

# PALLIATIVE CARE IN DER STATIONÄREN LANGZEITPFLEGE

POSITIONSPAPIER CURAVIVA SCHWEIZ ZUR UMSETZUNG DER NATIONALEN  
STRATEGIE PALLIATIVE CARE



# EINLEITUNG

Der Verband CURAVIVA Schweiz umfasst die drei Bereiche

- Menschen im Alter (zirka 1600 Alters- und Pflegeheime mit rund 80 000 Bewohnerinnen und Bewohnern),
- Erwachsene Menschen mit Behinderung (360 Heime mit rund 10 000 Plätzen) und
- Kinder und Jugendliche mit besonderen Bedürfnissen (280 Heime mit rund 7000 Plätzen).

CURAVIVA Schweiz setzt sich in der Sozial- und Gesundheitspolitik für lebensfreundliche und würdevolle Rahmenbedingungen für die Heime und ihre Bewohnenden ein. Im Rahmen der Nationalen Strategie Palliative Care engagiert sich CURAVIVA Schweiz für eine flächendeckende, kompetente Grundversorgung in der stationären Langzeitpflege. Dazu gehören sowohl die Alters- und Pflegeinstitutionen wie auch die Institutionen, in denen Menschen mit einer körperlichen, geistigen oder einer Mehrfachbehinderung leben. Kinder und Jugendliche, die der Palliative Care bedürfen, werden in der Regel von spezialisierten Diensten betreut. Sie werden in diesem Papier nicht explizit berücksichtigt.

Das vorliegende Positionspapier bezweckt, die spezifischen Ausprägungen von Palliative Care in der stationären Langzeitpflege aufzuzeigen. Daraus werden Anliegen und Forderungen zu den Rahmenbedingungen und zur Implementierung von Palliative Care in den Heimen und Institutionen abgeleitet. Das Positionspapier orientiert sich an den Nationalen Leitlinien Palliative Care<sup>1</sup>, wie sie am 21. Oktober 2010 vom Dialog Nationale Gesundheitspolitik (BAG und GDK) verabschiedet wurden. Der Ausbau und die Förderung der Grundversorgung stellen im Rahmen der Nationalen Strategie Palliative Care ein wichtiges Anliegen dar. Sowohl hinsichtlich der fachlichen Kompetenzen wie der finanziellen Abgeltung der erbrachten Leistungen besteht hier grosser Handlungsbedarf.

<sup>1</sup> Bezugsquelle. BBL, Vertrieb Bundespublikationen, CH-3003 Bern; [www.bundespublikationen.admin.ch](http://www.bundespublikationen.admin.ch), Bestellnummer: 316.716.d

# STERBEN FINDET IN DEN HEIMEN STATT

In den letzten Jahrzehnten verschob sich in der Schweiz die Zahl der Todesfälle zunehmend von zu Hause in die Spitäler und Heime, wie Statistiken für alle Altersgruppen aufzeigen<sup>1</sup>. 1969 starben 38 % der Menschen daheim, 2001 waren es noch 23 %. Im gleichen Zeitraum nahm die Zahl der Männer und Frauen, die am Ende ihres Lebens in einem Alters- oder Pflegeheim zu Hause waren, von 6 auf 34 % zu. 1969 registrierten die Spitäler 56 % der Todesfälle, 12 Jahre später 37 %. Diese Entwicklung dürfte sich mit der flächendeckenden Einführung des Abrechnungssystems über einheitliche diagnoseabhängige Fallpauschalen (DRG) ab 2012 weiter verstärken.

Werden die Todesfälle älterer Menschen gesondert betrachtet, zeigt sich die Entwicklung noch ausgeprägter. Gemäss aktuellen Meldungen des Bundesamtes für Statistik<sup>2</sup> starben im Jahr 2007 lediglich 15 % der über 75-Jährigen und lediglich 5 % der über 90-Jährigen zu Hause. Entsprechend sind es 51 % der 75-Jährigen und 75 % der über 90-Jährigen, die ihre letzte Lebensphase im Heim verbringen und in der Regel auch hier sterben. Im Spital waren es 20 % der über 90-Jährigen.

Verschiedene Gründe führen zu dieser Situation. Zivilisatorische Errungenschaften und medizinische Möglichkeiten verlängern die durchschnittliche Lebensdauer. Immer mehr Menschen sterben nicht mehr überraschend in verschiedenen Lebensphasen, sondern im hohen Alter, wie auch die Nationale Strategie Palliative Care festhält<sup>3</sup>. Oft sind hochaltrige Menschen am Lebensende in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt und leiden an gesundheitlichen Schwächen und Störungen (Multimorbidität). Dies macht sie fragil und über längere Zeit zunehmend pflegebedürftig.

Diese intensive Pflege und Betreuung überschreitet oftmals die Möglichkeiten der ambulanten Dienste (Spitex). Zudem führen vor allem gesellschaftliche Entwicklungen und demografische Veränderungen wie die berufliche Tätigkeit von Frau und Mann, Klein- und Patchworkfamilien, Singlehaushalte, aber auch die höhere berufliche Mobilität dazu, dass das familiäre und nachbarschaftliche Unterstützungsnetzwerk oftmals nicht mehr vorhanden ist. Die Situation verschärft sich, wenn der ältere Mensch allein lebt. So können viele **ältere Menschen** in ihrer letzten Lebensphase<sup>4</sup> nicht mehr zu Hause gepflegt werden. Sie benötigen eine kontinuierliche, qualitativ hochstehende Pflege und ein soziales Milieu, wie sie die Alters- und Pflegeheime gewährleisten.

Eine ähnliche Entwicklung zeichnet sich bei den **Menschen mit Behinderung** ab. Auch sie erreichen dank guter Lebensverhältnisse und medizinischem Fortschritt in der Regel ein hohes Lebensalter, und auch sie sind vor schweren chronischen und unheilbaren Krankheiten am Lebensende nicht gefeit. Immer mehr Behinderteninstitutionen haben darum in ihr Betreuungsteam Pflegefachkräfte integriert und/oder spezifische Pflegeabteilungen eingerichtet. Sie sorgen dafür, dass Menschen mit Behinderung in ihrer angestammten Umgebung bleiben können, auch wenn sie pflegebedürftig werden.

Trotz stetem Ausbau und einer allgemeinen Favorisierung der ambulanten Versorgung sind viele ältere und behinderte Menschen also auf die stationäre Langzeitversorgung angewiesen. Die demografische Entwicklung wird den Bedarf weiter erhöhen. Das Bundesamt für Statistik geht davon aus, dass die Zahl der Todesfälle pro Jahr von gegenwärtig 60 000 bis im Jahr 2050 auf 90 000 ansteigen<sup>5</sup> wird.

<sup>1</sup> Vgl. dazu Fischer, Susanne/Bosshard, Georg/Zellweger, Ueli/Faisst, Karin: Der Sterbeort: «Wo sterben die Menschen heute in der Schweiz?» in: Z Gerontol Geriat 37 (2004) 467–474

<sup>2</sup> Gemäss Medienmitteilung BFS Nr. 0350-0910-10 vom 17. September 2009

<sup>3</sup> Nationale Strategie Palliative Care 2010–2012/Kurzversion, S. 3; vgl. dazu auch den Bericht des Bundesamts für Statistik BFS: Die Zukunft der Langlebigkeit in der Schweiz, Neuchâtel, 2009

<sup>4</sup> Das BAG definiert die «letzte Lebensphase» als einen Zeitraum von bis zu zwei Jahren vor dem Tod; vgl. Nationale Strategie Palliative Care 2010–2012/Kurzversion, S. 3

<sup>5</sup> Zitiert nach Nationale Strategie Palliative Care 2010–2012/Kurzversion, S. 3

# PALLIATIVE CARE IM KONTEXT LANGZEITPFLEGE

Palliative Care, die ganzheitliche Betreuung und Begleitung der einzelnen Bewohnenden sowie ihrer Angehörigen und vertrauten Bezugspersonen am Lebensende, gewinnt also in den Alters-, Pflege- und Behindertenheimen in zunehmendem Masse an Bedeutung. Gleichzeitig ist festzuhalten, dass in den Heimen neben der palliativen Versorgung elementare Aufgaben in der geriatrischen und sozialpädagogischen Versorgung weiterhin sehr grossen Raum einnehmen. Dazu gehören beispielsweise Rehabilitation, Demenzbetreuung, Lebensweltgestaltung und Unterstützung in der Alltagsbewältigung.

Palliative Care kommt in der stationären Langzeitpflege immer dann zum Zuge, wenn bei chronisch fortschreitenden Krankheiten ausschliesslich Linderung Ziel der unterstützenden Massnahmen ist. Ganz speziell wird Palliative Care eingesetzt, wenn das Lebensende absehbar ist. Das Ausschöpfen der palliativen Möglichkeiten soll dabei in erster Linie gewährleisten, dass die Menschen im Heim behandelt und betreut werden können, sodass keine Verlegung in ein Spital notwendig wird.

Für die palliative Behandlung und Betreuung der Menschen im Heim stellen sich gegenwärtig einige zusätzliche, spezifische Herausforderungen:

## PLURALITÄT VON PFLEGESITUATIONEN

In den Langzeitinstitutionen leben heute Menschen mit ganz unterschiedlichen «Krankheitsbildern» und körperlichen, psychischen und geistigen Einschränkungen. Dazu gehören Betagte mit schweren und/oder chronischen fortschreitenden Krankheiten ohne Aussicht auf Heilung, jüngere schwerkranke Menschen mit Krebsleiden oder neurologischen Krankheiten, demenzkranke Menschen, Menschen mit psychischen Störungen und/oder psychiatrischen Krankheitsbildern, Menschen mit einer körperlichen und/oder geistigen Behinderung. Sie alle haben je einen spezifischen Behandlungs- und Betreuungsbedarf<sup>1</sup> und benötigen eine auf ihre Situation zugeschnittene Palliative Care.

## HOHE, INDIVIDUELLE LEBENSQUALITÄT AM LEBENSENDE

Alle diese Menschen sollen durch eine qualitativ hochstehende palliative Pflege und Betreuung in der letzten Lebensphase in körperlicher, psychosozialer, kultureller und spiritueller Hinsicht eine hohe Lebensqualität erfahren dürfen. Dazu gehören vor allem das Ernstnehmen der psychischen, sozialen, kulturellen und spirituellen Bedürfnisse und die Gestaltung eines Umfeldes, das den Menschen am Lebensende individuell entspricht. Menschen sollen auch im Kontext der Langzeitpflege Rahmenbedingungen erleben, die ein Sterben in Würde ermöglichen.

Wichtig ist zudem der Einbezug der Angehörigen und vertrauten Bezugspersonen, die für die im Heim lebende Person von Bedeutung sind. Sie sollen uneingeschränkt begleitend da sein können, besonders auch in der Sterbephase. Auch sie benötigen gleichzeitig selbst frühzeitige Aufmerksamkeit, Beratung und Begleitung, sofern sie diese wünschen.

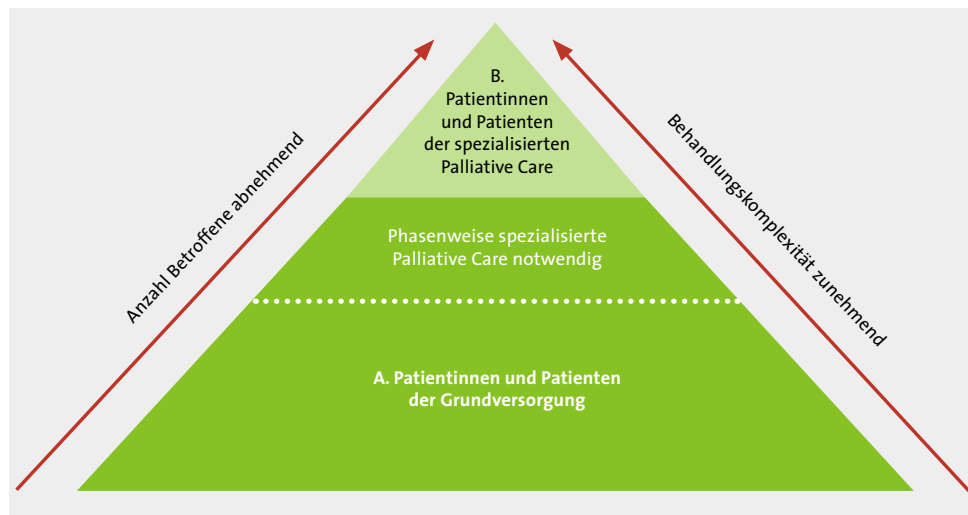
## KURZE AUFENTHALTSDAUER

Je länger, desto mehr treten ältere Menschen erst bei einer sehr hohen Pflegebedürftigkeit oder nach einem Spitalaufenthalt in eine Altersinstitution ein. Ihre Lebensdauer im Heim ist dann sehr kurz; sie dauert oft nur einige Wochen bis Monate. Die Pflegenden müssen dann rasch und mit erhöhtem Aufwand die aktuelle Lebenssituation der Bewohnerinnen und Bewohner mit ihren individuellen Gepflogenheiten und Bedürfnissen kennen lernen. Durch die kurze Aufenthaltsdauer erhöht sich zudem die Zahl der Todesfälle pro Jahr. Das bedeutet, dass die Pflegenden innerhalb kurzer Zeit mit vielen Sterbesituationen konfrontiert sind. Auch wenn in der Begleitung sterbender Menschen ein professioneller Umgang vorausgesetzt werden kann, ist die Begleitung von Menschen in der terminalen Phase doch mit einer erhöhten Belastung verbunden. Die Institutionen und ihre Leitungspersonen haben also darauf zu achten, dass die Pflegepersonen nicht überfordert werden und/oder psychisch ausbrennen.

<sup>1</sup> Gemäss den Nationalen Leitlinien Palliative Care S. 4 wird auch hier unter «Behandlung» die medizinische und pflegerische Versorgung eines kranken Menschen verstanden; der Begriff «Betreuung» umfasst die psychologische, soziale oder spirituelle Versorgung

## DER RAHMEN DER NATIONALEN STRATEGIE PALLIATIVE CARE

Die palliative Versorgung in der Langzeitpflege, wie sie CURAVIVA Schweiz wahrnehmen will, orientiert sich an den Nationalen Leitlinien Palliative Care. Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten, die in der Langzeitpflege betreut werden, gehören gemäss diesem Grundlagenpapier der Nationalen Strategie Palliative Care zur Patientengruppe A. Die für sie aufgewendeten Leistungen sind der Grundversorgung zuzurechnen. Quantitativ macht Gruppe A den grössten Teil der Menschen aus, die auf Palliative Care angewiesen sind. Die Komplexität ihrer Behandlung und Betreuung bleibt in der Regel stabil. Das bedeutet aber nicht, dass sie weniger pflege- und zeitintensiv ist.



Aus: Nationale Leitlinien Palliative Care, S.15, BAG, Bern 2010

Einzelne Patientinnen und Patienten der Gruppe A benötigen vorübergehend zusätzliche spezifische Leistungen der spezialisierten Palliative Care bei schubweisem Krankheitsverlauf, einer Verstärkung der Symptomatik sowie längeren Phasen der Instabilität.

Der Übergang zwischen den Patientengruppen A und B ist also fließend. Das bedeutet: Eine Patientin, ein Patient der Patientengruppe A kann zwar im Rahmen der Grundversorgung palliativ behandelt und betreut werden. Dazu benötigen die Pflegenden im Heim palliative Basiskompetenzen. In instabilen Phasen oder bei erhöhter Komplexität im Krankheitsverlauf ist punktuell der Beizug von spezialisierter Palliative Care notwendig. Infrage kommt entweder eine Überweisung des Patienten, der Patientin in eine spezialisierte Palliative-Care-Einheit oder der Beizug eines mobilen Palliative-Care-Teams zur Unterstützung des regulären Pflege- und Betreuungsteams. Für die Inanspruchnahme von spezialisierten Palliative-Care-Leistungen sind Indikationskriterien nötig. Diese werden im Rahmen der Teilprojekte zur Umsetzung der Nationalen Strategie erarbeitet.

Da bei älteren und behinderten Menschen im Heim eine Verlegung in eine andere Institution möglichst zu vermeiden ist, sind Heime in diesen Situationen vor allem auf punktuelle und/oder konsiliarische Unterstützung bei spezialisierter Palliative Care in der Pflegeinstitution selbst angewiesen. Gleichzeitig befähigt diese Unterstützung die Pflegenden, komplexere palliative Massnahmen selbstständig und auf Dauer zu übernehmen.

# PALLIATIVE LEISTUNGEN IN DER STATIONÄREN LANGZEITPFLEGE

Im Folgenden werden die palliativen Grundleistungen der stationären Langzeitpflege im Einzelnen näher beschrieben. Sie orientieren sich an der Definition von Palliative Care, wie sie in der ersten Nationalen Leitlinie zu finden ist<sup>1</sup>:

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

Diese Zielsetzung von Palliative Care deckt sich über weite Strecken mit den generellen Zielsetzungen der Langzeitpflege. Die Abgrenzung ist deshalb nicht einfach. Palliative Care in der Langzeitpflege nimmt die nachfolgend genannten Anliegen bewusster und expliziter auf. Sie wendet neues Fachwissen, zum Beispiel zur Linderung von Krankheitssymptomen, gezielter an. Andere Forderungen wie Multiprofessionalität, Einbezug der Angehörigen und Gestaltung der Entscheidungsfindungssituationen erhalten erhöhte Dringlichkeit und Selbstverständlichkeit. In der Begleitung in der Auseinandersetzung mit Tod und Endlichkeit und der Gestaltung einer strukturierten Abschiedskultur werden neue Schwerpunkte gesetzt.

Alle diese Intensivierungen, die Bewältigung von Krisensituationen und die Begleitung in der terminalen Phase erfordern neben teilweise neuem fachlichem Know-how in erster Linie mehr Zeit.

Der Ansatz von Palliative Care nach der allgemeinen Definition erfährt in seiner Anwendung in der stationären Langzeitpflege folgende **Konkretisierungen**:

## SYMPTOMBEHANDLUNG

Die Gesundheitssituation älterer und behinderter Menschen am Lebensende ist oft instabil und unberechenbar (Multimorbidität). Immer wieder können Krisensituationen auftreten, die erhöhte Pflege- und Betreuungsleistungen verlangen. Abklärungen und Neueinschätzungen der Situation sind oftmals in kurzen Abständen nötig. Der Pflegebedarf in der Grundpflege (Probleme mit den Ausscheidungen, Kraftlosigkeit, Infektionen, Spasmen) und zur Linderung von chronischen Schmerzen und andern schweren Symptomen wie Kachexie, Dyspnoe, Hyperästhesie, Fatigue usw. ist besonders in der terminalen Phase erhöht.

## AUSEINANDERSETZUNG MIT TOD UND ENDLICHKEIT

Am Lebensende setzen sich Menschen oftmals intensiver mit ihrer Endlichkeit auseinander. Sie ziehen Bilanz über gelungene wie auch weniger gelungene Momente im Leben. Dabei können (nochmals) ungelöste Lebensprobleme, die Erinnerung an Schicksalsschläge und erlittenes Leid belastende spirituelle Fragen nach Gerechtigkeit und Sinn auslösen. Ein Gegenüber lässt die Sterbenden erleben, dass sie wahrgenommen werden und angenommen sind. Pflegende sind oftmals die ersten und wichtigsten Gesprächspartnerinnen und -partner. Liegt ein intensives, psychisches, soziales und/oder spirituelles Leiden vor, ziehen sie Fachpersonen bei (Seelsorge, Psychologie).

Ein Sterben in Würde im Heim setzt zudem längere Gespräche zu den Wünschen und Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner in der letzten Lebensphase und beim Sterben voraus. Die individuellen Vorstellungen von einem «guten Sterben» müssen erfasst werden, damit sie zum entsprechenden Zeitpunkt umgesetzt werden können.

## ERSCHWERTE KOMMUNIKATION BEWÄLTIGEN

Basis einer professionellen Palliative Care ist eine offene, adäquate und einfühlsame Kommunikation. Dazu gehört eine verständliche, redundante und auf die reduzierten Kräfte der kranken Person Rücksicht nehmende Information. Bei älteren Menschen kommen zusätzlich oftmals Hör- und Spracheinschränkungen dazu, bei psychisch und geistig behinderten Menschen andere schwerwiegende Einschränkungen. Auf diese Einschränkungen ist Rücksicht zu nehmen, wenn die Gesundheitssituation und die entsprechenden möglichen Massnahmen besprochen werden. Diese aufmerksame Kommunikation ist elementar, wenn für die Menschen in der letzten Lebensphase eine bestmögliche Lebensqualität erreicht werden soll.

<sup>1</sup> Nationale Leitlinien Palliative Care, S. 8

### **MULTIPROFESSIONELLE ZUSAMMENARBEIT**

Ein wesentlicher Grundsatz von Palliative Care besteht in der multiprofessionellen Zusammenarbeit und der Weiterbildung. In der stationären Langzeitpflege ist in erster Linie eine kontinuierliche, enge Zusammenarbeit zwischen der Pflege und der medizinischen Versorgung zentral. In zweiter Linie ist der punktuelle Zuzug von und die Absprache mit der Seelsorge, einer Fachperson für die soziale Betreuung und therapeutischen Fachpersonen angezeigt. Für eine palliative Kultur ist aber auch der Einbezug des gesamten übrigen Personals in eine Gesamtverantwortung wichtig. Mitarbeitende der Küche, des Hausdienstes und der Administration sind oft bedeutsame Kontaktpersonen für die pflegebedürftigen Menschen.

Die in der Regel sehr grosse Anzahl von Haus- und Belegärzten in ein und derselben Institution stellt eine nicht unbedeutende Herausforderung für die optimale Zusammenarbeit dar. Der organisatorische Aufwand für die Sicherstellung der Erreichbarkeit, für Einzelbesprechungen, für gemeinsame, multiprofessionelle Visiten ist oft sehr gross. Zudem haben die verschiedenen Ärztinnen und Ärzte oft ganz unterschiedliche Haltungen, Auffassungen und Verordnungsprinzipien, was den Aufbau einer kontinuierlichen und abgesicherten Pflegekultur im Heim zusätzlich erschwert.

### **UNTERSTÜTZUNG IN SCHWIERIGEN ENTSCHEIDUNGSFINDUNGSSITUATIONEN**

Entscheidungen zu lebenserhaltenden medizinischen Massnahmen folgen dem in Medizin und Pflege geltenden Grundsatz des «informed consent». Dazu sind in der Regel zwei Schritte nötig. Zuerst werden im multiprofessionellen Team mögliche Lösungen zur aktuellen Situation des Patienten gesucht. Diese medizinischen und pflegerischen Massnahmen werden dann mit der betroffenen Person besprochen. Falls diese Person nicht urteilsfähig ist, wird gemäss neuem Erwachsenenschutzrecht die stellvertretende Person in medizinischen Angelegenheiten beigezogen. Solche multiprofessionelle Runde-Tisch- oder Standortgespräche unter Einbezug der oder des Betroffenen, einer stellvertretenden Person und/oder der Angehörigen sind personal- und zeitintensiv. Zudem müssen die einzelnen Wünsche, Aussagen, Entscheidungen der Bewohnerinnen und Bewohner immer wieder neu erfragt werden, weil sie je nach Krankheitsverlauf kurzfristig ändern können. Eine zusätzliche Herausforderung besteht, wenn die Person selbst ihren Willen nicht (mehr) kundtun kann, sodass zur Eruiierung des mutmasslichen Willens die eventuell vorhandene Patientenverfügung zurate zu ziehen ist und/oder im Betreuungsumfeld früher gemachte Äusserungen zusammengetragen werden müssen.

### **KONTAKT ZU DEN ANGEHÖRIGEN**

Die Beziehung zwischen den Bewohnerinnen und Bewohnern und ihren Angehörigen bekommt am Lebensende eine zugespitzte, zentrale Bedeutung. Angehörige möchten ihr Familienmitglied oft auch im Heim begleiten. Die Pflegenden erhalten dadurch die zu-

sätzliche Aufgabe, die Angehörigen in den Pflege- und Betreuungsablauf einzubeziehen, sie bei einfachen Pflegehandlungen zu instruieren und sie zu unterstützen. In dieser letzten Lebensphase tauchen aber oft auch Beziehungsthemen, finanzielle Fragen, ungelöste Familienkonflikte, die Regelung von «letzten Dingen» auf. Aufgabe der Pflegenden ist es dann, ein offenes Ohr für psychosoziales Leiden zu haben und bei Bedarf ein Klärungsgespräch zu leiten und/oder eine geeignete Fachperson einzuschalten.

Die letzte Lebensphase eines Familienmitglieds bedeutet für die Angehörigen, die selbst oft hochbetagt sind, aber häufig ebenfalls einen schmerzhaften Prozess des Abschiednehmens. In diesem Prozess der Trauer bedürfen die Angehörigen selbst der Unterstützung und der Anteilnahme. Diese Aufgabe gehört qua Definition ebenfalls zum Grundverständnis von Palliative Care.

### **EINBEZUG VON FREIWILLIGEN**

Zur Unterstützung sowohl der Pflegenden wie der Angehörigen – vor allem für Besuche und Sitzwachen – leisten oft Freiwillige einen wichtigen Beitrag zu einer kontinuierlichen Begleitung. Sie entlasten Pflegende vor allem in der Nacht, in der die pflegerische Präsenz in der Regel stark reduziert ist. Mit dem Einsatz von Freiwilligen sind aber zusätzliche Aufgaben und Leistungen verbunden, die von der Institution wahrzunehmen sind. Freiwillige müssen sorgfältig rekrutiert, vorbereitet und weitergebildet sowie in ihrem Einsatz begleitet werden.

### **ABSCHIEDSKULTUR**

Zu einem Sterben in Würde gehört eine institutionseigene Abschiedskultur, die auf die individuellen Wünsche der Bewohnerinnen und Bewohner Rücksicht nimmt. Dazu gehören: ein würdiger Umgang mit den Verstorbenen (Einkleidung des Verstorbenen, Aufbahrung), vor allem aber die Schaffung von geeigneten Formen des Abschieds (Information, Rituale, Abschiedsfeier) für Angehörige, Mitbewohnende und Mitarbeitende der Institution. Solche ritualisierten Formen, aber auch Fall- und/oder Evaluationsgespräche im Rückblick auf die Begleitung einer Person am Lebensende tragen zudem dazu bei, ein potenzielles «Ausbrennen» von Pflegenden zu verhindern.

### **ZUSAMMENARBEIT IM RAHMEN DES PALLIATIVEN VERSORGUNGSNETZES**

Eine optimale palliative Versorgung gelingt nur, wenn die verschiedenen Akteure der Versorgungsregion in einem steten Kontakt und in einem regelmässigen Austausch stehen. Die Institutionen der stationären Langzeitpflege sind auf die Zusammenarbeit mit der ambulanten Spitex, mit spezialisierten palliativen Versorgungseinheiten, mit Fachpersonen verschiedener Disziplinen angewiesen. Die Pflege dieses formellen und informellen Versorgungsnetzes bietet eine wichtige Basis für die konkreten Entscheide und Massnahmen, die zum Wohle der Bewohnerinnen und Bewohner und der vertrauten Bezugspersonen getroffen werden.



# FINANZIELLE ABGELTUNGEN

Alle diese aufgeführten Leistungen von Palliative Care in den Langzeitinstitutionen sind entsprechend dem faktischen, zeitlichen Aufwand abzugelten. Die Abgeltung dieser Leistungen hat sich an den Prinzipien der in der Schweiz gültigen Aufteilung zur Finanzierung der Gesundheitskosten zu orientieren.

Als Orientierungspunkt in der Finanzierung von Palliative Care bietet sich die in den Nationalen Leitlinien dargestellte Unterscheidung der Patientengruppe A (Grundversorgung) und der Patientengruppe B (spezialisierte Versorgung) an. Entsprechend dieser Aufteilung ergeben sich **folgende Finanzierungsprinzipien:**

## GRUNDVERSORGUNG

Die Grundversorgung von Palliative Care ist im Rahmen der neuen Pflegefinanzierung zu gestalten. Zur Anwendung kommt die Grundaufteilung der anfallenden Kosten auf die drei Bereiche Pflege, Betreuung und Kost/Logis. Die Leistungen für den Pflegeaufwand sind entsprechend der politisch gefundenen Lösung auf die Versicherer, die Bewohnenden und die öffentliche Hand (Restfinanzierung) aufzuteilen.

Die Pflegeleistungen der Grundversorgung sind im Artikel 7 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) umschrieben. Verschiedene Leistungen einer umfassenden Palliative Care, wie sie die Nationalen Leitlinien Palliative Care einfordern und wie sie für die stationäre Versorgung in diesem Papier konkretisiert wurden, sind darin bis jetzt ungenügend abgebildet. Zudem werden in der höchsten Pflegestufe 12 höchstens 220 Minuten pro Tag finanziert. Zusätzliche Pflegeleistungen gehen zulasten der Restfinanzierung und werden von den Kantonen auf verschiedene Weise limitiert.

Das Parlament hat im Beschluss zum Inkrafttreten der neuen Pflegefinanzierung per 1. Januar 2011 festgelegt, dass zu einem späteren Zeitpunkt zu überprüfen sei, ob «die Bedürfnisse von pflegebedürftigen Personen, die Palliativpflege oder Pflege bei demenziellen Krankheiten benötigen, angemessen berücksichtigt und gegebenenfalls Anpassungen notwendig sind». Dies hält der Kommentar<sup>1</sup> zur Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) vom 10. Juni 2009 fest. Diese Lücke ist jetzt in der Phase der Um-

setzung der Nationalen Strategie Palliative Care zu diskutieren, und es ist zu entscheiden, wer im Rahmen der neuen Pflegefinanzierung die verschiedenen Palliative-Care-Leistungen der Grundversorgung finanziert.

## PHASENWEISE SPEZIALISIERTE PALLIATIVE CARE

Bewohnende der stationären Langzeitpflege (Grundversorgung) benötigen – wie es auch die Nationalen Leitlinien aufzeigen – phasenweise spezialisierte Palliative Care. Anhand von festgelegten Indikatoren, die zurzeit im Teilprojekt Versorgung in Bearbeitung sind, haben Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegefachleute zu beurteilen, ob und in welcher Weise punktuelle Unterstützung durch Fachleute der spezialisierten Palliative Care notwendig ist. In der Regel dürfte diese Unterstützung in Form von Abklärung, Beratung und kurzfristigen Interventionen eines mobilen Palliative-Care-Teams geleistet werden. Das Ziel besteht darin, belastende Symptome wieder zu stabilisieren. Diese punktuellen Leistungen der spezialisierten Palliative Care können nicht über das Regelwerk der neuen Pflegefinanzierung gedeckt werden. Ihre Abgeltung ist in Analogie zur Finanzierung von spezialisierter Palliative Care sicherzustellen. Dabei sind besonders die Einsätze eines mobilen Palliative-Care-Teams und weiterer Fachdienste, die zu Hause oder im Heim geleistet werden, einander betreffend Finanzierung gleichzustellen.

## LEISTUNGSERFASSUNGSTRUMENTE

Zudem müssen die anerkannten Leistungserfassungsinstrumente gewährleisten, dass in Krisensituationen und in der terminalen Phase kurzfristig eine Neubeurteilung der Situation und des Pflegeaufwandes möglich ist und entsprechend dem tatsächlichen Aufwand abgerechnet werden kann.

<sup>1</sup> BAG/Änderungen und Kommentar im Wortlaut, Bern 29. Juni 2009:  
[www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/02874/11567/index.html?lang=de](http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/02874/11567/index.html?lang=de)



# POSTULATE FÜR DIE UMSETZUNG DER NATIONALEN STRATEGIE

CURAVIVA Schweiz setzt sich im Rahmen der Umsetzung der Nationalen Strategie Palliative Care für folgende Anliegen ein:

Der Ansatz von Palliative Care ist auch in der stationären Langzeitpflege, die zur Grundversorgung gehört, gemäss den Nationalen Leitlinien konsequent umzusetzen. Dies betrifft die Teilprojekte Versorgung, Finanzierung, Sensibilisierung, Bildung und Forschung.

Im **Teilprojekt Versorgung** ist sicherzustellen, dass in allen Institutionen der stationären Langzeitpflege eine kompetente Palliative Care geleistet wird. Dazu sind Qualitätsnormen für eine Basisversorgung in Palliative Care zu entwickeln. Diese müssen für alle Heime umsetzbar sein, unabhängig von ihrer geografischen Lage. Die entsprechenden Qualitätsindikatoren zu Palliative Care sind in die bereits bestehenden Qualitätssicherungsinstrumente einzubauen. Die Qualität der Palliative-Care-Leistungen ist regelmässig zu überprüfen und zu fördern. Zur Qualitätssicherung gehören die Schaffung betriebseigener Konzepte zu Palliative Care, eine Organisationsentwicklung, in welcher Palliative Care zur Grundhaltung aller Mitarbeitenden der Institution wird und der Ausbau von Kompetenzen durch gezielte Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen.

Gleichzeitig ist der Aufbau von mobilen Palliative-Care-Teams zu fördern, welche die Aufgabe haben, auch Institutionen der Grundversorgung landesweit in anspruchsvollen Krisensituationen durch spezialisierte Palliative Care zu unterstützen.

Im **Teilprojekt Finanzierung** sind für die palliative Grundversorgung der stationären Langzeitpflege zwei verschiedene Aufgaben zu lösen: Einerseits muss geklärt werden, die Aufgaben bis zu welchem zeitlichen Umfang durch eine Ausweitung der aufgeführten Leistungen im Artikel 7 KLV abgegolten werden können.

Für Leistungen, die das Grundverständnis des Krankenversicherungsgesetzes sprengen und welche den Bereichen Betreuung und Hotellerie zugewiesen werden, sind die entsprechenden Finanzierungsmöglichkeiten sicherzustellen. Die Leistungserfassungsinstrumente sind entsprechend den neuen Vorgaben und Regelungen zur Abgeltung von Palliative Care in der Grundversorgung anzupassen.

Andrerseits ist sicherzustellen, dass Unterstützungsleistungen von mobilen Palliative-Care-Teams auch in der stationären Langzeitpflege zu den gleichen Bedingungen abgegolten werden wie in der ambulanten Versorgung.

Im **Teilprojekt Sensibilisierung** stellt der Bund bereits geeignete Informationsmaterialien zur Verfügung. CURAVIVA Schweiz trägt dazu bei, dass diese Broschüren auch in den Institutionen der stationären Langzeitpflege verteilt werden. Zudem sind die Verantwortlichen der Heime über die vorhandenen Informationskanäle, über Impulsveranstaltungen und über Implementierungsprojekte zu den aktuellen Entwicklungen und Möglichkeiten zu orientieren.

Im **Teilprojekt Bildung** sind Massnahmen zur Aus- und Weiterbildung der stationären Langzeitpflege zu fördern. Massgebend sind dabei die Kompetenzstufen von SwissEduc (Arbeitsgruppe der Fachgesellschaft palliative.ch) und die Rahmenbedingungen der eidgenössischen Bildungssystematik. Es ist anzustreben, dass alle Pflegenden, unabhängig von ihrem Abschluss, über Basiskompetenzen in Palliative Care verfügen. Diese können am nachhaltigsten in Inhouse-Weiterbildungen vermittelt werden. Zusätzlich benötigen ausgewählte Pflegefachleute der Langzeitinstitutionen spezifische Fachkenntnisse in Palliative Care. Sie können in Weiterbildungen im Tertiärbereich (mit Abschlüssen Eidgenössische Berufsprüfung, Eidgenössische Fachprüfung oder andere) erworben werden.

Im **Teilprojekt Forschung** ist sicherzustellen, dass auch Problemstellungen der stationären Langzeitpflege in den Forschungsaufträgen Platz finden. Dies betrifft besonders das Nationalfondsprojekt NFP 67 «Lebensende». CURAVIVA ist interessiert, bei entsprechenden Forschungsprojekten Kooperationen einzugehen.

Verabschiedet am 6. April 2011 durch den Vorstand CURAVIVA Schweiz.

## MITWIRKENDE

Dieses Positionspapier wurde von folgenden Personen der Fachgruppe Palliative Care von CURAVIVA erarbeitet:

- Achermann Gabriela  
Assistenz Abteilungsleitung Betagtenzentrum Rosenberg, Luzern
- Bigler Sylviane  
Leitung EMS Le Signal, Les Cullayes; Leitung Arbeitsgruppe Qualität von palliative.ch
- Brechbühl Gabriela  
Pflegedienstleiterin, Regionales Alterswohnheim Bodenmatt, Entlebuch
- Clément Christine  
Coordinatrice soins et accompagnement, AVDEMS, Lausanne
- Gmür Karin  
Pflegefachfrau, Résidence Les Tilleuls, Genève
- Heinzer Monica  
Leiterin Pflege und Betreuung, Reusspark – Zentrum für Pflege und Betreuung, Niederwil AG
- Messerli Küre  
stv. Direktor und Ressortleiter Wohnheim, Riggisberg
- Mondet-Straumann Liliane  
Qualitätsbeauftragte, Bürgerspital Basel, Basel
  
- **Leitung der Arbeitsgruppe und Redaktion des Positionspapiers:**  
Schmid Christoph  
Ressortleiter Projekte und Entwicklung, Fachbereich Alter, CURAVIVA Schweiz

**CURAVIVA.CH**

VERBAND HEIME UND INSTITUTIONEN SCHWEIZ  
ASSOCIATION DES HOMES ET INSTITUTIONS SOCIALES SUISSES  
ASSOCIAZIONE DEGLI ISTITUTI SOCIALI E DI CURA SVIZZERI  
ASSOCIAZIUN DALS INSTITUTS SOCIALS E DA TGIRA SVIZZERS

CURAVIVA Schweiz · Zieglerstrasse 53 · Postfach 1003 · 3000 Bern 14  
Telefon +41 (0)31 385 33 33 · Fax +41 (0)31 385 33 34 · [www.curaviva.ch](http://www.curaviva.ch) · [info@curaviva.ch](mailto:info@curaviva.ch)