann als Postulat angenommen.¹⁵ Der Vorstoss forderte, in den Spitälern eine spezifische Abgeltung für Palliativpatientinnen und -patienten einzuführen. Damit wollte man die Mängel der im Kanton Bern geltenden DRG-bezogenen Fallpauschalen bis ins Jahr 2012 ausgleichen. Im Rahmen der «Nationalen Strategie Palliative Care» wird die Entwicklung einer angemessenen Tarifierung auf nationaler Ebene angestrebt.
- Die Motion von Danielle Lemann von 2009, die einen interdisziplinären Lehrstuhl für Palliative Medizin, Pflege und Betreuung an der Universität Bern forderte, wurde abgelehnt. Dies mit der Begründung, die Ergebnisse der bereits angelaufenen nationalen Abklärungen zum Bedarf an Lehre und Forschung im Bereich der Palliative Care seien abzuwarten und keine isolierten Lösungsansätze zu suchen.¹⁶ Die Förderung von Lehre und Forschung ist eine Zielsetzung der «Nationalen Strategie Palliative Care».

Planungsberichte zur Gesundheitsversorgung im Kanton Bern

Versorgungsplanungen 2007–2010 und 2011–2014 gemäss SpVG

Palliative Care als Teil der Spitalversorgung ist Thema in beiden Versorgungsplanungen gemäss Spitalversorgungsgesetz¹⁷. Die erste Versorgungsplanung, gültig für die Planungsperiode 2007–2010, beinhaltet Aussagen zur palliativen Grundversorgung in der Akutsomatik.¹⁸ Palliative Care sei in allen regionalen Spitalzentren als integraler Bestandteil der umfassenden Grundversorgung sicherzustellen. Innerhalb der Planungsperiode hat sich die palliative Versorgung in den Spitälern weiterentwickelt.¹⁹

Die zweite Versorgungsplanung gemäss SpVG, die Versorgungsplanung 2011–2014, greift das Thema Palliative Care erneut auf.²⁰ Auf der Basis der ersten Ergebnisse der kantonalen Konzeptarbeiten stellt die Versorgungsplanung fest, dass trotz der stetigen Entwicklung der Palliative Care im stationären Bereich noch Versorgungslücken bestehen. Die Versorgungsplanung unterstreicht die Absicht, die palliative Versorgung in Koordination aller Versorgungsbereiche voranzubringen und die nationalen Entwicklungsarbeiten zu unterstützen. In Abstimmung mit dem «Konzept für die palliative Versorgung im Kanton Bern» sollen Qualitätskriterien für die stationäre spezialisierte Palliativversorgung erstellt werden. Basierend darauf sollen dem Bedarf entsprechende Leistungsaufträge erteilt werden können.

Bericht zur Alterspolitik im Kanton Bern (2011)²¹

Im letzten «Bericht zur Alterspolitik im Kanton Bern» wird der Palliative Care im Alters- und Demenzbereich eine grosse Bedeutung beigemessen. Entsprechend wird auch beabsichtigt, Projekte zur Entwicklung, Gestaltung und Verbesserung von palliativen Angeboten zu unterstützen und aktiv zu fördern. Konkret sollen Projekte, die regional vernetzte, koordinierte und flächendeckende Versorgungsangebote zum Ziel haben, unterstützt werden. Zudem will man mit dem geplanten Kompetenzzentrum «Zentrum Schönberg – Demenz und Palliative Care» in Bern sowohl im stationären und teilstationären als auch im ambulanten Bereich ein für die Zukunft unabdingbares, umfassendes Angebot schaffen, das die spezifische Situation demenzkranker Menschen verbessert. Ziel dieses Zentrums ist es ferner, Fachwissen hinsichtlich geriatrischer Palliation bei Demenzkranken in Praxis, Lehre und Forschung zu verbinden.

¹⁵ Grosser Rat. Motion Lemann (280/2008): Menschliches Sterben in Berns Spitälern.

¹⁶ Grosser Rat. Motion Lemann (052/2009): Lehrstuhl für Palliative Medizin an der Universität Bern.

¹⁷ Spitalversorgungsgesetz vom 13. Juni 2013 (SpVG; BSG 812.11).

¹⁸ GEF (2007): Versorgungsplanung 2007–2010 gemäss Spitalversorgungsgesetz. Somatische Akutversorgung, Rehabilitation, Psychiatrie, Rettungswesen, Pflege- und Betreuungsberufe.

¹⁹ Vgl. Kapitel 5.

²⁰ GEF (2011): Versorgungsplanung 2011–2014 gemäss Spitalversorgungsgesetz. Somatische Akutversorgung, Rehabilitation, Psychiatrie, Rettungswesen, Gesundheitsberufe.

²¹ GEF (2011): Bericht zur Alterspolitik im Kanton Bern.

Interkantonale Zusammenarbeit im Jurabogen (BEJUNE)

Die «Assemblée interjurassienne (AIJ)» verabschiedete am 23. September 2002 die Resolution Nr. 58 zu den «Soins palliatifs». Diese besagte, dass die Kantone Bern und Jura gemeinsam und in einer interjurassischen Perspektive eine qualitativ hochstehende Palliativpflege fördern sollen.²² Im Mai 2009 unterzeichneten die Gesundheitsdirektoren der Kantone Jura, Bern und Neuenburg die interkantonale Vereinbarung zur Zusammenarbeit im Bereich der Palliative Care und namentlich zur Anerkennung des «Centre de soins palliatifs La Chrysalide» am Neuenburger Spitalzentrum (Hôpital Neuchâtelois, HNE) in La-Chaux-de-Fonds als regionales Palliativ-Pflegezentrum. Aufgrund dieser Initiative entstand zudem ein interkantonaler mobiler Palliativdienst («Equipe mobile en soins palliatifs BEJUNE [EMSP BEJUNE]») der Kantone Bern, Jura und Neuenburg für den Jurabogen, der am 1. Januar 2012 seinen Betrieb aufnahm. Der Dienst ist von drei Stützpunkten aus tätig (ein Stützpunkt pro Kanton; im Kanton Bern ist dieser in Räumlichkeiten des «Home du district de Moutier La Colline», Reconvilier, situiert.).

²² «L'Assemblée interjurassienne demande aux deux gouvernements de promouvoir, dans une perspective interjurassienne, la mise sur pied de soins palliatifs de qualité.»

4. **Grundlagen der Nationalen Strategie Palliative Care**

4.1 **Die Nationalen Leitlinien Palliative Care**

Die durch den «Dialog Nationale Gesundheitspolitik» im Jahr 2010 verabschiedeten «Nationalen Leitlinien Palliative Care»²³ basieren auf der «Nationalen Strategie Palliative Care 2010–2012». Sie haben zum Ziel, auf gesamtschweizerischer Ebene einen Konsens hinsichtlich der Definition von Palliative Care sowie der Grundrechte in der Palliative Care, Prinzipien bei der Erbringung der Palliative Care, Zielgruppen, Behandlungs- und Betreuungssettings, Erbringer der Palliative Care sowie der interkantonalen und internationalen Zusammenarbeit zu schaffen.

4.2 **Definition von Palliative Care**

Gemäss den «Nationalen Leitlinien Palliative Care» umfasst Palliative Care²⁴ die Betreuung und die Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten. Sie wird vorausschauend miteinbezogen, ihr Schwerpunkt liegt aber in der Zeit, in der die vollständige Heilung der Erkrankung(en) 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 Angehörigen²⁵ werden angemessen unterstützt. Die Palliative Care beugt Leiden und Komplikationen vor. Sie schliesst medizinische Behandlungen, pflegerische Interventionen sowie psychologische, soziale und spirituelle Unterstützung mit ein.

Der Zeitpunkt, in dem Palliative Care zur Anwendung kommen soll, ist vom Verlauf der Erkrankung(en) einerseits sowie den Bewältigungsstrategien und dem sozialen Umfeld jeder und jedes Einzelnen andererseits abhängig. Der palliative Handlungsbedarf hängt vor allem von der Komplexität und der Instabilität der jeweiligen Situation ab (vgl. Kapitel 4.4).

In der Palliative Care sollen die Patientinnen und Patienten unter Berücksichtigung ihrer Ganzheit behandelt, gepflegt und betreut werden. Auch sollen diese in ihren Entscheidungsfindungsprozessen unterstützt werden, damit ihre Wünsche bestmöglich berücksichtigt werden können. In der Palliative Care stellt der Einbezug der Angehörigen einen wichtigen Teil der Aufgaben der Leistungserbringer dar.

4.3 **Palliative Care als Versorgungsform**

Für Bund und Kantone ist Palliative Care eine innovative Versorgungsform, welche die Herausforderungen der Gesundheitspolitik – die immer älter werdende Gesellschaft sowie das Bedürfnis vieler Menschen nach Selbstbestimmung und die Notwendigkeit einer integrierten Versorgung – aufnimmt und umsetzt.²⁶ «Neue Versorgungsmodelle zeichnen sich durch eine am Patientennutzen orientierte, integrierte Versorgung aus und

²³ BAG und GDK (2010): Nationale Leitlinien Palliative Care.

²⁴ «Palliativ» stammt vom lateinischen Verb «palliare» (umhüllen) bzw. von «pallium» (der Mantel) ab. Der Begriff «care» stammt aus dem Englischen und bedeutet Sorge, Achtsamkeit, Pflege. Unter dem Begriff «Palliative Care» wird die «Palliative Medizin, Pflege, Betreuung und Begleitung» verstanden.

²⁵ Der Begriff «Angehörige» wird mit dem Begriff «nahestehende Bezugspersonen» gleichgesetzt.

²⁶ BAG und GDK (2012): Nationale Strategie Palliative Care 2013–2015.

sind dem Bedarf angepasst. Damit eine integrierte Versorgung erreicht werden kann, muss in neuen Versorgungsmodellen die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen verbessert und die Arbeits- und Kompetenzverteilung optimiert werden.»²⁷ «Bei der Palliative Care wird die Versorgung an den Schnittstellen besonders beachtet, um eine kontinuierliche Behandlung zu gewährleisten. (...) Palliative Care setzt Koordination bzw. Vernetzung der verschiedenen Leistungserbringer im Sinne einer interdisziplinären oder intersektoriellen Zusammenarbeit voraus. Im Mittelpunkt stehen die Patientinnen und Patienten mit ihren Bedürfnissen.»²⁸

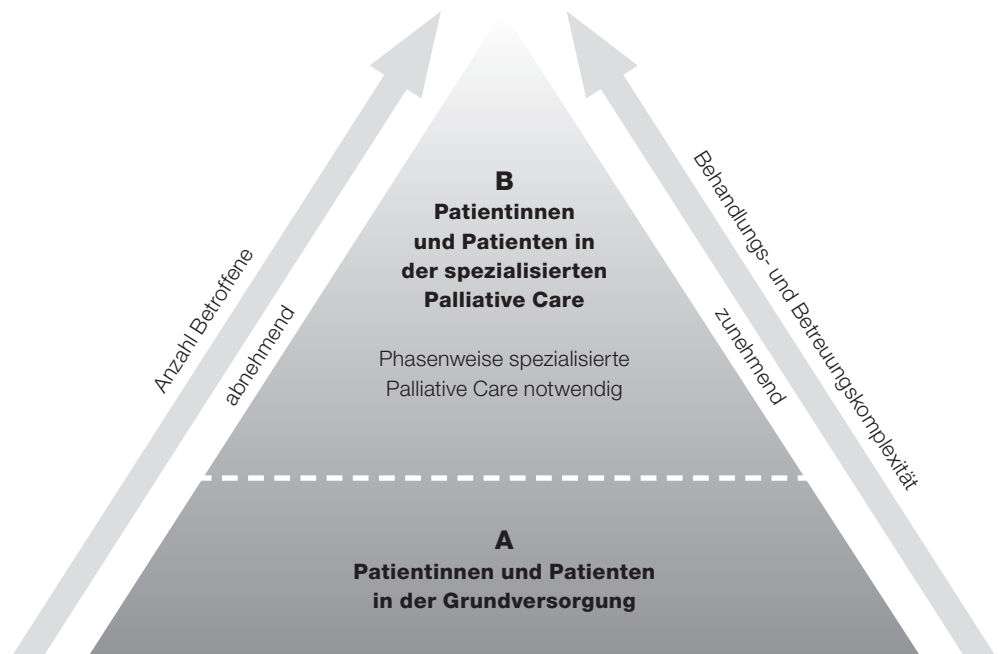
4.4

Versorgungsstrukturen in der Palliative Care

In der «Nationalen Strategie Palliative Care 2010–2012»²⁹ und den «Nationalen Leitlinien Palliative Care» wird von einer Mehrheit von Patientinnen und Patienten – 80 % – ausgegangen, die in der palliativen Grundversorgung (Gruppe A) versorgt werden können. Nur 20 % benötigen eine spezialisierte Palliativversorgung (Gruppe B). Die Zahl der Betroffenen nimmt bei steigender Komplexität ab (Abbildung 1).

Abbildung 1

Versorgungspyramide Palliative Care gemäss den «Nationalen Leitlinien Palliative Care»



Grundversorgung

Die Gruppe A umfasst «Patientinnen und Patienten, die sich aufgrund des Verlaufs ihrer unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Erkrankung mit dem Lebensende vorausschauend auseinandersetzen oder sich in der letzten Phase des Lebens befinden».³⁰

²⁷ GDK und BAG (2012): Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung.

²⁸ BAG und GDK (2012): Nationale Strategie Palliative Care 2013–2015.

²⁹ BAG und GDK (2009): Nationale Strategie Palliative Care 2010–2012.

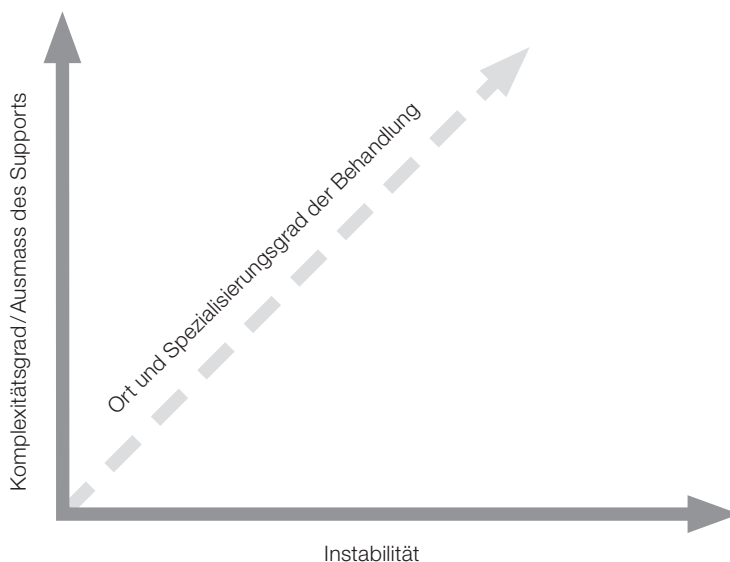
³⁰ BAG und GDK (2010): Nationale Leitlinien Palliative Care.

Spezialisierte Versorgung

Patientinnen und Patienten erhalten spezialisierte Palliative Care (Gruppe B), wenn die Dynamik und die Vielschichtigkeit einer Situation die vorhandenen Kapazitäten (auf fachlicher oder struktureller Ebene) in der Grundversorgung übersteigen. Etwa, wenn eine komplexe Situation unüberschaubar wird, die Instabilität ein häufiges Anpassen des Behandlungsplans erfordert oder schwierige Entscheidungsfindungen anstehen (Abbildung 2).³¹

Abbildung 2

Die beiden Achsen Komplexität und Instabilität als Bezugsrahmen



Der Übergang zwischen den Gruppen A und B ist fließend. Zudem können Phasen der Instabilität und Komplexität der Gruppe B mit Phasen der Gruppe A abwechseln.³²

Matrixstruktur für die Palliative-Care-Versorgung

Zielsetzung einer allgemein zugänglichen Versorgungsstruktur für Palliative Care ist, dass alle Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Erkrankungen eine ihrer Situation und möglichst ihrem Wunsch entsprechende Behandlung, Pflege, Betreuung und Begleitung erhalten. Um dieses Ziel zu erreichen, braucht es stationäre, teilstationäre, ambulante und mobile Angebote, die sich ergänzen.

Gemäss dem Modell der Versorgungsstrukturen der «Nationalen Strategie Palliative Care 2010–2012»³³ (Abbildung 3) findet Palliative Care in der Grundversorgung sowohl in Spitälern, im stationären Langzeitbereich als auch im ambulanten Bereich (niedergelassene (Fach-)Ärztinnen und Ärzte, spitalexterne Pflege³⁴, Ambulatorien) statt. Für einen kleineren Teil der Betroffenen bedarf es spezialisierter stationärer Einrichtungen im Akutbereich (Spitalstrukturen mit Palliative-Care-Auftrag), wenn Spitalbedürftigkeit gegeben ist, und im Langzeitbereich (Sozialmedizinische Institutionen mit Palliative-Care-

³¹ BAG und GDK (2011): Indikationskriterien für spezialisierte Palliative Care.

³² BAG und GDK (2010): Nationale Leitlinien Palliative Care.

³³ BAG, palliative.ch und GDK (2012): Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz.

³⁴ Im weiteren Bericht wird der Begriff «Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause» für den Bereich der Hilfe und Pflege zu Hause (Spitex-Organisationen) verwendet.

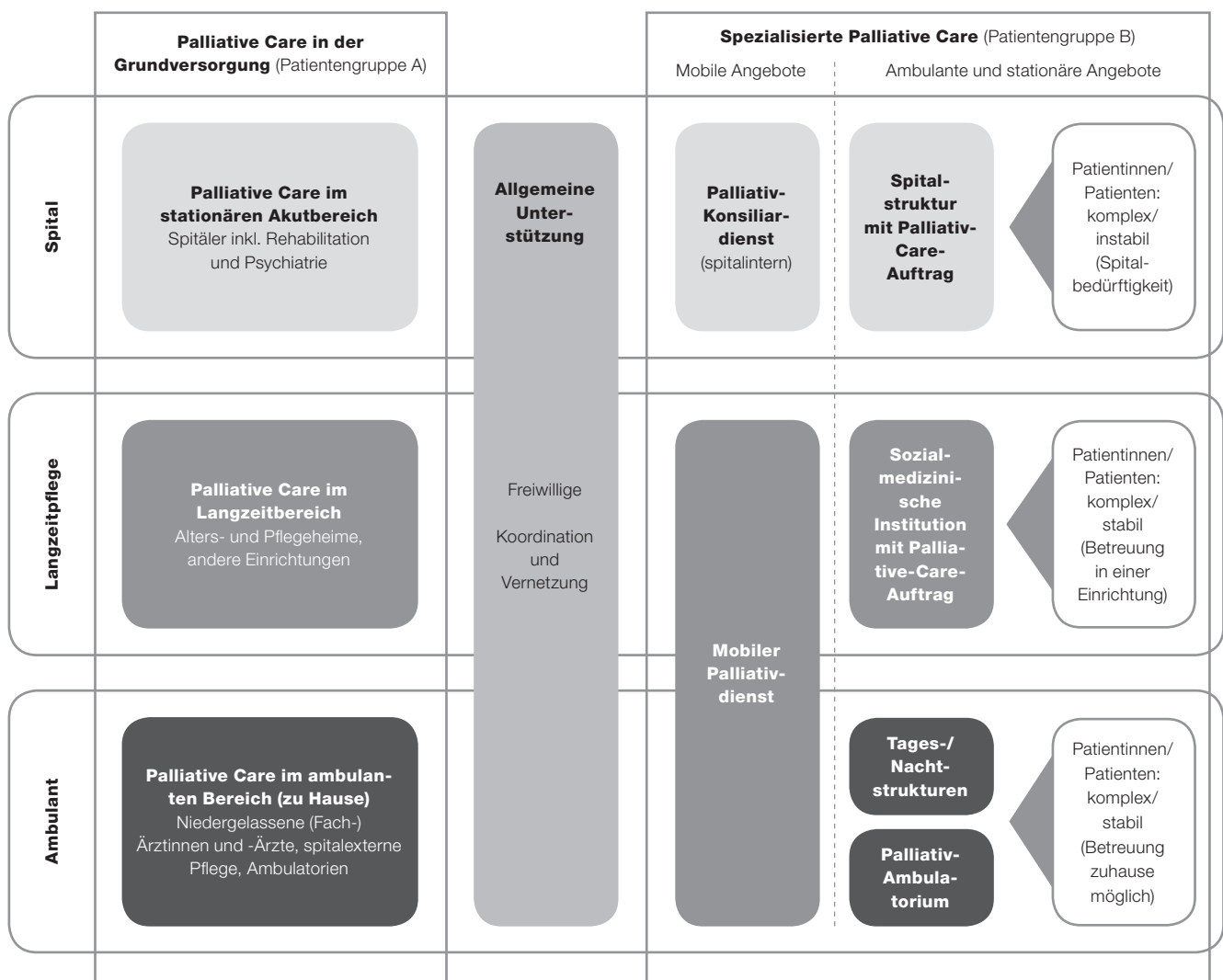
Auftrag), wenn die Pflege- und Betreuungssituationen zwar komplex sind, jedoch keine Spitalbedürftigkeit gegeben ist. Tages-/Nachtstrukturen und Palliativ-Ambulatorien sollen im spezialisierten teilstationären und ambulanten Bereich zeitlich limitierte Betreuung und Entlastung für Betroffene und deren Angehörigen bieten.

Damit Palliative Care flächendeckend in der Grundversorgung angeboten werden kann, sollen spezialisierte interdisziplinäre (aus mindestens ärztlichen und pflegerischen Fachpersonen bestehende) mobile Palliativdienste oder institutionsinterne Konsiliardienste im Einsatz stehen. Hauptaufgabe dieser Dienste ist es, den Leistungserbringern der Grundversorgung Fachwissen in Palliative Care zu vermitteln, sie zur selbstständigen Übernahme der Behandlung, Pflege und Betreuung von Palliativpatientinnen und -patienten zu befähigen und in komplexen Fällen Behandlungen und Pflegemassnahmen bei den Patientinnen und Patienten direkt durchzuführen.

Zu einer umfassenden palliativen Versorgung gehört ein unterstützendes und entlastendes Netz von informellen und formellen Diensten und Personen zur allgemeinen Unterstützung für Betroffene und Angehörige (insbesondere zur sozialen Betreuung, psychologischen und spirituellen Begleitung). Freiwillige, die Betroffene, Angehörige und Leistungserbringer unterstützen, spielen im Versorgungssystem eine wichtige Rolle. Sie können die Fachpersonen jedoch nicht ersetzen.

Abbildung 3

Versorgungsstrukturen Palliative Care in der Schweiz³⁵



³⁵ BAG, palliative.ch und GDK (2012): Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz.

Bedarf an Palliative-Care-Leistungen im schweizerischen Gesundheitswesen

Es stehen heute keine statistischen Daten zur Verfügung, aus denen ersichtlich werden könnte, wie viele Menschen in der Schweiz Palliative Care benötigen.³⁶ Ein Grund dafür ist, dass auf nationaler Ebene die Diskussionen über die Definition der Palliative-Care-Leistungen noch nicht abschliessend geführt wurden und eine Identifikation von palliativen Fällen und Pflegesituationen deshalb noch nicht möglich ist.³⁷ Die Anzahl der betroffenen Patientinnen und Patienten kann aufgrund der ungenügenden Datenlage lediglich geschätzt werden.

BAG und GDK gehen von heute zirka 40 000 und im Jahr 2032 von 53 000 Personen, die Palliative-Care-Leistungen benötigen, aus. Die Anzahl der betroffenen Patientinnen und Patienten in der Grundversorgung (80 %) wird gemäss dieser Schätzung von heute 32 000 auf 42 000 und in der spezialisierten Versorgung (20 %) von heute 8 000 auf 11 000 Personen steigen. Da die Zahl der Todesfälle von über 80-jährigen und älteren Menschen zunimmt, erhöht sich die Zahl der betroffenen Menschen gemäss den Schätzungen von BAG und GDK wahrscheinlich laufend.³⁸ Diese Entwicklung wird sich vor allem im Bereich der palliativen Grundversorgung auswirken.

Quantitativer Bedarf in der spezialisierten Palliativversorgung

Der quantitative Bedarf an spezialisierten Palliative-Care-Angeboten kann aufgrund der ungenügenden Datenlage ebenfalls lediglich geschätzt werden. BAG, palliative ch³⁹ und GDK empfehlen, die Richtgrössen der «European Association for Palliative Care (EAPC)» – 80 bis 100 Palliativbetten pro einer Million Einwohnerinnen und Einwohner, 1 ambulantes Palliativteam pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner⁴⁰ –, die europäischen Qualitätsstandards entsprechen, als konzeptuellen und inhaltlichen Bezugsrahmen für die Entwicklung von lokalen, regionalen und kantonalen Versorgungsstrukturen in der Palliative Care zu berücksichtigen.⁴¹

4.5

Finanzierung von Palliative-Care-Leistungen

Im Folgenden wird ein Überblick über die aktuelle Situation und die Lücken in der Finanzierung von Palliative-Care-Leistungen gemäss der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) bzw. dem Krankenversicherungsgesetz (KVG)⁴² gegeben.

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

³⁶ BAG und GDK (2012): Nationale Strategie Palliative Care 2013–2015.

³⁷ BFS (2012): Inventar der Datensituation über Palliative Care. BAG und GDK (2012): Nationale Strategie Palliative Care 2013–2015.

³⁸ BAG und GDK (2012): Nationale Strategie Palliative Care 2013–2015.

³⁹ Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung

⁴⁰ European Association for Palliative Care (EAPC) (2010): White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe. Part 2. Recommendations from the European Association for Palliative Care. In: European Journal of Palliative Care, 17(1).

⁴¹ BAG, palliative ch und GDK (2012): Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz.

⁴² Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Krankenversicherungsgesetz, KVG; SR 832.10).

In allen Tarifstrukturen sind Lücken zur angemessenen Finanzierung von Palliative-Care-Leistungen gemäss KVG identifiziert worden. Die Schliessung dieser Lücken soll im Rahmen des Teilprojekts «Versorgung und Finanzierung» der «Nationalen Strategie Palliative Care» gelöst werden. Im Laufe der Umsetzung der «Nationalen Strategie Palliative Care 2013–2015» wird die Definition von Palliative-Care-Leistungen – sowohl in der Grundversorgung als auch in der spezialisierten Versorgung – erarbeitet. Anschliessend werden die Kosten dieser definierten Leistungen eruiert. Die Anpassung der Finanzierungssysteme soll im Rahmen der «Nationalen Strategie Palliative Care» erfolgen. Einerseits bestehen Lücken innerhalb der unterschiedlichen Tarifstrukturen. So werden Leistungen in palliativen Situationen, die in den Leistungskatalog der OKP aufgenommen sind, jedoch zeit- und personalintensiv sind, besonders in komplexen und instabilen Situationen ungenügend abgegolten. Bestimmte erforderliche Leistungen, u. a. Kommunikations- und Betreuungsleistungen sowie Koordinations- und Vernetzungsleistungen zur vorausschauenden Planung und sog. patientinnen- und patientenferne Leistungen wie Schulungsleistungen sind nicht genügend in den Leistungskatalog der OKP aufgenommen.

Andererseits bestehen übergreifende Finanzierungslücken, wenn Palliativpatientinnen und -patienten von einem Versorgungsbereich in einen anderen übertreten oder sich gleichzeitig in mehreren Versorgungsbereichen bewegen oder wenn sie in einer Institution der stationären Langzeitpflege aufgenommen sind und zusätzlich Leistungen von spezialisierten mobilen Leistungserbringern benötigen. Im Wesentlichen sind Fragen bei der Doppelfakturierung von ambulanten und stationären Leistungen ungelöst.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass heute grundlegende Lücken in der Finanzierung bestehen, um den Zugang zu Palliative-Care-Leistungen in allen Versorgungsbereichen und eine kontinuierliche Behandlung, Pflege und Betreuung von Palliativpatientinnen und -patienten sowie die Anpassung an die schnellen Veränderungen der Bedürfnisse dieser Patientinnen und Patienten genügend sicherzustellen. Die Finanzierungslücken können zur Folge haben, dass Leistungen, die nicht abgegolten werden, nicht angeboten bzw. nicht in Anspruch genommen werden können und es daher als Konsequenz zu unnötigen Spitaleintritten kommt. Insbesondere wird durch die Finanzierungslücken der Aufbau von spezialisierten Leistungsangeboten in allen Versorgungsbereichen erschwert, die sowohl komplexere und zeitaufwändigere patientinnen- und patientenbezogene als auch patientinnen- und patientenferne Leistungen erbringen.

Die unterschiedlichen Tarif- und Anreizsysteme schaffen kaum Anreize für die Zusammenarbeit bzw. einen effizienten Mitteleinsatz über die verschiedenen Versorgungsbereiche hinweg. Eine Verbesserung der Abgeltung von Palliative-Care-Leistungen entspricht in diesem Sinn auch den Zielsetzungen von GDK und BAG zur integrierten Versorgung.

Im Zeitraum der «Nationalen Strategie Palliative Care 2010–2012», per 1. Januar 2012, trat eine Anpassung des Artikels 7 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)⁴³ zur Verbesserung der Abgeltung von pflegerischen Leistungen in Kraft: In komplexen und instabilen Pflegesituationen können Koordinationsleistungen von diplomierten Pflegefachpersonen mit entsprechender Qualifikation vergütet werden. Diese Anpassung, die nicht nur für palliative Pflegesituationen gilt, erleichtert die patientinnen- und patientenzentrierte Koordination von Leistungen in komplexen und die vorausschauende Planung in instabilen Pflegesituationen.

Um die Finanzierung von Palliative-Care-Leistungen im Bereich der Pflege zu Hause ergänzend zu verbessern, finanziert der Kanton Bern seit 2011 zusätzliche Leistungen durch diplomiertes Pflegefachpersonal wie Koordinations- und Supportleistungen und Palliative-Care-Leistungen, soweit diese nicht KVG-Leistungen darstellen.⁴⁴

⁴³ Verordnung des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV; 832.112.31).

⁴⁴ GEF (2013): Allgemeine Vertragsbestimmungen zum Leistungsvertrag 2013 betreffend Leistungen der Hilfe und Pflege zu Hause.

5.

Ist-Situation der palliativen Versorgung im Kanton Bern

Zum heutigen Zeitpunkt fehlen statistische Grundlagen zur Darstellung einer Ist-Analyse zur palliativen Versorgung im Kanton Bern. Die Ist-Situation lässt sich jedoch annäherungsweise anhand von verschiedenen Datenquellen, den Ergebnissen der kantonalen Umfrage aus dem Jahr 2010 zum Stand der Palliative Care im Kanton Bern und weiteren Erkenntnissen über die Entwicklung der Palliativversorgung im Kanton Bern, abbilden.

5.1

Umfrage zur palliativen Versorgung im Jahr 2010

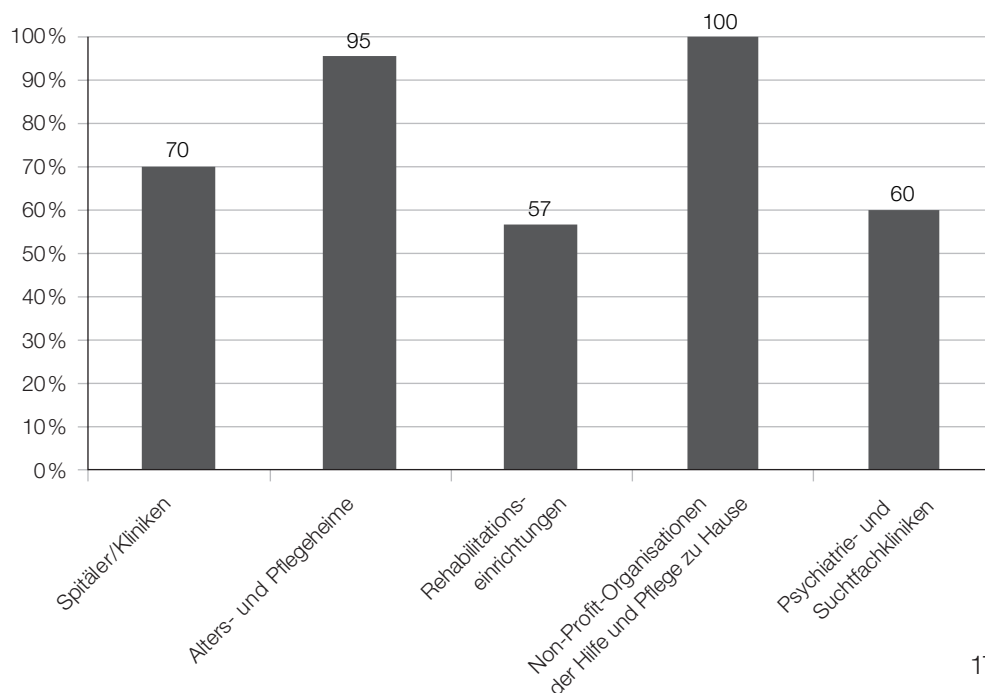
Ziel der kantonalen Umfrage war eine Selbstdeklaration und -einschätzung der Leistungserbringer. In die Umfrage wurden Leistungserbringer, die über einen kantonalen Leistungsauftrag, einen Leistungsvertrag oder eine Betriebsbewilligung verfügten, eingeschlossen. Insgesamt wurden 395 Fragebogen an folgende Leistungserbringer versandt: Spitäler/Kliniken (inkl. Psychiatrie- und Suchtfachkliniken), Rehabilitationseinrichtungen, Alters- und Pflegeheime und Non-Profit-Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause. Betriebsorganisationen mit mehreren Institutionen wurden nur einmal adressiert. Die Rücklaufquote betrug 92,9% (n = 367). Darunter befanden sich 27 Einrichtungen (7,4%), die keine Patientinnen und Patienten mit Palliative-Care-Bedarf betreuten oder in den letzten zwei Jahren betreut hatten. Diese wurden nicht in die Auswertung eingeschlossen.

Aussagen zum Stand der Versorgung

92,6% der Leistungserbringer gaben an, 2010 oder in den vorangegangenen zwei Jahren Menschen mit palliativem Behandlungs- und Betreuungsbedarf behandelt, gepflegt und betreut zu haben (Abbildung 4). Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause sowie Alters- und Pflegeheime waren stets oder nahezu immer, Spitäler/Kliniken und Psychiatriekliniken häufig mit der Pflege von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Erkrankungen konfrontiert.

Abbildung 4

Institutionen, die zum Zeitpunkt der Umfrage oder in den vergangenen zwei Jahren Menschen mit palliativem Behandlungs- und Betreuungsbedarf betreuten oder betreut hatten (in Prozent)



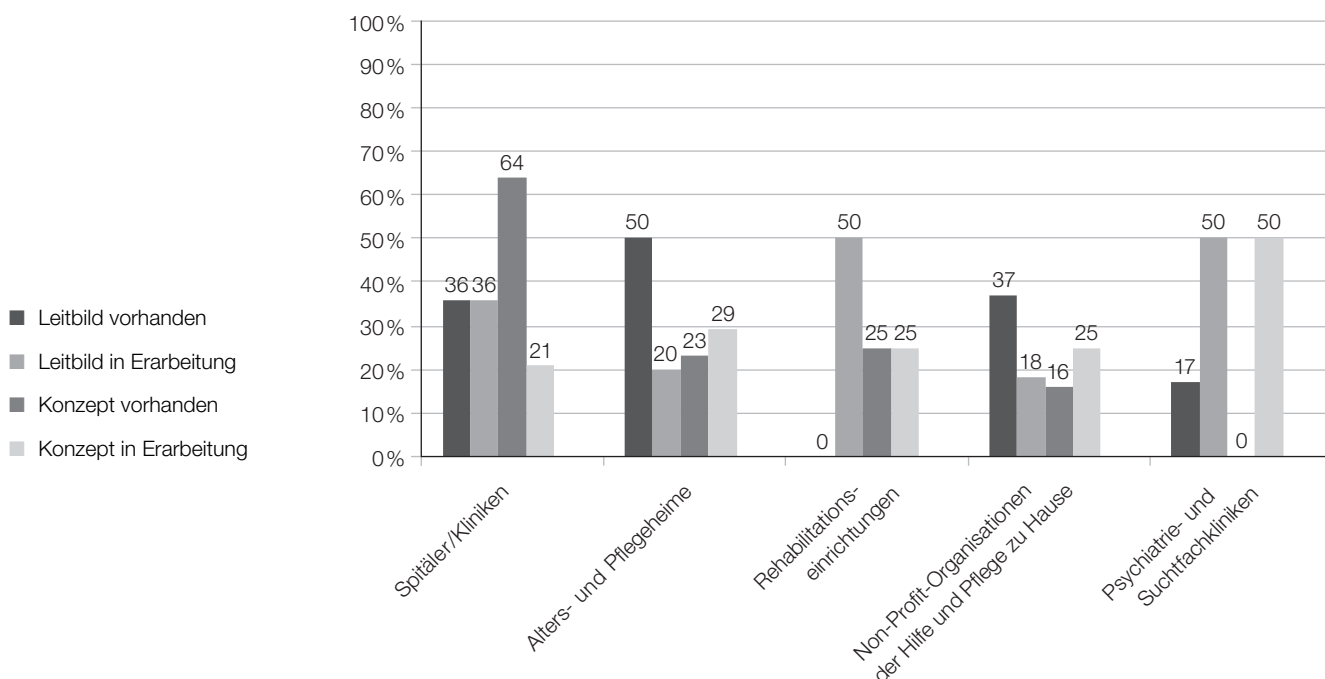
Sowohl in der Grundversorgung als auch in der spezialisierten Versorgung fand eine auf Initiative der Leistungserbringer beruhende, von der kantonalen Planung und Steuerung unabhängige Entwicklung, statt. Die Resultate illustrieren, dass die befragten Institutionen seit mehreren Jahren bestrebt sind, den Ansatz der Palliative Care in die Praxis aufzunehmen.

Aussagen zur Qualität der Versorgung

Der Anteil der Institutionen, der zum Zeitpunkt der Umfrage über ein Leitbild zu Palliative Care verfügte oder erarbeitet hatte, reichte von 50 % bis 72 %. Zwischen 41 % und 85 % der Leistungserbringer hatten ein Konzept zu Palliative Care oder waren daran, ein Konzept zu erarbeiten (Abbildung 5).

Abbildung 5

Anteil der Institutionen mit konzeptuellen Grundlagen zu Palliative Care (in Prozent)

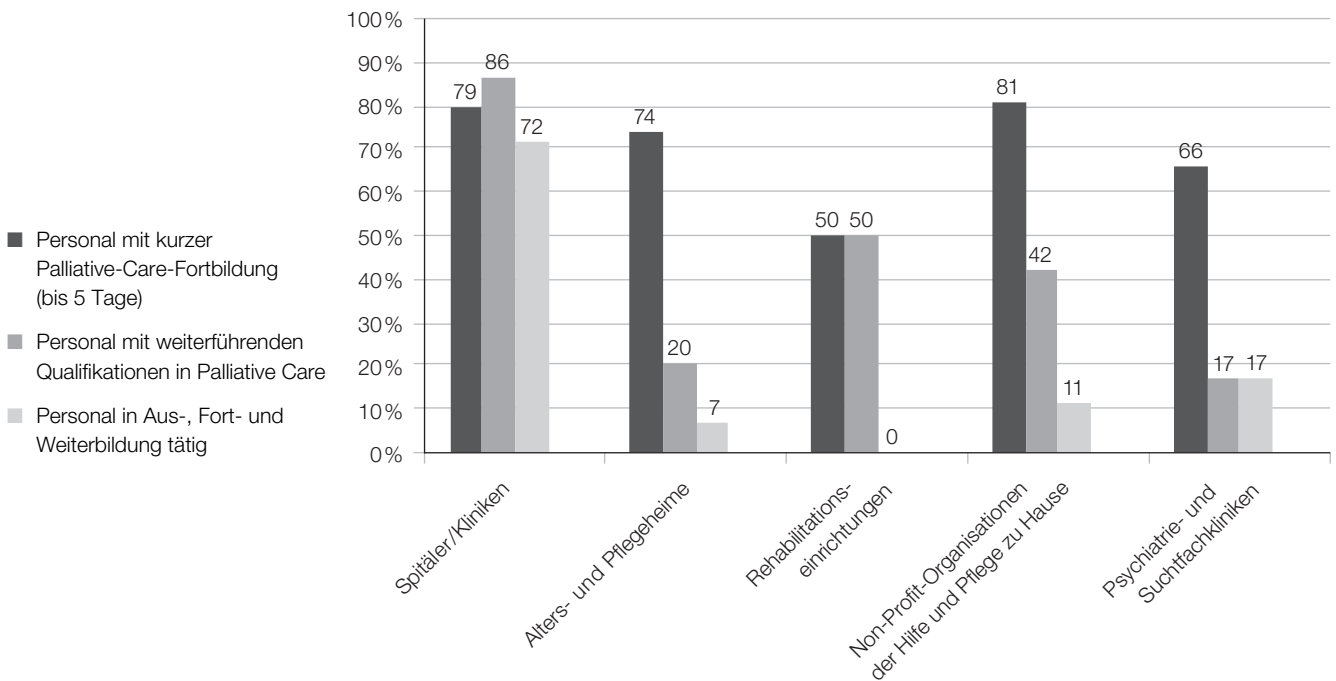


50 bis 81 % der Leistungserbringer gaben an, dass einzelne Mitarbeitende eine kurze Palliative-Care-Fortbildung von bis fünf Tagen (Ausbildungsniveaus A1 und A2 gemäss SwissEduc⁴⁵) besucht hatten. Bei den Angaben zur Anzahl Mitarbeitenden mit weiterführenden Qualifikationen in Palliative Care war die Bandbreite gross. Während in 86 % der Spitäler/Kliniken und 50 % der Rehabilitationseinrichtungen Mitarbeitende mit weiterführenden Qualifikationen in Palliative Care zur Verfügung standen, waren es bei den Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause 42 %, in den Alters- und Pflegeheimen 20 % und Psychiatrie- sowie Suchtfachkliniken 17 %. In der Aus-, Fort- und Weiterbildung tätige Personen waren mehrheitlich in Spitälern/Kliniken (72 %) angestellt, während in Psychiatrie- und Suchtfachkliniken (17 %), in Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause 11 % und Alters- und Pflegeheimen 7 % beschäftigt waren (Abbildung 6).

⁴⁵ Ausbildungsniveau A1: «Personen, die gelegentlich in ihrem Berufsalltag mit chronisch kranken Menschen oder mit akuten Situationen am Lebensende konfrontiert sind.» Diese Personen sind entweder in der Grundversorgung oder im Gemeinwesen tätig. Ausbildungsniveau A2: «Berufsfachleute im Gesundheitswesen, die gelegentlich palliative Patienten und deren Familien begleiten. Diese Fachleute sind in der Grundversorgung tätig.» Palliative.ch. Ausbildungsniveaus in Palliative Care. Auf: <http://www.palliative.ch> (20.12.2013).

Abbildung 6

Anteil der Institutionen mit Mitarbeitenden mit Kompetenzen in Palliative Care (in Prozent)



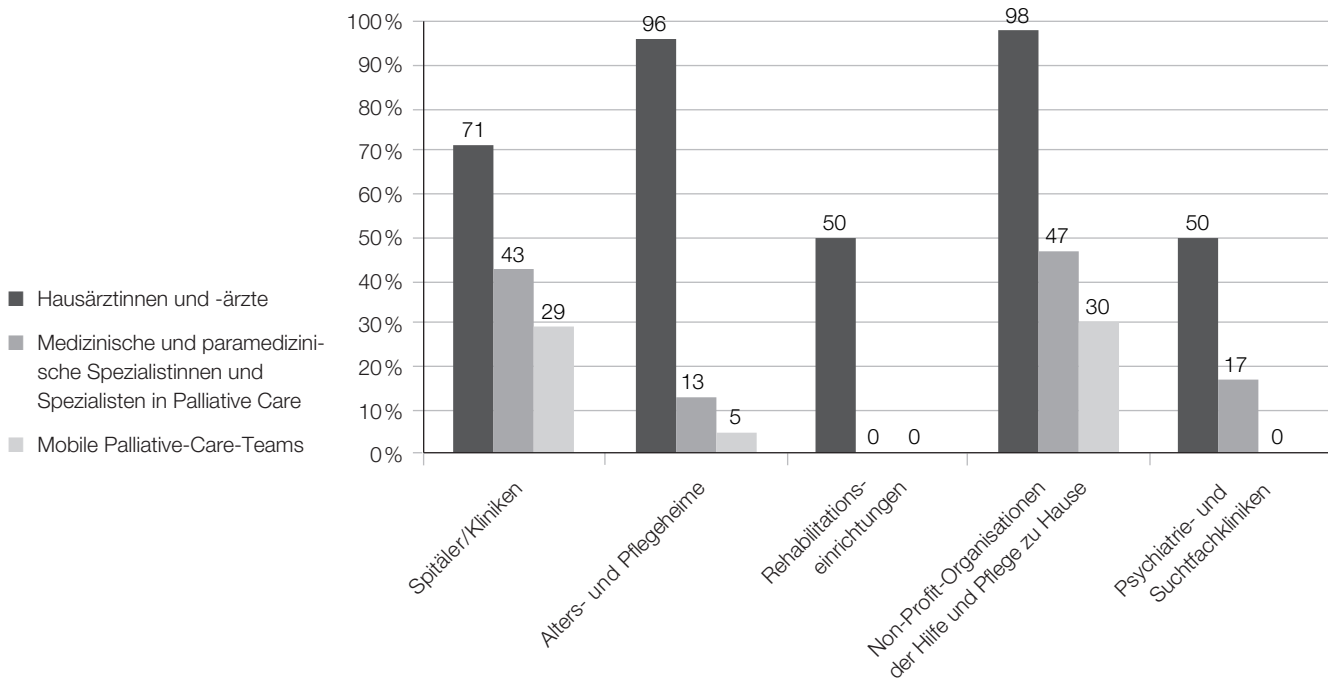
Palliativpflegerische und -medizinische Leistungen, spezifische Therapien (mitunter Schmerztherapie), Begleitungs- und Beratungsaufgaben (etwa Sterbebegleitung, psychologische Begleitung, Seelsorge, spirituelle Begleitung) wurden gemäss den Resultaten der Umfrage je nach Institutionstyp zwischen 46 und 100 % erbracht. Andere Leistungen wurden in wenigen Fällen angeboten. Darunter fielen zum Beispiel Aroma- und Musiktherapie und Schulungen zu Palliative Care.

Aussagen zur Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern

Ein sehr hoher Anteil der Institutionen praktizierte gemäss den Resultaten der Umfrage die externe Zusammenarbeit mit Hausärztinnen und -ärzten: 71 % der Spitäler / Kliniken, 96 % der Alters- und Pflegeheime und 98 % der Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause. Die Inanspruchnahme von externen medizinischen und paramedizinischen spezialisierten Fachpersonen in Palliative Care (Fachspezialistinnen und -spezialisten und mobile Palliative-Care-Teams) fiel eher niedrig aus (Abbildung 7).

Abbildung 7

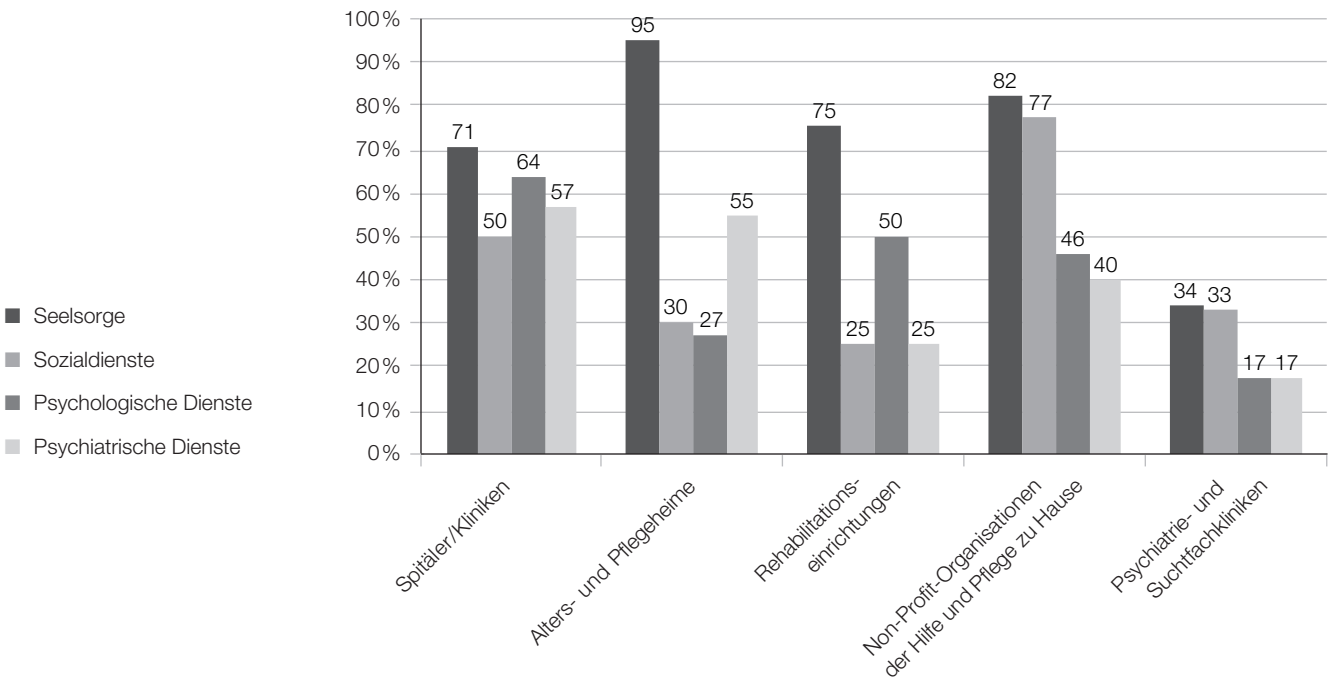
Externe Zusammenarbeit mit Hausärztinnen und Hausärzten und in Palliative Care spezialisierten Leistungserbringern (in Prozent)



Bei der externen Zusammenarbeit der Institutionen mit seelsorgerischen, sozialen, psychologischen und psychiatrischen Diensten wurde die Seelsorge von allen Leistungserbringern am häufigsten beigezogen. Die Inanspruchnahme von externen Sozialdiensten, psychologischen und psychiatrischen Diensten fiel je nach Institutions-typ unterschiedlich aus (Abbildung 8).

Abbildung 8

Externe Zusammenarbeit mit seelsorgerischen, sozialen, psychologischen und psychiatrischen Diensten (in Prozent)



Die Resultate zeigen, dass Palliative-Care-Leistungen – zwar in unterschiedlichem Umfang – erbracht wurden, diese jedoch insgesamt eher wenig koordiniert waren. Die strukturellen und organisatorischen Voraussetzungen für die vernetzte bzw. koordinierte Erbringung von Palliative-Care-Leistungen schienen zum Zeitpunkt der Umfrage nicht bei allen Leistungserbringern gegeben zu sein.

Stellt man das fachliche Angebot zudem in Zusammenhang mit den Ergebnissen zur konzeptuellen Ausgestaltung, bezüglich welcher noch Lücken bestanden, und dem Mangel an Mitarbeitenden mit spezifischen Qualifikationen in Palliative Care, ergibt sich ein ebenfalls teilweise widersprüchliches Bild.

Die GEF geht davon aus, dass zwar die Mehrzahl der Leistungserbringer Palliative Care in die konzeptuellen Grundlagen aufgenommen hat oder daran ist, entsprechende Grundlagen zu erarbeiten, dass jedoch das Verständnis von Palliative Care sowie die fachlichen Kompetenzen bei den Leistungserbringern unterschiedlich ausgestaltet sind.

Aussagen zur Vernetzung in regionalen Palliative-Care-Netzwerken

Eher wenige Leistungserbringer arbeiteten zum Zeitpunkt der Umfrage mit regionalen Netzwerken zusammen. Die Resultate zeigen, dass zum Zeitpunkt der Umfrage regionale Palliative-Care-Netzwerke weitgehend fehlten oder nicht bekannt waren.

5.2

Entwicklung der palliativen Versorgung seit 2010

In den letzten Jahren sind bestehende Angebote ausgebaut und neue Angebote etabliert worden.

Grundversorgung: Einschätzung der heutigen Versorgungssituation

Die GEF geht davon aus, dass die palliative Versorgung von Erwachsenen und Kindern mit einem entsprechenden Bedarf durch die bestehenden Leistungserbringer in der Grundversorgung gemäss Schwerpunktsetzung des Konzepts für die palliative Versorgung (Spitäler/Kliniken, Alters- und Pflegeheime und Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause) grundsätzlich gewährleistet werden kann.

In den Spitälern/Kliniken sollte die Palliative-Care-Versorgung gemäss den generellen Anforderungen der Leistungsaufträge in Bezug auf die Grundversorgung ein integrierter Bestandteil sein. Der Aufbau und die fortführende Entwicklung zur Umsetzung von Palliative Care ist auch bei den Alters- und Pflegeheimen und Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause sowie in der stationären psychiatrischen Versorgung im Gang.

Spezialisierte Palliativversorgung: Einschätzung der heutigen Versorgungssituation

Auf Initiative der Leistungserbringer haben in den letzten Jahren die Angebote der stationären und ambulanten spezialisierten Palliativversorgung zugenommen. Diese ist jedoch nicht flächendeckend verfügbar.

Einschätzung der Vernetzung der Leistungserbringer

Die Institutionen der Gesundheitsversorgung vernetzen sich zunehmend mit anderen Leistungserbringern zur Förderung einer koordinierten und kontinuierlichen, bedarfs- und bedürfnisgerechten Erbringung von Palliative-Care-Leistungen. In verschiedenen Regionen bestehen Palliative-Care-Netzwerk-Initiativen. Die strukturellen und organisatorischen Voraussetzungen für eine flächendeckende Vernetzung und Koordination sind jedoch noch nicht gegeben.

Neben den Institutionen der Gesundheitsversorgung sind verschiedene niedergelassene und freiberufliche Gesundheitsfachpersonen (medizinische, pflegerische und andere paramedizinische Fachpersonen) massgeblich an der palliativen Versorgung beteiligt. Hausärztinnen und -ärzte übernehmen in vielen Fällen Vernetzungsaufgaben.

Die Landeskirchen, weitere Glaubensgemeinschaften sowie verschiedene Organisationen und Fachpersonen tragen zur spirituellen, psychologischen und sozialen Betreuung und Begleitung bei. Verschiedenste gemeinnützige Organisationen sowie private Initiativen setzen sich für die Verbesserung des Angebots ein, sei es im Bereich der Beratung und Unterstützung von Betroffenen und ihren Angehörigen oder im Bereich der Finanzierung von Projekten. Auch Gemeinden unterstützen die Entwicklung von Palliative Care.

In verschiedenen Regionen des Kantons Bern bestehen Freiwilligenorganisationen und -gruppen mit unterschiedlichen Trägerschaften zur Begleitung Schwerkranker, zur Sterbe- und Trauerbegleitung sowie zur Entlastung von Angehörigen. Freiwillige leisten einen grossen Beitrag zur Unterstützung der Lebensqualität von Betroffenen und Angehörigen und ergänzen damit die institutionelle Betreuungsleistung in allen Versorgungsbereichen. Zudem entwickeln sich zunehmend verschiedene Selbsthilfeorganisationen für Betroffene und Angehörige.

Die kantonalen Sektionen von palliative ch, der Schweizerischen Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung, – palliative be und palliative bejune (die letztere ist interkantonal in den Kantonen Bern, Jura und Neuenburg aktiv) –, übernehmen eine bedeutende Funktion bei der Verbreitung von Palliative Care, der Verbesserung des Zugangs betroffener Menschen und ihrer Angehörigen zu Palliative Care sowie der Sicherung der Qualität von palliativer Medizin, Pflege und Begleitung.

Bedarf an Palliative-Care-Leistungen im Kanton Bern

Da Palliative-Care-Leistungen auf nationaler Ebene nicht abschliessend definiert sind, kann derzeit auch keine leistungsbezogene Bedarfsprognose für den Kanton Bern erstellt werden (vgl. Kapitel 4.4).

Analog zur geschätzten demografischen Entwicklung der gesamten schweizerischen Bevölkerung wird auch im Kanton Bern ein stark zunehmender Anteil älterer und alter Menschen an der Gesamtbevölkerung erwartet. Gemäss den aktuellen Bevölkerungsprojektionen für den Kanton Bern wird nach dem mittleren Szenario der Anteil der über 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung im Kanton Bern von 18,8 % im Jahr 2010 (Total Gesamtbevölkerung: 979 802 Einwohnerinnen und Einwohner) auf 28,7 % im Jahr 2035 (geschätztes Total Gesamtbevölkerung: 1 021 567 Einwohnerinnen und Einwohner) ansteigen. Der Anteil der 80-jährigen und älteren Bevölkerung wird von 5,5 % im Jahr 2010 auf 9,9 % im Jahr 2035 ansteigen.⁴⁶

Es wird davon ausgegangen, dass – wie in der gesamtschweizerischen Entwicklung – auch im Kanton Bern alleine durch die Veränderung der demografischen Situation in den kommenden Jahren der Anteil der Menschen, die Palliative-Care-Leistungen benötigen, deutlich zunehmen wird.

⁴⁶ Statistikkonferenz des Kantons Bern (2012): Regionalisierte Bevölkerungsprojektionen für den Kanton Bern bis zum Jahr 2035.

7. Kantonale Palliativstrategie und Massnahmen

7.1 Zielsetzungen der kantonalen Palliativstrategie

Entsprechend den Zielsetzungen der Versorgungsplanung 2011–2014 gemäss Spitalversorgungsgesetz⁴⁷ sollen in Bereichen mit einer nicht bedarfsgerechten Versorgung – u. a. in der palliativen Versorgung – eine Verbesserung der Versorgungssituation bzw. eine Entwicklung der Versorgungsstrukturen angestrebt werden. Dieselben Zielsetzungen verfolgt der «Bericht zur Alterspolitik im Kanton Bern (2011)».⁴⁸

Der Zugang zu Palliative-Care-Leistungen kann im Kanton Bern noch verbessert werden. Der Versorgungsbereich der Palliative Care weist jedoch eine sehr dynamische Entwicklung auf und wird sich in den nächsten Jahren weiter etablieren.

Die Rolle des Kantons ist es, für diese Entwicklung die Rahmenbedingungen zu setzen, um die Qualität der Leistungen und Angebote sowie deren Vernetzung zu gewährleisten. Palliative Care wird als Querschnittsbereich in der Gesundheitsversorgung definiert, der sich über die Versorgungsbereiche erstreckt. Es sollen verschiedene Massnahmen zur Integration der Palliative Care in die Gesundheitsversorgung ergriffen werden. In den Prozess zur Verbesserung der Versorgungssituation sind neben der GEF die massgeblichen Akteure in die Verantwortung eingebunden.

Es wird von einer mittel- bis langfristigen Entwicklungsarbeit ausgegangen, bis der Bedarf gedeckt werden kann. Der Aufbau der palliativen Versorgung soll koordiniert und schrittweise erfolgen. In einem ersten Schritt soll als eine der zentralen Zielsetzungen die flächendeckende Grundversorgung mit Palliative-Care-Leistungen sichergestellt werden. In einem zweiten Schritt soll als weitere zentrale Massnahme die spezialisierte Palliativversorgung pragmatisch und dem Bedarf entsprechend ausgebaut werden. Der Aufbau der Vernetzung von Leistungserbringern soll parallel erfolgen und, sofern erforderlich, unterstützt werden. Weitere Massnahmen sollen, falls erforderlich und nach Möglichkeit, die Entwicklung des Aufbaus ebenfalls begleitend unterstützen.

Die Handlungsfelder der «Nationalen Strategie Palliative Care» werden in der kantonalen Palliativstrategie aufgenommen. Die Resultate der kantonalen Umfrage und die weitere Einschätzung der Versorgungslage im Kanton Bern zeigen auf, dass auf kantonaler Ebene Handlungsbedarf vor allen Dingen in folgenden Feldern gegeben ist: «Sensibilisierung», «Bildung», «Versorgung» und «Finanzierung». Von den Handlungsfeldern werden Teilstrategien und Massnahmen abgeleitet.

Bei der Umsetzung der Massnahmen müssen die finanziellen Möglichkeiten des Kantons Bern berücksichtigt werden.

7.2 Grundsätze zur palliativen Versorgung im Kanton Bern

Palliative Care ist Bestandteil der Gesundheitsversorgung des Kantons Bern. Sie ist sowohl in der Grundversorgung als auch in der spezialisierten Versorgung bedarfsgerecht gestaltet.

Die GEF stützt sich auf die Grundlagen der «Nationalen Strategie Palliative Care 2010–2012» und «Nationalen Strategie Palliative Care 2013–2015».

⁴⁷ GEF (2011): Versorgungsplanung 2011–2014 gemäss Spitalversorgungsgesetz. Somatische Akutversorgung, Rehabilitation, Psychiatrie, Rettungswesen, Gesundheitsberufe.

⁴⁸ GEF (2011): Bericht zur Alterspolitik im Kanton Bern.

Für die Palliativversorgung im Kanton Bern gelten dieselben Grundsätze wie für die gesamte Gesundheitsversorgung. Die Palliativversorgung ist:

- **zugänglich:** Palliative-Care-Leistungen werden erreichbar und niederschwellig angeboten, d.h. die Palliative-Care-Angebote in der Grundversorgung und in der spezialisierten Versorgung sind im ganzen Kanton so gestaltet, dass Patientinnen und Patienten Zugang zu einer angemessenen Behandlung, Pflege, Betreuung und Begleitung erhalten.

Die Palliativversorgung im Kanton Bern orientiert sich an den Spitalregionen und gestaltet sich unter Berücksichtigung der Bevölkerungsstrukturen und der geografischen Verhältnisse. Wo regionale Strukturen nicht ausreichen, müssen überregionale Lösungen gefunden werden.

Die Spitalregionen sind gemäss dem 6+ Regionenmodell, das auf effektiv feststellbare Patientinnen- und Patientenflüsse ausgerichtet ist, definiert: Es sind dies die Regionen Bern, Emmental, Ob- und Nidwalden, Berner Oberland Ost, Berner Oberland West und Biel/Berner Jura (mit den Subregionen Biel und Berner Jura). In der palliativen Versorgung gilt dabei der entsprechende Verwaltungskreis als «Berner Jura» und nicht die gleichnamige Spitalsubregion. Im französischsprachigen Teil des Kantons ist die palliative Versorgung im Verbund mit den Kantonen Jura und Neuenburg (BE-JUNE) organisiert.⁴⁹ Die interkantonale Vereinbarung für die Zusammenarbeit bezieht sich also auf den Verwaltungskreis Berner Jura.

- **bedarfsgerecht:** Art und Menge der Palliative-Care-Angebote sind auf den Bedarf ausgerichtet und sinnvoll auf die regionalen Gegebenheiten und Möglichkeiten abgestimmt.
- **wirtschaftlich:** Palliative Care wird dort eingesetzt, wo sie notwendig ist. Die Leistungen werden nach dem Subsidiaritätsprinzip erbracht: Ambulante Angebotsformen werden – sofern wirksam und effizient – stationären Leistungen vorgezogen. Es werden bestehende Strukturen genutzt und keine Überangebote geschaffen. Bei ungünstigen Kosten-Nutzen-Verhältnissen von einzelnen Angeboten werden überregionale Lösungen gesucht.
- **von guter Qualität:** Die Palliative-Care-Leistungen entsprechen nationalen und internationalen Qualitätsvorgaben. Die Leistungserbringer verfügen über die notwendigen, stufengerechten fachlichen Kompetenzen.
- **vernetzt und koordiniert:** Das Versorgungssystem ergibt sich aus dem Zusammenspiel von Akteuren, die mit unterschiedlichen Aufgaben und Verantwortlichkeiten den Zugang zu bedarfsgerechten Leistungen ermöglichen. Die Versorgungsstrukturen sind im Sinne von Versorgungsketten durchlässig. Die verschiedenen Akteure in der Palliative Care sind untereinander vernetzt und bieten sich ergänzende Leistungen an. Menschen mit Bedarf an Palliative-Care-Leistungen erhalten dadurch eine flexible, koordinierte, fachlich und organisatorisch sinnvoll gesteuerte Behandlung, Pflege und Betreuung sowie Begleitung.

7.3

Teilstrategien und Massnahmen

Handlungsfeld Sensibilisierung

Mit der Verbreitung von Palliative Care ist ein Kulturwandel verbunden – ein Prozess, für dessen Umsetzung Zeit und Ausdauer erforderlich ist. Ziel des vorliegenden Konzepts ist es, zu diesem Kulturwandel beizutragen.

⁴⁹ Die Spitalsubregion Berner Jura ist etwas kleiner als der Verwaltungskreis Berner Jura, da sich ca. 20 % der Bevölkerung bzw. der Gemeinden des Berner Juras in ihrer Patientinnen- und Patientenorientierung nach Biel ausrichten.

Die Bekanntmachung der Angebote bei der Bevölkerung und den an der Gesundheitsversorgung beteiligten Fachpersonen soll vor allem durch die einzelnen Leistungserbringer erfolgen.

Die GEF steht in regelmässigem Austausch mit den kantonalen Sektionen von palliative ch – palliative be und palliative bejune. Deren Initiativen zur Sensibilisierung und Bekanntmachung von Angeboten im Bereich der Palliative Care sind von grosser Bedeutung. Der Austausch mit Anbietern von Palliative-Care-Leistungen, Fach- und Branchenverbänden, gemeinnützigen Organisationen sowie Selbsthilfeorganisationen soll ebenfalls dazu beitragen, den Kulturwandel zu fördern.

Handlungsfeld Bildung

Aus-, Weiter- und Fortbildung sind sowohl der Schlüssel zu einem gemeinsamen Verständnis von Palliative Care und zu einer palliativen Kultur als auch zentral für die Qualität und Entwicklung der Palliative Care.

Palliative Care setzt ein spezifisches Verständnis für die Patientinnen und Patienten, die Begleitumstände ihrer Erkrankung(en) und ihrer Bedürfnisse sowie eine entsprechende Grundhaltung gegenüber den Patientinnen und Patienten voraus.

Das Teilprojekt «Bildung und Forschung» im Rahmen der «Nationalen Strategie Palliative Care» hat zum Ziel, dass die in Palliative Care tätigen Lehr- und Fachpersonen über die erforderlichen stufengerechten Kompetenzen in Palliative Care verfügen. Palliative Care soll integraler Bestandteil der Aus-, Weiter- und Fortbildung der universitären und der nicht-universitären Gesundheits- und Sozialberufe sowie weiterer relevanter Berufsgruppen sein.⁵⁰

Zur Förderung des Kulturwandels wird die GEF für Leistungserbringer, die unter der Bewilligung und Aufsicht der GEF stehen, Vorgaben, welche die Entwicklung und Verankerung eines gemeinsamen Verständnisses von Palliative Care zum Ziel haben, erlassen (vgl. Handlungsfeld Versorgung).

Es wird angenommen, dass die Kompetenzen in Palliative Care bei den Leistungserbringern stufengerecht weiterentwickelt oder aufgebaut werden müssen, damit dem Bedarf entsprechende Leistungen in Palliative Care flächendeckend erbracht werden können. Der Bedarf an Fachpersonal mit stufengerechten Kompetenzen steigt aufgrund des zunehmenden Bedarfs an Palliative-Care-Leistungen an.

Grundsätzlich liegt die bedarfsgerechte Versorgung und damit die Sicherstellung des entsprechend geschulten Personals zur Gewährleistung der Versorgung in der Verantwortung der Leistungserbringer. Die dafür erforderliche Aus-, Weiter- und Fortbildung muss durch die Leistungserbringer gewährleistet werden. Sollte sich trotz der nationalen Zielsetzungen die fehlende Fachkompetenz bei den Leistungserbringern der Grundversorgung und spezialisierten Palliativversorgung als Hindernis für die flächendeckende Versorgung erweisen, kann die GEF in Ausnahmefällen auf Antrag Unterstützungsmassnahmen vorsehen.

Die GEF orientiert sich an den definierten Ausbildungsniveaus in Palliative Care von palliative ch⁵¹.

Im Rahmen des Projekts «Zentrum Schönberg – Demenz und Palliative Care» in Bern ist vorgesehen, die praxisorientierte Entwicklung des Bildungs- und Forschungsbereichs in den Feldern Demenz und geriatrische Palliation in Zusammenarbeit mit der Berner Fachhochschule (koordiniert mit dem Institut Alter und den Fachbereichen Gesundheit und Soziale Arbeit) voranzutreiben.⁵² Zielgruppe sind Patientinnen und Patienten der Gruppe A in der palliativen Grundversorgung. Der mit Fachvertreterinnen

⁵⁰ BAG und GDK (2012): Nationale Strategie Palliative Care 2013–2015.

⁵¹ Palliative ch. Ausbildungsniveaus in Palliative Care. Auf: <http://www.palliative.ch> (20.12.2013).

⁵² GEF (2011): Bericht zur Alterspolitik im Kanton Bern.

und -vertretern der Palliative Care aus verschiedenen Kantonen besetzte Strategierat hat die Arbeit im Jahr 2012 aufgenommen.

Handlungsfeld Versorgung

Grundversorgung in der Palliative Care

Struktur der Grundversorgung

Die palliative Grundversorgung soll – gemäss den Schwerpunkten des kantonalen Konzepts für die palliative Versorgung und entsprechend den Versorgungsstrukturen der «Nationalen Strategie Palliative Care» – insbesondere durch Spitäler, Alters- und Pflegeheime, Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause und Hausärztinnen und -ärzte sowie weitere Gesundheitsfachpersonen angeboten werden.

Vorgaben für Leistungserbringer der Grundversorgung

Leistungserbringer der Grundversorgung sollen Palliative Care in ihr Leistungsangebot aufnehmen, so dass alle Patientinnen und Patienten mit entsprechendem Bedarf – unabhängig vom Lebensalter und durch alle Bereiche der Medizin und Pflege – bedarfsgerecht versorgt werden.

Damit in der Grundversorgung flächendeckend ein gemeinsames Verständnis von Palliative Care vorhanden ist und die Umsetzung nach einheitlichen, fachlich begründeten minimalen Qualitätskriterien erfolgt, wird die GEF Vorgaben zur palliativen Grundversorgung erlassen. Diese berücksichtigen die Grundlagen der «Nationalen Strategie Palliative Care» und deren Leitlinien und Qualitätsempfehlungen.

Im Rahmen der «Nationalen Strategie Palliative Care 2013–2015» sollen Indikationskriterien für die palliative Versorgung in der Grundversorgung anhand einer noch zu schaffenden Definition von Palliative Care für die Grundversorgung erarbeitet werden. Die GEF geht davon aus, dass sich die Leistungserbringer der Grundversorgung an dieser Definition und den entsprechenden Kriterien orientieren.

- **Grundversorgung im Akutbereich**

Qualitätskriterien zur palliativen Grundversorgung sind an die generellen Leistungsaufträge der stationären Grundversorgung in den einzelnen Fachbereichen geknüpft. In Bezug auf die Basisausstattung werden dabei Qualitätskriterien für die Versorgung von Sterbenden festgelegt (etwa Zurverfügungstellung eines Einbettzimmers). Diese Anforderung wurde bereits mit der Spitalliste 2012 umgesetzt.

- **Grundversorgung im stationären Langzeitbereich und im Bereich der Hilfe und Pflege zu Hause**

Für Alters- und Pflegeheime und Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause sollen Qualitätsvorgaben als Rahmenbedingungen in bereits vorhandenen kantonalen Steuerungsinstrumenten definiert werden, namentlich in Betriebsbewilligungen für Alters- und Pflegeheime und Leistungsverträgen für Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause. Alle Alters- und Pflegeheime sowie Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause sollen über ein Konzept zu Palliative Care verfügen.

- **Niedergelassene und freiberufliche Leistungserbringer der Grundversorgung**

Es wird erwartet, dass niedergelassene Ärztinnen und Ärzte und freiberufliche Gesundheitsfachpersonen aller Fachrichtungen, die Palliativpatientinnen und -patienten behandeln und betreuen, sich mit den Grundsätzen der Palliative Care auseinandersetzen und bei Bedarf auf eine spezialisierte Fachunterstützung zurückgreifen und/oder an ein Palliative-Care-Netzwerk angeschlossen sind.

Spezialisierte Palliativversorgung

Struktur der spezialisierten Palliativversorgung

Die spezialisierte Palliativversorgung soll – gemäss den Schwerpunkten des kantonalen Konzepts für die palliative Versorgung und entsprechend den Versorgungsstrukturen der «Nationalen Strategie Palliative Care» – bei entsprechendem Bedarf insbesondere durch Spitäler, Alters- und Pflegeheime und im ambulanten Bereich durch mobile Palliativdienste angeboten werden. Die Entwicklung neuer Angebote der spezialisierten Palliative Care erfolgt gezielt und dem Bedarf entsprechend.

Richtgrössen für die spezialisierte Palliativversorgung

In Bezug auf die Schätzung des Bedarfs an spezialisierten Angeboten in der Palliativversorgung zieht die GEF die Empfehlungen von BAG, palliative.ch und GDK heran (vgl. Kapitel 4.4).⁵³

Basierend auf den aktuellen Bevölkerungszahlen in der jeweiligen Spitalregion und den regionalisierten Bevölkerungsprojektionen würde sich für den Kanton Bern folgender Bedarf an Behandlungs- oder Pflegeplätzen und mobilen Palliativdiensten – ausgehend von der empfohlenen Richtgrösse von mindestens 80 Palliativpflegeplätzen pro einer Million Einwohnerinnen und Einwohner und eines mobilen Palliativdienstes pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner – (Abbildungen 9 und 10) ergeben:

Abbildung 9

Bedarf an Pflegeplätzen und mobilen Palliativdiensten heute, nach Regionen, Bevölkerungsbestand per 31.12.2010 (gerundet)⁵⁴

Spitalregion	Einwohner/ innen	in % der Gesamt- bevölkerung	Pflegeplätze			Bedarf Mobile Palliativdienste
			Total Bedarf	Bedarf Akutsomatik	Bedarf Lang- zeitbereich	
Bern	422 749	43,1 %	33,8	17	17	4,2
Biel	114 395	11,7 %	9,2	5	5	1,1
Berner Jura	51 668	5,3 %	4,1	2	2	0,5
Oberland West	151 637	15,5 %	12,1	6	6	1,5
Oberland Ost	62 264	6,4 %	5,0	2	2	0,6
Emmental	98 832	10,1 %	7,9	4	4	1,0
Oberaargau	78 257	8,0 %	6,3	3	3	0,8
Total Kanton BE	979 802	100 %	78	39	39	9,8

⁵³ BAG, palliative.ch und GDK (2012): Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz.

⁵⁴ Statistikkonferenz des Kantons Bern (2012): Regionalisierte Bevölkerungsprojektionen für den Kanton Bern bis zum Jahr 2035.

Für die spezialisierte Palliativversorgung wird mit dem Verwaltungskreis Berner Jura gerechnet (anstelle Spitalsubregion Berner Jura). Dies deshalb, weil die Betroffenen der französischsprachigen Gemeinden, die eigentlich zur Spitalsubregion Biel zählen (Diesse, Prêles, Lamboing, La Neuveville, Nods, Orvin, Plagne, Vauffelin, Romont), die spezialisierte palliative Versorgung analog der interkantonalen Vereinbarung zur Palliativversorgung sowohl durch das Neuenburger Spitalzentrum (HNE) am Standort «La Chrysalide», La-Chaux-de-Fonds, als auch den mobilen Palliativdienst «EMSP BEJUNE» erhalten. Entsprechend werden in der Spitalsubregion Biel in diesem Fall 7896 Einwohnerinnen und Einwohner abgezogen und bei der Spitalsubregion Berner Jura dazu gezählt (ergibt Perimeter Verwaltungskreis Berner Jura).

Bedarf an Pflegeplätzen und mobilen Palliativdiensten im Jahr 2030, nach Regionen (gerundet, mittleres Szenario)⁵⁵

Spitalregion	Einwohner/ innen	in % der Gesamtbe- völkerung	Pflegeplätze			Bedarf Mobile Palliativdienste
			Total Bedarf	Bedarf Akutsomatik	Bedarf Lang- zeitbereich	
Bern	448 530	43,9 %	35,9	18	18	4,5
Biel	120 367	11,8 %	9,6	5	5	1,2
Berner Jura	50 357	4,9 %	4,0	2	2	0,5
Oberland West	159 406	15,6 %	12,8	6	6	1,6
Oberland Ost	64 124	6,3 %	5,1	3	3	0,6
Emmental	98 610	9,6 %	7,9	4	4	1,0
Oberaargau	80 730	7,9 %	6,5	3	3	0,8
Total Kanton BE	1 022 124	100 %	82	41	41	10,2

- **Richtgrößen für den stationären Bereich**

Die GEF geht somit – gestützt auf die auf Richtgrößen und Bevölkerungszahlen bzw. -projektionen basierende Festlegung – von einem Bedarf von insgesamt 78 Behandlungs- oder Pflegeplätzen der spezialisierten Palliative Care aus. Der geschätzte Bedarf erhöht sich bis ins Jahr 2030 auf 82 Plätze.

Bei der Verteilung zwischen Akutsomatik und stationärem Langzeitbereich wird dem zu erwartenden Zuwachs an Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Erkrankungen Rechnung getragen. Deswegen sollen Akut- und Langzeitpflegeplätze nach Möglichkeit je zur Hälfte den beiden Bereichen zugeteilt werden.

Die Aufteilung der spezialisierten Pflegeplätze muss in überregionaler Perspektive gestaltet werden.

Der Bedarf des Berner Juras von zwei Behandlungsplätzen in der Akutsomatik wird gemäss Abkommen mit den Kantonen Neuenburg und Jura via Neuenburger Spitalzentrum (HNE) am Standort «La Chrysalide», La-Chaux-de-Fonds, abgedeckt.

- **Richtgrößen für den ambulanten Bereich**

Der geschätzte Bedarf an mobilen Palliativdiensten liegt heute – gestützt auf die auf Richtgrößen und Bevölkerungszahlen bzw. -projektionen basierende Festlegung – bei 9,8 Diensten und steigt bis 2030 nicht wesentlich an.

Die Einrichtung dieser Dienste muss in überregionaler Perspektive gestaltet werden. Die Gestaltung des Aufbaus von mobilen Palliativdiensten wird sich auf die bestehenden und sich entwickelnden Strukturen und Netzwerke in den Regionen abstützen.

Für die französischsprachige Region des Berner Juras ist der interkantonale mobile Palliativdienst «EMSP BEJUNE» zuständig. Dort findet folglich nicht nur eine überregionale, sondern auch eine interkantonale Zusammenarbeit statt.

⁵⁵ Statistikkonferenz des Kantons Bern (2012): Regionalisierte Bevölkerungsprojektionen für den Kanton Bern bis zum Jahr 2035.

Für die spezialisierte Palliativversorgung wird mit dem Verwaltungskreis Berner Jura gerechnet (anstelle Spitalsubregion Berner Jura). Dies deshalb, weil die Betroffenen der französischsprachigen Gemeinden, die eigentlich zur Spitalsubregion Biel zählen (Diesse, Prêles, Lamboing, La Neuveville, Nods, Orvin, Plagne, Vauffelin, Romont), die spezialisierte palliative Versorgung analog der interkantonalen Vereinbarung zur Palliativversorgung sowohl durch das Neuenburger Spitalzentrum (HNE) am Standort «La Chrysalide», La-Chaux-de-Fonds, als auch den mobilen Palliativdienst «EMSP BEJUNE» erhalten. Entsprechend werden in der Spitalsubregion Biel in diesem Fall 7896 Einwohnerinnen und Einwohner abgezogen und bei der Spitalsubregion Berner Jura dazu gezählt (ergibt Perimeter Verwaltungskreis Berner Jura).

Steuerung der Angebote in der spezialisierten Palliativversorgung

Für spezialisierte Angebote vergibt die GEF Leistungsaufträge und schliesst Leistungsverträge ab. Der Anschluss an ein regionales Palliative-Care-Netzwerk und/oder eine interinstitutionelle oder interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit ist Voraussetzung für die Berücksichtigung von Anträgen.

- **Geplante Vergabe von Leistungsaufträgen an Spitäler**

Für spezialisierte Palliativstationen in der Spitalversorgung führt die GEF ein Verfahren durch, innerhalb dessen sich die Leistungserbringer für einen Leistungsauftrag bewerben können. Die bewerbenden Institutionen haben ein Konzept vorzulegen.

Die GEF erteilt Leistungsaufträge gemäss dem Bedarf und gestützt auf die eingereichten Konzepte.

Die Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität werden im Rahmen des Bewerbungsverfahrens bekannt gegeben. Diese orientieren sich mitunter an den Strukturqualitätskriterien für Spitalstrukturen mit Palliative-Care-Auftrag gemäss den «Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz».⁵⁶

- **Abschluss von Leistungsverträgen mit Alters- und Pflegeheimen**

Nach Antrag kann die GEF mit einzelnen Alters- und Pflegeheimen Leistungsverträge im Rahmen der finanziellen Möglichkeiten abschliessen. Dabei werden der Bedarf und die eingereichten Konzepte berücksichtigt.

Für die Schaffung von spezialisierten Pflegeplätzen sollen bestehende, bereits bewilligte Plätze in den Alters- und Pflegeheimen in spezialisierte Organisationseinheiten umgewandelt werden. Eine Erhöhung von Pflegeplätzen ist im stationären Langzeitbereich nicht vorgesehen.

Eckwerte für die qualitativen Anforderungen sind u. a. die Strukturqualitätskriterien für Sozialmedizinische Institutionen mit Palliative-Care-Auftrag gemäss den «Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz».

- **Unterstützung von mobilen Palliativdiensten**

Nach Antrag kann die GEF Leistungen von mobilen Palliativdiensten im Rahmen der finanziellen Möglichkeiten unterstützen. Dabei werden der Bedarf und die eingereichten Konzepte berücksichtigt.

Eckwerte für die qualitativen Anforderungen sind u. a. die Strukturqualitätskriterien für mobile Palliativdienste gemäss den «Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz».

Vernetzung

Grundsätze zur Vernetzung von Leistungserbringern

Eine gut funktionierende Vernetzung zwischen Leistungserbringern bzw. Leistungsangeboten ist für eine bedarfsgerechte Palliativversorgung, die eine kontinuierliche, den Bedürfnissen der Betroffenen und deren Angehörigen angepasste Behandlung, Pflege, Betreuung und Begleitung ins Zentrum stellt, unerlässlich.

In der palliativen Versorgung ist in einem ersten Schritt eine Vernetzung von Leistungserbringern im Sinne einer Koordination anzustreben.

Eine integrierte palliative Versorgung wird langfristig anvisiert. Als eine der Strategien für die kantonale Gesundheitsversorgung hat die GEF die Stärkung der integrierten Versorgung für besonders vulnerable d. h. bedürftige Gruppen – wozu die Palliativpatientinnen und -patienten gehören – definiert. Menschen in palliativen Situationen wechseln besonders häufig zwischen den Leistungserbringern hin und her und sind aufgrund ihres

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

Gesundheitszustandes besonders vulnerabel. Bei dieser Gruppe von Patientinnen und Patienten ist eine Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern und eine integrierte Versorgung besonders wichtig.

Die Leistungserbringer sollen sich gemäss den regionalen strukturellen und organisatorischen Voraussetzungen interinstitutionell, interdisziplinär und interprofessionell untereinander vernetzen. Vorhandene Angebote sollen genutzt und weiterentwickelt werden. Palliative-Care-Netzwerke sind so aufzubauen und zu gestalten, dass durch Steuerung und Koordination der Versorgungsabläufe eine vorausschauende Planung der Leistungen und eine integrierte, umfassende Behandlung, Pflege, Betreuung und Begleitung von Menschen in Palliativsituationen und deren Angehörigen gewährleistet werden kann.

Es wird erwartet, dass sich die Leistungserbringer der Grundversorgung auf die Indikationskriterien für spezialisierte Palliative Care von BAG und GDK stützen und im Bedarfsfall spezialisierte Leistungserbringer beiziehen oder zusammen mit den Betroffenen und in einem interdisziplinären Entscheidungsprozess eine Verlegung in eine in Palliative Care spezialisierte Institution planen.⁵⁷

Förderung von Pilotprojekten zur Vernetzung

Die GEF fördert nach Antrag, unter Berücksichtigung der finanziellen Möglichkeiten, Vernetzungsprojekte, die Pilotcharakter haben (vgl. Handlungsfeld Finanzierung). Pilotprojekte sollen so angelegt sein, dass sie von anderen Leistungserbringern zur Vernetzung übernommen werden können.

Förderung der Vernetzung verschiedener Fachdisziplinen

Die GEF fördert im Rahmen der kantonalen Strategie zur integrierten Versorgung die Zusammenarbeit unter Netzwerken verschiedener Fachdisziplinen im Kanton Bern und schliesst die Querschnittsdisziplin Palliative Care mit ein. Dadurch will die GEF vermeiden, dass sich unabhängig voneinander funktionierende Parallelsysteme der Vernetzung entwickeln.

Handlungsfeld Finanzierung

Die GEF setzt sich auf nationaler Ebene für eine angemessene Finanzierung und Abgeltung von Palliative-Care-Leistungen im Rahmen der Regelfinanzierung ein. Entsprechend den Zielsetzungen zur integrierten Versorgung wirkt die GEF an der nationalen Entwicklung von geeigneten Tarifsystemen mit. Patientinnen und Patienten in palliativen Situationen beanspruchen in der Regel viele Leistungen und gelten als Hochkostenfälle. Eine integrierte Versorgung erhöht die Qualität und die kosteneffiziente Leistungserbringung.

Die in der Grundversorgung und spezialisierten Versorgung erbrachten Palliative-Care-Leistungen sollen über die Regelfinanzierung abgegolten werden können. Eine subsidiäre kantonale Zusatzfinanzierung hängt einerseits von der Entwicklung der Finanzierung auf der nationalen Ebene und andererseits von den finanziellen Möglichkeiten des Kantons Bern ab. Zusätzliche kantonale Finanzierungsleistungen für die palliative Grundversorgung sind derzeit nicht vorgesehen. Eine Zusatzfinanzierung von spezialisierten Palliative-Care-Leistungen, bei denen aufgrund ungenügender Tarife eine Unterfinanzierung besteht, ist nur im Ausnahmefall vorgesehen.

Eine Anstossfinanzierung für den Aufbau von mobilen Palliativdiensten sowie Pilotprojekte zur Vernetzung von Leistungserbringern ist auf Antrag möglich. In diesen Bereichen besteht besonderer Entwicklungsbedarf. Die GEF geht davon aus, dass mit einer genügenden Abdeckung mit spezialisierten Leistungserbringern im ambulanten Bereich und einer gut funktionierenden Vernetzung Spitaleintritte vermieden werden können.

⁵⁷ BAG und GDK (2011): Indikationskriterien für spezialisierte Palliative Care.

Sonstige kantonale Massnahmen

Die finanzielle Unterstützung von Entlastungsangeboten für Angehörige, der Freiwilligenarbeit und von Selbsthilfeorganisationen soll nach Möglichkeit weitergeführt werden.

Die Datengrundlage zur Palliative Care soll verbessert werden. Insbesondere die angewandte Forschung sowie der Wissenstransfer sollen im Rahmen der finanziellen Möglichkeiten unterstützt werden. So kann die GEF dort, wo sie sich am Aufbau palliativer Strukturen beteiligt, Evaluationen zur Wirksamkeit der Angebote vornehmen und Begleitevaluationen finanziell mittragen.

8.

Umsetzung des Konzepts für die palliative Versorgung im Kanton Bern

Die im vorliegenden Konzept vorgesehenen Rahmenbedingungen und Steuerungsmechanismen für die palliative Versorgung werden in die Prozesse und Instrumente zur Steuerung der Gesundheitsversorgung implementiert, insbesondere die Erteilung von Betriebsbewilligungen, den Abschluss von Leistungsverträgen, den Spitalisten-Prozess zur Vergabe von Leistungsaufträgen und das Controlling der Leistungserbringer.

Die vorgesehenen Massnahmen zur Förderung der Palliativversorgung werden mit anderen Massnahmen zur Entwicklung der Gesundheitsversorgung abgestimmt. Dies betrifft vor allem Fragen der vernetzten oder integrierten Versorgung.

Bei der Umsetzung der Massnahmen berücksichtigt die GEF die Entwicklung der «Nationalen Strategie Palliative Care». Die GEF wirkt an den nationalen Anstrengungen zur Förderung der Palliative Care mit und beteiligt sich an parallelen Entwicklungen auf nationaler Ebene, die Palliative Care als Versorgungsansatz einschliessen, u. a. an der Nationalen Demenzstrategie.⁵⁸

⁵⁸ BAG (2013): Nationale Demenzstrategie 2014–2017. Auf: <http://www.bag.admin.ch> (20.12.2013).

In einem nächsten Schritt soll die kantonale Palliativstrategie erweitert werden. Es wird geprüft werden, welche Massnahmen zur palliativen Versorgung in Versorgungsbereichen, die nicht Schwerpunkt des vorliegenden Konzepts bilden, erforderlich sind, so im Bereich der Betreuung von Menschen mit Behinderung in Institutionen, im Bereich der stationären und ambulanten Versorgung von Menschen mit einer psychiatrischen Erkrankung und im Bereich der Sozialhilfe für die stationäre und ambulante Versorgung von Menschen mit Suchterkrankungen.

Es sollen Entwicklungen und Forschungsprojekte in verschiedenen Versorgungsbereichen verfolgt werden. Falls erforderlich, wird die GEF zu einem späteren Zeitpunkt den Bedarf von spezifischen Zielgruppen evaluieren, damit zielgruppenspezifische Massnahmen definiert werden können.

Allfällig künftig ergriffene Massnahmen sollen schrittweise und angepasst an weitere kantonale Planungen zur Versorgung angegangen werden.

- Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2013): **Nationale Demenzstrategie 2014–2017**. Auf: <http://www.bag.admin.ch> (20.12.2013).
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2013): **Strategie Palliative Care. Grundlagen. Demografische Entwicklung**. Auf: <http://www.bag.admin.ch> (20.12.2013).
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (2009): **Nationale Strategie Palliative Care 2010–2012**.
- 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 (GDK) (2011): **Indikationskriterien für spezialisierte Palliative Care**.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (2012): **Nationale Strategie Palliative Care 2013–2015**.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG), palliative.ch und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (2012): **Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz**.
- Bundesamt für Statistik (BFS) (2012): **Inventar der Datensituation über Palliative Care**.
- Bundesamt für Statistik (BFS) (2013): **BFS Aktuell. Todesursachenstatistik. Sterblichkeit und deren Hauptursachen in der Schweiz**.
- Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Krankenversicherungsgesetz, KVG; SR 832.10).
- European Association for Palliative Care (EAPC) (2010): **White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe. Part 2. Recommendations from the European Association for Palliative Care**. In: European Journal of Palliative Care, 17(1).
- Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF) (2004): **Alterspolitik im Kanton Bern**. Bericht vom Dezember 2004.
- Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF) (2007): **Versorgungsplanung 2007–2010 gemäss Spitalversorgungsgesetz. Somatische Akutversorgung, Rehabilitation, Psychiatrie, Rettungswesen, Pflege- und Betreuungsberufe**.
- Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF) (2007): **Zwischenbericht 2007 zur Alterspolitik im Kanton Bern**.
- Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF) (2011): **Bericht zur Alterspolitik im Kanton Bern**.
- Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF) (2011): **Versorgungsplanung 2011–2014 gemäss Spitalversorgungsgesetz. Somatische Akutversorgung, Rehabilitation, Psychiatrie, Rettungswesen, Gesundheitsberufe**.
- Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF) (2013): **Allgemeine Vertragsbestimmungen zum Leistungsvertrag 2013 betreffend Leistungen der Hilfe und Pflege zu Hause**.
- Grosser Rat. Motion Lemann (280/2008): **Menschliches Sterben in Berns Spitälern**.
- Grosser Rat. Motion Lemann (052/2009): **Lehrstuhl für Palliative Medizin an der Universität Bern**.
- Grosser Rat. Motion Löffel (048/2006): **Palliative Care in die Rahmenleistungsverträge aufnehmen**.
- Grosser Rat. Motion Rérat, Schnegg (175/2004): **Palliative Care im Berner Jura**.
- Palliative.ch (Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung). **Ausbildungsniveaus in Palliative Care**. Auf: <http://www.palliative.ch> (20.12.2013).
- Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2012): **Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung**.
- Spitalversorgungsgesetz vom 13. Juni 2013 (SpVG; BSG 812.11).
- Statistikkonferenz des Kantons Bern (2012): **Regionalisierte Bevölkerungsprojektionen für den Kanton Bern bis zum Jahr 2035**.
- Verordnung des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV; 832.112.31).

Impressum

Herausgeberin

Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF)

Redaktion

Micheline Huguelet Cuixeres

Erika Messerli

Agnes Nienhaus

Anja Tschannen

Mitarbeit

Katharina Frischknecht

Manfred Neuhaus

Gestaltung und Layout

Verena Berger, Köniz

Atelier Bläuer, Bern