DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

GDK
Frau Annette Grünig
Haus der Kantone
Speichergasse 6
Postfach 684
3000 Bern 7

Ort, Datum	Bern, 26. November 2010	Direktwahl	031 335 11 58
Ansprechpartner	Stefan Berger	E-Mail	stefan.berger@hplus.ch

Stellungnahme von H+ zu den Indikationskriterien für spezialisierte Palliative Care

Sehr geehrte Frau Grünig

Mit Schreiben vom 22. Oktober 2010 haben Sie zusammen mit dem BAG verschiedene Organisationen eingeladen, sich zu den erarbeiteten Indikationskriterien für die spezialisierte Palliative Care zu äussern**.** Zufälligerweise haben wir von dieser Vernehmlassung erfahren. Da Palliative Care grundsätzlich auch die Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen betrifft, äussern wir uns aufgrund einer Umfrage bei unseren Mitgliedern dazu und bitten Sie, H+ Die Spitäler der Schweiz künftig bei ähnlichen Vernehmlassungen direkt zu begrüssen.

Allgemein begrüssen wir die Indikationskriterien und ihren Zweck und erachten das vorliegende Dokument als sinnvoll, haben jedoch im Einzelnen einige Anliegen dazu (vgl. Beilage). Grundsätzlich muss allerdings die Finanzierung sichergestellt werden, damit die Indikationskriterien ihren Zweck erfüllen.

Wir danken Ihnen, dass Sie unsere Anliegen aufnehmen.

Freundliche Grüsse

Dr. Bernhard Wegmüller
Direktor

Stellungnahme von H+ zur Vernehmlassung zu den Indikationskriterien für die spezialisierte Palliative Care

Geschäftsstelle • Lorrainestrasse 4A • 3013 Bern
Telefon 031 335 11 11 • Telefax 031 335 11 70
www.hplus.ch • geschaeftsstelle@hplus.ch

DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Stellungnahme von H+ zu den Indikationskriterien für die spezialisierte Palliative Care

1 Vorbemerkungen

Die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (GDK) und das Bundesamt für Gesundheit (BAG) haben zusammen mit Fachpersonen aus spezialisierten Institutionen **Indikationskriterien für die spezialisierte Palliative Care** erarbeitet. Es geht zentral um die Frage, in welchen Situationen Patient/-innen spezialisierte Leistungen der Palliative Care benötigen. Die Indikationskriterien haben zum Ziel, die Leistungen in der Grundversorgung (von Spitälern, Hausärzten, Spitex und Pflegeheimen erbracht) von den spezialisierten Angeboten aus der Perspektive der Patient/-innen abzugrenzen.

Die GDK und das BAG haben die Leistungserbringer der Palliative Care um Kommentare und allfällige Verbesserungsvorschläge gebeten. Auch H+ ist hiervon betroffen. Erbeten wurden insbesondere Stellungnahmen zu folgenden Fragen:

1. Sind Sie mit dem Zweck der Indikationskriterien einverstanden?
2. Glauben Sie, dass das Dokument diesen Zweck erfüllt? Wie kann dies sichergestellt werden?
3. Ist die Formulierung der generellen Kriterien (Abschnitt 2) aus Ihrer Sicht vollständig und adäquat? Wenn nicht, welche Kriterien fehlen?

H+ hat die kantonalen Verbandsmitglieder, die Mitglieder der Aktivkonferenz Langzeitpflege, die Mitglieder aus dem Bereich Geriatrie, die Kinderspitäler Basel, Zürich und St. Gallen sowie das Spital Affoltern angefragt, zum Dokument Stellung zu nehmen. Der Chefarzt Geriatrie am Spital Affoltern, Dr. Roland Kunz, hat als Co-Präsident der Fachgesellschaft palliative.ch massgeblich an den Indikationskriterien mitgearbeitet.

Eingegangen sind neun Antworten folgender Kategorien:

- 2 kantonale Spitalverbände (53 Mitglieder)
- 2 Zentrumsspitäler
- 2 Regionalspitäler
- 1 Bezirksspital
- 1 Verbund von Pflegezentren (10 Mitglieder)
- 1 Palliativzentrum

Insgesamt sind 69 Häuser repräsentiert, davon 68 aus der Deutschschweiz, 1 aus dem Tessin und 0 aus der Romandie.

Geschäftsstelle • Lorrainestrasse 4A • 3013 Bern
Telefon 031 335 11 11 • Telefax 031 335 11 70
www.hplus.ch • geschaeftsstelle@hplus.ch

2 Allgemeines

Die Indikationskriterien stossen im Allgemeinen auf Zustimmung. Mit dem Zweck der Indikationskriterien sind alle teilnehmenden Institutionen einverstanden. Die Mehrheit von ihnen ist auch der Meinung, dass das Dokument diesen Zweck erfüllt. Es werden jedoch zusätzliche Aspekte ins Feld geführt, die für ihre Sicherstellung zu beachten sind.

Damit die Indikationskriterien ihren Zweck erfüllen, muss die Finanzierung sicher gestellt werden. Dies lässt sich nach Meinung eines Mitglieds am besten erreichen, indem sich Krankenversicherer, Kantone und Gemeinden eine verbindliche Einverständniserklärung zum Indikationskriterienkatalog geben. Auch andere Mitglieder sind der Meinung, das Dokument sollte nicht bloss das medizinisch-pflegerische Fachpersonal, sondern auch die erwähnten Zielgruppen erreichen. Diese sollten den Zusammenhang zwischen Pflegeaufwand, Fachpersonalbedarf und Finanzierungsbedarf klar erkennen.

Vereinzelt wird die fehlende Trennschärfe zwischen den Bereichen Grundversorgung und spezialisierte Palliative Care kritisiert. Andererseits wird attestiert, das Dokument diene gerade als Orientierungshilfe, um Patient/-innen ohne scharfe Trennlinien zu unterscheiden.

Die Terminologie sei teilweise zu wenig allgemein verständlich, insbesondere auch für Versicherer und kantonale oder kommunale Behörden. Es sollte mit Rücksicht auf diese Zielgruppen eine adäquate Mischung von Fach- und Umgangssprache gefunden werden.

Bezüglich der Formulierung der generellen Kriterien gehen die Meinungen auseinander. Die Mehrheit hält sie grundsätzlich für genügend vollständig und adäquat. Manche Mitglieder wünschen zusätzliche Kriterien bzw. Präzisierungen der bestehenden Kriterien. Kritik erntet die Breite der Kriterien, wodurch sich auch ein Grossteil der Patientengruppe A hierin wieder finde (➔ fehlende Trennschärfe).

Ein Mitglied betont die Rolle der Spitäler als Dreh- und Angelpunkt der Palliative Care. Damit sie diese erfüllten und den Bedürfnissen der Patient/-innen bestmöglich gerecht würden, müssten die Kapazitäten (Abteilungen, Betten) für diese Patient/-innen ausgebaut werden.

3 Zu Frage 1: Sind Sie mit dem Zweck der Indikationskriterien einverstanden?

Ja. Die Mitglieder finden es richtig, Zugangskriterien zur spezialisierten Palliative Care zu definieren. Diese sind eine wichtige Voraussetzung für die Sicherstellung einer flächendeckenden, kompetenten und vernetzten palliativen Versorgung der Schweiz. Sie dienen als Grundlage und Legitimation für die Schaffung des entsprechenden Angebotes. Es ist wichtig, Schnittstellen zwischen den Patientengruppen A und B mittels Indikationskriterien klar zu definieren. Dadurch soll für die betroffenen Patientinnen und Patienten ein möglichst stabiles Setting erreicht und immer wiederkehrende Notfallsituationen vermieden werden.

Die Notwendigkeit guter, allgemeinverständlicher Indikationskriterien ergibt sich auch unter dem Aspekt der Finanzierung. Die schweizweite Einführung von Swiss DRG im 2012 könnte zu Fehlanreizen führen. Regionalspitäler mit ihren spezialisierten Fachpersonen bieten heute sehr vielen Patient/-innen hochstehende Palliative Care in einer adäquaten Infra- und Beratungsstruktur. Die verfrühte Entlassung der Palliativpatient/-innen in Strukturen, in denen zuwenig personelle und fachliche Ressourcen für die Pflege und Betreuung vorliegen, ist zu vermeiden. Auch sind nicht alle diese Patient/-innen aus den Regionalspitälern in zentralisierte Palliativabteilungen zu verlegen.

3.1 Kritische Anmerkungen zu Frage 1

Die vorliegende Beschreibung des Zwecks (Kapitel 1.1 „Zweckbestimmung") enthält keine trennscharfe Unterscheidung zwischen Patient/-innen, die Palliative Care als Grundversorgung oder als Spezialversorgung benötigen. Wenn schon zwischen diesen beiden Versorgungsarten unterschieden wird, sollten auch entsprechend abgrenzbare Indikationskriterien erstellt werden.

Kapitel 1.1 Abschnitt a) suggeriert, dass bei der Entscheidung, ob eine bestimmte Situation spezialisierte Palliative Care erfordere, oft das nötige Fachwissen fehle. Das Problem ist nicht das fehlende Wissen, sondern die fehlende Finanzierung qualifizierter Behandlung und Hilfe zu Hause, im Pflegeheim und im Spital. Ein Teil der Patient/-innen benötigt mehr, als die heute bestehenden Infrastrukturen bieten können. Dies wird in den Fallbeispielen in Kapitel 3 gut beschrieben.

4 Zu Frage 2: Glauben Sie, dass das Dokument den Zweck erfüllt? Wie kann dies sichergestellt werden?

Ja, die Mitglieder sind grundsätzlich der Meinung, das Dokument und der darin enthaltene Kriterienkatalog erfüllten den Zweck. Die Indikationskriterien dienten den in die Versorgung der betroffenen Patient/-innen involvierten Fachpersonen als Instrument der Entscheidfindung, ob eine spezialisierte Palliative Care angezeigt ist oder nicht. Das Fachpersonal könne Patient/-innen, die Palliative Care brauchen, nach einheitlichen Kriterien definieren.

Voraussetzung dafür ist dass die Kriterien allen involvierten Fachpersonen bekannt sind und sie ihnen gut vermittelt werden. Insbesondere auch Grundversorgende nehmen Kompetenzen der spezialisierten Palliative Care für sich in Anspruch. Deshalb sind nach Verabschiedung der Indikationskriterien prüfbare Qualitätskriterien für die spezialisierten Angebote zu erarbeiten, die berufsspezifischen Kompetenzen innerhalb der spezialisierten Palliative Care festzuhalten und die Akzeptanz der Kriterien bei Spezialisten wie auch bei Grundversorgenden sicherzustellen.

4.1 Kritische Anmerkungen zu Frage 2

Gerade in der Grundversorgung ist die Fachkompetenz in Palliative Care noch zu verbessern. Es braucht (ein Team von) Fachpersonen, welche die Triagierung der Patient/-innen

aufgrund der Komplexität und (In-)Stabilität ihres Zustandes vornehmen. Diese müssen ärztliches Fachwissen mit medizinisch-pflegerischem und Palliativpflege-Know-how verbinden. um unterscheiden zu können, welcher Patient in welchem Mass Palliativpflege benötigt.

Die Patientenbeispiele in Kapitel 3 sind geneigt, den Grundversorgenden die Grenzen ihrer Möglichkeiten und den Sinn des Beizugs eines spezialisierten Teams aufzuzeigen. Die Beispiele könnten noch verbessert werden. Im Patientenbeispiel 2 (Patient von akut-stationär zu Langzeit, S. 10) ist nicht erkennbar, wann der Eintritt in die spezialisierte Langzeitinstitution geschieht. Ein zusätzliches Beispiel könnte hier Klarheit schaffen: Patient in Langzeitinstitution – Unterstützung durch mobiles PC-Team. – Im Patientenbeispiel 3 (Patient zu Hause, S.11), sind die Kriterien für den Beizug eines spezialisierten Teams zu wenig prägnant herausgearbeitet.

5 Zu Frage 3: Ist die Formulierung der generellen Kriterien (Kapitel 2) aus Ihrer Sicht vollständig und adäquat? Wenn nicht, welche Kriterien fehlen?

Ja, die Mehrheit der Antwortenden betrachtet die aufgeführten Kriterien als vollständig und adäquat. Die explizite Gewichtung der einzelnen Problembereiche und Patientenbedürfnisse wird begrüsst, Dadurch wird der Anspruch von Palliative Care als ein sämtliche Lebensbereiche umfassendes Betreuungskonzept nochmals bestärkt, insbesondere auch in Bezug auf die psychischen und spirituellen Bedürfnisse der Patient/-innen und deren Angehörigen.

Der Verweis auf die Notwendigkeit einer vorausschauenden Planung in Kapitel 2.1. wird als richtig erachtet. Die Erarbeitung eines schriftlichen Behandlungsplanes für zu erwartende Komplikationen und Entwicklungen des Krankheitsverlaufs ist nicht nur bei Patient/-innen der Gruppe B, sondern auch bei den meisten Patient/-innen der Gruppe A sinnvoll. Bei einem relevanten Teil von ihnen kann ein solcher Plan verhindern, dass sie überhaupt in die Gruppe B gelangen. Grundversorgende sind in der Erstellung eines Behandlungsplanes in der Regel überfordert, weil ihnen dafür die Erfahrung und die Zeit fehlen. Leider wird das Thema Behandlungsplan in Kapitel 2.2. nicht mehr aufgeführt.

5.1 Kritische Anmerkungen I: Sicht Regionalspital

Die Kriterien sind aus medizinischer Sicht vollständig und gut zusammengestellt. Die Unterscheidung der Patientengruppe A von Patientengruppe B ist richtig. Leistungen bei Patient/-innen der spezialisierten Palliative Care müssen aber überall adäquat abgegolten werden. Damit die Kriterien wirklich zielführend sind, sollte der finanzielle Aspekt dieser Unterscheidung im Dokument herausgestrichen werden.

Palliative Care entspricht nach unserem Verständnis in der Mehrzahl der Krankheitssituationen einer guten Normalversorgung, d.h. grundsätzlich kann ein/e Patient/in in einer palliativen Situation sowohl im häuslichen Umfeld als auch im stationären Bereich behandelt und betreut werden. Das Problem ist, dass Kostenträger für die Abgeltung der Leistungen eine

strengere Definition dessen fordern, was ein Palliativ-Patient ist bzw. sein soll (siehe Stellungnahme der Flury Stiftung im Anhang dieses Dokuments).

Folgende Kriterien sollten daher überprüft werden:

- Kriterium I (Belastende und komplexe Symptome oder Symptomgruppen, S. 7): Wir sind damit einverstanden, dass es sich um dringend behandlungsbedürftige Symptome handelt, nicht aber mit der Implikation, dass es dazu immer Spezialinstitutionen bräuchte.
- Die Kriterien I-III (S. 7) sowie VIII-IX (S. 8) sind sehr breit und nicht geeignet zur Unterscheidung von Palliativpatient/-innen der Gruppen A und B.
- Kriterium XII (Mehr als zwei Notfallhospitalisationen innerhalb der letzten sechs Monate bei Patientinnen und Patienten mit weit fortgeschrittenen Leiden, S. 8) könnte auch anders interpretiert werden.

5.2 Kritische Anmerkungen II: Sicht Pflegeheim

Die drei generellen Kriterien I bis III (S. 7) decken die Situation weitgehend ab. Kriterium VI (Ungelöste Fragen rund um die Lebensbilanz und den Lebenssinn) und VII (Spezifische existenzielle oder spirituelle Bedürfnisse) sind sehr vage formuliert; die Operationalisierung ist nicht klar. Die Zuordnung der einzelnen Faktoren zu den generellen Kriterien bedarf einer Begründung, da manche Faktoren auch anderen Kriterien zugeordnet werden könnten.

Die Beispiele in Kapitel 3 fokussieren zu stark auf maligne Tumore bei älteren Erwachsenen. Zwar wird in Kapitel 3.5 darauf verwiesen, dass auch andere Personengruppen und andere Grunderkrankungen palliativer Pflege bedürfen. Aber der gewählte Fokus trägt zur Verfestigung des Vorurteils bei, dass Palliative Care vorwiegend im Endstadium von Tumorerkrankungen eingesetzt werde.

Insgesamt sind die Kriterien zu wenig konkret und daher für die Praxis wenig hilfreich. Vieles lässt sich in ihnen subsumieren, aber nichts klar voneinander abgrenzen.

6 Zu Frage 4: Weitere Bemerkungen

Im Hinblick auf die Implementierung der Indikationskriterien werden zwei Punkte als besonders wichtig angesehen:

1. Es ist klar zu definieren, wer schlussendlich die *individuellen*, das heisst patientenbezogenen Indikationskriterien für den Erhalt von spezialisierten Palliative Care-Leistungen in der konkreten Situation anwenden wird. Diese Personen sind möglichst genau zu bezeichnen.

2. Damit die Kriterien als Hilfsmittel für die Praxis verstanden werden und nicht als "von oben" erarbeitete Vorgaben und Richtlinien, sind die verantwortlichen Fachpersonen an der Basis adäquat einzubeziehen.

3. Das Dokument gibt keine Antwort auf die Frage, was zu tun sei, wenn sich die Situation eines Patienten / einer Patientin wieder etwas stabilisiert. Soll eine erneute Verlegung ins Auge gefasst werden, selbst wenn die nächste Phase der Instabilität vorhersehbar ist?

Als Einzelkritik wird festgehalten:

a) Der Begriff „Care“ ist im Glossar nicht definiert.
b) Kapitel 1 und 2 enthalten sehr viele Redundanzen.
c) Die Literaturliste ist nicht vollständig, es fehlen beispielsweise die Nationalen Leitlinien Palliative Care, die von Bund und Kantonen im Oktober 2010 verabschiedet wurden.

7 Fazit

Das Dokument bietet eine wichtige Diskussionsgrundlage des Problemkreises spezialisierte Palliative Care. Der vielfältige Bedarf an entsprechenden Leistungen wird gut beschrieben. Die Indikationskriterien sind ein Instrument der Entscheidfindung bei der Frage: Benötigt der Patient spezialisierte Palliative Care, oder reicht die palliative Grundversorgung? Zu bemängeln sind die ungenügende Trennschärfe zwischen der Grundversorgung und der spezialisierten Palliative Care und die Nichtberücksichtigung der Frage, wie spezialisierte Palliative Care inskünftig finanziert werden soll.

Spitäler und Kliniken sind als Kompetenzzentren der Palliative Care anzusehen und sollten als Dreh- und Angelpunkt für das Zusammenspiel der verschiedenen Akteure der Palliative Care fungieren. Die bestehenden Strukturen im spitalinternen wie auch im spitalexternen Bereich bieten eine erste Basis, um den Bedarf zu decken. Sie reichen aber in Zukunft nicht aus.

Die Qualität von und der Zugang zu Palliative Care muss weiter verbessert werden. Einerseits dadurch, dass Kapazitäten und Know-how noch erweitert werden, vor allem im Bereich der Grundversorgung, andererseits durch verbesserte Vernetzung. Der Austritt aus dem Akutspital ist vorausschauend zu planen und mit nachgelagerten Leistungserbringern abzustimmen. Dadurch lassen sich verfrühte Entlassungen mit entsprechend negativen Begleiterscheinungen vermeiden. Die Indikationskriterien bilden eine wichtige Voraussetzung zur Einlösung dieses Postulats.

Die Finanzierung muss sichergestellt werden. Palliative Care kann nicht nur mit DRG abgegolten werden. Das Dokument sollte sich daher nicht nur an medizinisch-pflegerische Fachpersonen richten, sondern auch an die Finanzierer, also Krankenversicherer, Kantonen und Gemeinden. Dies bedingt eine allgemein verständliche Sprache.

Anhang:
Stellungnahme der Flury Stiftung Gesundheitsversorgung, 7220 Schiers zu Frage 3: Kriterien vollständig und adäquat formuliert, welche fehlen?

Wir denken nicht, dass die in dieser Form formulierten Kriterien bezüglich Finanzierungsregelung zielführend sind; es sind gut zusammengestellte medizinische Richtlinien.

Die Unterscheidung von Patienten der Grundversorgung (Patientengruppe A) von denen, die spezialisierten Palliative Care benötigen, (Gruppe B) ist sinnvoll. Allerdings zielt diese nicht auf ein fachliches Problem, sondern auf die Finanzierungsfrage, was im Dokument auch so gesagt werden sollte. Der Titel im Kapitel 2.2. lautet, "Kriterien für eine Überweisung oder den Beizug von spezialisierter Palliative Care". Wenn damit gemeint wäre, dass die erfüllten Kriterien zur Überweisung in eine Palliativstation oder zum Beizug von spezialisierten Palliativmedizinern führen sollen, wäre dies eine inadäquate Forderung. Leistungen bei solchen Patienten müssen […] überall adäquat entgolten werden.

Wir sind bei Kriterium a) I. einverstanden, dass dies alles dringend behandlungsbedürftige Symptome sind, deren Behandlung abgegolten werden muss, nicht aber, dass es dazu immer Spezialinstitutionen braucht, wie man verstehen könnte. Insgesamt sind die Kriterien a) I-III und c) VIII-IX sehr häufig und nicht geeignet zur Diskriminierung von Palliativpatienten; alle Kriterien sind in der Inneren Medizin und Geriatrie sehr häufig. Das Kriterium c) XII könnte ganz anders interpretiert werden.

Deswegen haben wir im Palliative Care Konzept der Flury Stiftung folgende kurze Formulierung bzw. Vorgehensweise gewählt:

> Unter Palliative Care verstehen wir eine umfassende Behandlung und Betreuung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen oder chronisch fortschreitenden Krankheiten. Von diesem Angebot müssen alle Betroffenen in jedem Lebensalter und in jeder Krankheitssituation profitieren können. Auch in einer palliativen Situation sind rehabilitative, diagnostische und therapeutische Massnahmen möglich, wenn sie zur Verbesserung der Lebensqualität beitragen. Grundsätzlich kann ein Patient in einer palliativen Situation im häuslichen Umfeld oder im stationären Bereich betreut werden.

Palliative Care entspricht somit bei vielen Krankheitszuständen einer guten Normalversorgung. Da mit diesem Verständnis sehr viele Patienten Palliative Care benötigen, fordern Kostenträger eine strengere Definition, einen "Palliativ-Patienten im engeren Sinne", welchen wir nachfolgend definieren:

Definition des Palliativ-Patienten
Welche Kriterien erfüllt sein müssen, damit ein Patient mit einer unheilbaren, lebensbedrohlichen oder chronisch fortschreitenden Krankheit als Palliativ-Patient bezeichnet wird, ist nachfolgend definiert.

Kriterien zur Definition eines Palliativ-Patienten
Ein Palliativ-Patient muss alle A- und B-Kriterien sowie eines der C-Kriterien erfüllen.

A-Kriterien
1. Ein Mensch, der eine unheilbare,
2. lebensbedrohliche Krankheit
3. mit stark begrenzter Lebenserwartung hat,
4. bei dem keine lebensverlängernden Massnahmen angestrebt werden.

B-Kriterien
1. Eine Krankheitssituation, für die das engere Betreuungsteam einen Konsens gefunden hat, dass eine palliative Situation vorliegt.
2. Die Entscheidungsfindung ist gemäss den Richtlinien der Flury Stiftung abgelaufen und dokumentiert.

C-Kriterien
1. Ein Mensch, bei dem Sterben und Tod innert einer Zeitspanne von 2 bis 3 Monaten zu erwarten sind.
2. Ein Mensch, bei dem das Kriterium C 1 nicht erfüllt ist, der aber einen rasch progredienten Krankheitsverlauf zeigt.