



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

**Eidgenössisches Departement des Innern
Bundesamt für Gesundheit**

Frau Lea von Wartburg
Frau Flurina Näf
Koordinationsstelle Plattform Palliative Care
Sektion Nationale Gesundheitspolitik
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

Ort, Datum Bern, 20. November 2020
Ansprechpartner/in Stefan Berger

Direktwahl
E-Mail

031 335 11 58
stefan.berger@hplus.ch

Bessere Betreuung und Behandlung von Menschen am Lebensende – Bericht des Bundesrates vom 18.09.2020 in Erfüllung des Postulates 18.3384 (SGK-SR)

Sehr geehrte Frau von Wartburg
Sehr geehrte Frau Näf
Sehr geehrte Damen und Herren

Mit grossem Interesse haben wir den Bericht des Bundesrates «Bessere Betreuung und Behandlung von Menschen am Lebensende» vom 18.09.2020 gelesen (Postulat 18.3384 SGK-SR). H+ Die Spitäler der Schweiz ist der nationale Verband der öffentlichen und privaten schweizerischen Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen. Uns sind 220 Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen als Aktivmitglieder an 370 Standorten sowie über 160 Verbände, Behörden, Institutionen, Firmen und Einzelpersonen als Partnerschaftsmitglieder angeschlossen.

H+ ist Stakeholder der Nationalen Plattform Palliative Care und war aktiv beteiligt an der Erarbeitung der Nationalen Leitlinien Palliative Care sowie anderer Grundlagendokumente im Rahmen der Nationalen Strategie Palliative Care 2010-2015. Zudem war H+ massgeblich beteiligt an der Weiterentwicklung der nationalen Tarifstruktur SwissDRG im Hinblick auf die sachgerechte Abbildung von Leistungen der stationären Palliative Care im Bereich der Akutsomatik.

Gerne nehmen wir nachfolgend zum Bericht des Bundesrates Stellung:

Generelle Bemerkungen

Der Bericht vermag unter dem Strich nicht ganz zu befriedigen. Zwar wird grundsätzlich der Handlungsbedarf anerkannt, der heute in verschiedener Hinsicht besteht: Verbesserung der gesundheitlichen Vorausplanung, bessere Integration der verschiedenen Leistungsangebote der Palliative Care in die Gesundheitsversorgung, besserer Zugang für vulnerable Patientengruppen zu diesen Angeboten etc. Das vom Bundesrat gleichzeitig mit dem Bericht verabschiedete Massnahmenpaket erscheint uns jedoch zu unausgewogen und auch zu wenig konsequent, namentlich diejenigen Massnahmen, die Fragen der Finanzierung betreffen. Generell wünscht sich H+ einen ganzheitlicheren Ansatz und eine Verschiebung des Fokus von Soft-Law-Massnahmen auf Hard-Law-Massnahmen. In praktisch allen Leistungsbereichen besteht heute eine Unterfinanzierung. Dazu gehören der Spitalbereich, die stationäre Langzeitpflege, die Hospize und der ambulante Bereich (Hausärzte/innen, Spitex, Freiberufliche, mobile Palliativ-Dienste). An dieser Stelle sei bereits klar zum Ausdruck gebracht, dass wir den Handlungsbedarf bezüglich

der schweizweiten Versorgung der Bevölkerung mit stationärer spezialisierter Palliative Care und der adäquaten Finanzierung der betreffenden Leistungsangebote (Palliativstationen, Hospize mit Spitalstatus) als dringend erachten (mehr dazu weiter unten).

Wir möchten im Folgenden auf fünf wesentliche Mängel hinweisen, die uns bei der Lektüre des Berichts aufgefallen sind:

1. **Das Akutspital (S. 51ff.) erscheint weitgehend als «Black Box»**, gerade im Vergleich zu anderen Leistungserbringern. Unklar bleibt etwa, inwieweit palliativmedizinisches Fachwissen in Akutspitälern vorhanden ist und in die Behandlung einbezogen wird. Mit Befremden konstatieren wir in diesem Zusammenhang, dass die Akutspitäler der Schweiz bei der vorliegenden Untersuchung nicht befragt wurden, im Unterschied zu den Pflegeheimen, den Spitex-Organisationen und den Hausärztinnen und Hausärzten. Die Autor/innen behelfen sich mit Studien aus dem Ausland, z.B. einer aus Grossbritannien, die besagt, dass der Beginn der letzten Lebensphase oft zu spät erkannt werde – eine Erkenntnis, die wohl kaum allein auf Akutspitäler zutrifft. Immerhin wird auf den grundlegenden konzeptionellen Mangel bei der Finanzierung hingewiesen, dass *«eine umfassende bio-psycho-sozial-spirituelle Begleitung von Menschen in der letzten Lebensphase im Tarifsysteem bisher nicht als medizinische Aufgabe angesehen ist»*. Positiv zu würdigen ist zudem, dass Lösungsansätze für eine sachgerechte Vergütung benannt werden: Zusatzentgelte für psychosoziale Leistungen sowie für Leistungen in Abwesenheit des Patienten, Einführung eines Sterbephases-Codes. Hinzufügen möchten wir die unseres Erachtens dringend notwendige Definition konsiliarischer Leistungen als OKP-pflichtige Leistungen. Solche Lösungsansätze sind unbedingt weiterzuverfolgen, gerade wenn man der interprofessionellen Zusammenarbeit und der Bedeutung einer guten Austrittsplanung in Verbund mit nachsorgenden Akteuren das Wort spricht.
2. **Die Versorgungssituation wird bezüglich Palliativstationen zu optimistisch dargestellt.** Als Grundlage dient einzig eine Befragung der Kantone, und diese definieren nach eigenem Ermessen, was «stationäre spezialisierte Palliative Care» sei. Zwar gibt der Bericht die Einschätzung der Akteure korrekt wieder, dass das Angebot nach wie vor nicht in allen Regionen der Schweiz besteht und «ein weiterer Ausbau notwendig wäre» (S. 61). Auch zeigt er auf, dass gemäss medizinischer Statistik der Krankenhäuser 2018 nur 12% der im Spital verstorbenen Patientinnen und Patienten eine palliativmedizinische Komplexbehandlung oder spezialisierte Palliative Care in Anspruch genommen haben. Wir vermissen jedoch einen Bezug zur hinlänglich bekannten WHO Empfehlung, wonach schweizweit 800 Betten für spezialisierte Palliative Care nötig wären, also deutlich mehr als gemäss vorliegendem Bericht heute vorhanden sind. Dass gewisse Kantone nichtsdestoweniger noch immer behaupten, es gebe im Bereich spezialisierte stationäre Palliative Care ein «zu grosses» Angebot, erscheint uns geradezu realitätsfremd.
3. **Die anhaltende Unterfinanzierung von Leistungen der stationären spezialisierten Palliative Care wird zu wenig klar auf den Punkt gebracht.** Denn sie gefährdet über kurz oder lang auch das bestehende Angebot. Die Abbildung der spezialisierten Palliative Care in der Tarifstruktur SwissDRG ist aufgrund der Kleinheit und Heterogenität der Fallgruppen nach wie vor nicht in jeder Hinsicht sachgerecht. Je mehr hochkomplexe Patient/innen, Langlieger/innen und zuverlegte Patient/innen eine Palliativstation resp. Palliativklinik behandelt, desto existenzieller drängt sich für sie eine Lösung auf. Es versteht sich von selbst, dass in erster Linie die Tarifpartner im Rahmen ihrer Tarifautonomie nach adäquaten tarifarischen Lösungen suchen sollen, wozu das KVG durchaus auch Raum bietet. Dennoch bedauern wir es, dass der Bundesrat in der Frage der Finanzierung dieses Leistungsangebots nicht über Alternativen zum Fallpauschalensystem nachdenkt, zumal alternative Lösungen in anderen Ländern bereits existieren (z.B. Australien).
4. **Die Definition, die der Bundesrat für Palliativstationen vorschlägt, ist verkürzt:** *«spezialisierte Abteilungen in Akutspitälern, die Patientinnen und Patienten in komplexen Situationen stabilisieren (Symptomkontrolle) und eine Verlegung nach Hause, ins*

*Pflegeheim oder eine Hospizstruktur vorbereiten.» (S. 69) Erstens geht es nicht nur um die Symptomkontrolle, sondern ebenso zentral auch um (schwierige) Entscheidungsfindung, Netzwerk-Organisation und (intensiver) Support der Angehörigen, d.h. um die vollständige Umsetzung des Modells «SENS» für Patient/innen mit instabiler, komplexer Problematik (siehe *Rahmenkonzept Palliative Care Schweiz*, BAG/GDK/palliative.ch 2014). Zweitens halten wir fest, **dass in Spitälern generell und insbesondere auf Palliativstationen gestorben werden darf**. Denn nicht jede/r Patient/in am Lebensende kann oder möchte noch einmal verlegt werden, und je nach individuellem Bedarf des Patienten bzw. der Patientin wäre eine Verlegung kurz vor dem Tod sogar kontraproduktiv. Zur Definition der Palliativstation gehören deshalb zwingend auch die Begleitung des Sterbeprozesses und die spezifische Unterstützung des familiären Umfelds in der letzten Lebensphase und bei der Trauerarbeit nach dem Tod des Patienten (vgl. *Referenzdokument für stationäre spezialisierte Palliative Care in der Schweiz, Version 3.2, gültig ab 01.07.2020*).*

5. **Die Aussagen der im Bericht zitierten Quellen werden oft unhinterfragt übernommen. Bisweilen fehlt eine analytische Einordnung der Befunde.** Im Kapitel 2.2 «Die letzte Lebensphase» (S. 14ff.) werden in Bezug auf die Spitäler teils veraltete Quellen zitiert, und andere Quellen werden verzerrt wiedergegeben. So wird insinuiert, dass die Kosten für die im Spital verstorbenen Personen doppelt so hoch seien als für Menschen, die zu Hause sterben, und dass vor allem Zusatzversicherte in einem Spital sterben würden. Als Quelle für die beiden Aussagen wird *Reich et al. (2013)* zitiert, deren Datenbasis teils aus dem vorangegangenen Jahrzehnt stammt. Ein Abschnitt ist den «vielen Verlegungen» (S. 16) von Menschen am Lebensende gewidmet. Mit Verweis auf *Bähler et al. (2016)* wird pauschal behauptet, dass «je höher das Alter, umso mehr Verlegungen pro Person» stattfänden. Als Datenbasis für diese Aussage wird ein einziges Jahr genannt, nämlich 2014. Weiter zitieren die Autoren *Füglister-Dousse und Pellegrini (2019)*, die für OBSAN ermittelt haben, dass die Mehrheit der betagten Personen im Pflegeheim während eines Heimaufenthalts ein- oder mehrmals hospitalisiert werde (im Schnitt 3,5mal). 70% der betreffenden Spital-Pflegetage entfielen demnach auf die Akutsomatik. Nicht berücksichtigt wird dabei, dass, statistisch gesehen, auch Palliativstationen unter diese Kategorie fallen.

Positiv zu würdigen ist, dass der vielfach bestätigte Befund aufgenommen wurde, dass für Patient/innen mit fortschreitender Erkrankung und zunehmender Morbidität häufige Wechsel von Zu Hause ins Spital und zurück medizinisch erforderlich und aus Patientensicht sogar erwünscht sein können, sofern ein palliativer Behandlungspfad vorhanden ist (vgl. Abschnitt 3.3.1 zur koordinierten und kontinuierlichen Versorgung, S. 36).

Schlussfolgerungen

Mit der Feststellung, dass «mit den heutigen Strukturen im Gesundheitswesen es nicht möglich sein wird, die zunehmende Anzahl sterbender Menschen und ihrer Angehörigen angemessen zu behandeln und zu betreuen», (S. 4) liegt der Bundesrat nach unserem Dafürhalten richtig. Ebenso mit der Empfehlung, dass das Lebensende «frühzeitig und vorausschauend vorbereitet» werden sollte. Wichtig scheint uns zudem der Hinweis, dass «die gesellschaftliche Entwicklung hin zu einem selbstbestimmten Sterben zu neuen Ungleichheiten am Lebensende führt.» Schliesslich trifft es zu, dass «Angebote der Palliative Care nicht ausreichend in die Gesundheitsversorgung integriert» sind, und dass «nicht alle Patientengruppen den gleichen Zugang zu diesen Angeboten» haben (S. 5). **Beim letzten Punkt ist entscheidend, wie die Angebote der spezialisierten Palliative Care definiert werden.** Wir möchten hier den Bundesrat beim Wort nehmen, dass dies «gemeinsam mit den relevanten Akteuren breit abgestützt und aufeinander abgestimmt» erfolgen soll, und dass diese Definitionen als Grundlage für die Sicherstellung einer adäquaten Finanzierung in allen Angebotsbereichen dienen sollen (Massnahme 3A, S. 69).

Im Hinblick auf die Umsetzung des Massnahmenkatalogs sollten sich die Entscheidungsträger unseres Erachtens an folgenden Leitlinien orientieren:

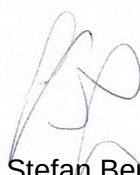
- I. Die Postulatsinitiantin von 18.3384 geht davon aus, dass die Schweiz eine bessere Betreuung und Behandlung von Menschen am Lebensende braucht. Dies bedingt eine Grundhaltung, die dem *«Wunsch der Bürgerinnen und Bürger, in Würde und selbstbestimmt, angemessen begleitet sowie möglichst frei von Ängsten und Schmerzen die letzte Lebenszeit verbringen und sterben zu können»* oberste Priorität einräumt, wie es in der Begründung zum eingereichten Text heisst. Kosteneindämmungsziele sollen gegenüber dieser Maxime nachrangig sein.
- II. Spitalaufenthalte – auch mehrfache – sind bei instabilen, komplexkranken Patientinnen und Patienten am Lebensende kaum gänzlich zu vermeiden, weder heute noch in Zukunft. Auch in Spitälern darf gestorben werden. Das Ziel muss darin bestehen, die Behandlung, Pflege und Betreuung dieser Patienten im Spital so zu gestalten, dass die bestmögliche Lebens- und Sterbensqualität erreicht wird – unter Einbezug der medizinisch-pflegerischen, psychosozialen und spirituellen Dimensionen.
- III. Eine optimale integrierte Versorgung ist sodann Voraussetzung für eine gute End-of-Life-Care. Darin sind alle beteiligten Akteure gleichermassen einzubeziehen. Spitäler haben ebenso wie Hausärztinnen/Hausärzte, Spitex-Organisationen, mobile Palliativdienste, Hospize und Pflegeinstitutionen ihren festen Platz in der Behandlungskette. Es geht darum, die verschiedenen Angebote bestmöglich aufeinander abzustimmen, mit Blick auf die Gesamtsituation der Patientin bzw. des Patienten.
- IV. Die Frage der genügenden Finanzierung ist im Sinne eines ganzheitlichen Ansatzes zu klären, unter gleichwertiger Berücksichtigung aller Versorgungsbereiche. Mit Blick auf die Abgeltung spezialisierter palliativmedizinischer Leistungen im Spital sind unseres Erachtens Alternativen zum Fallpauschalensystem ernsthaft und vorbehaltlos zu prüfen. Wie bei allen anderen Tarifen sollte die Frage gestellt werden, mit welchen Anreizen eine medizinisch sinnvolle und ökonomisch vertretbare Entwicklung gefördert werden soll.

Wir bedanken uns für die Aufnahme unserer Anliegen. Für Rückfragen oder für ein Gespräch stehen wir jederzeit gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse



Dr. med. Markus Trutmann
Leiter Geschäftsbereich Politik,
Mitglied der Geschäftsleitung



Stefan Berger
Fachverantwortlicher Gesundheitspolitik