



Kanton  
Obwalden

## **Palliative Care im Kanton Obwalden – Bericht der Arbeitsgruppe an den Regierungsrat**

14. Oktober 2014

Herr Landammann

Sehr geehrte Damen und Herren Regierungsräte

Die Arbeitsgruppe Palliative Care legt Ihnen gemäss Auftrag des Regierungsratsbeschlusses vom 12. März 2013 (Nr. 389) den Bericht zur Palliative Care im Kanton Obwalden vor.

<b>Zusammenfassung .....</b>	<b>3</b>
<b>I. Nationale Strategie Palliative Care .....</b>	<b>5</b>
1. Definition von Palliative Care .....	5
2. Bedarf von Palliative Care .....	5
3. Nationale Strategie 2010 – 2012 .....	6
4. Nationale Strategie 2012 – 2015 .....	6
5. Nutzen von Palliative Care .....	6
<b>II. Arbeitsgruppe Palliative Care im Kanton Obwalden .....</b>	<b>8</b>
6. Bildung der Arbeitsgruppe Palliative Care .....	8
7. Ziel und Auftrag der Arbeitsgruppe .....	9
8. Vorgehensweise der Arbeitsgruppe .....	9
<b>III. Handlungsfelder und Massnahmen Palliative Care im Kanton Obwalden .....</b>	<b>10</b>
9. Handlungsfeld „Versorgung“ .....	10
9.1 Nationale Strategie .....	10
9.2 Situation Kanton Obwalden .....	12
9.3 Massnahmenvorschläge der Arbeitsgruppe .....	17
10. Handlungsfeld „Finanzierung“ .....	27
10.1 Nationale Strategie .....	27
10.2 Situation Kanton Obwalden .....	27
11. Handlungsfeld „Sensibilisierung“ .....	28
11.1 Nationale Strategie .....	28
11.2 Situation Kanton Obwalden .....	28
11.3 Massnahmenvorschläge der Arbeitsgruppe .....	28
12. Handlungsfeld „Bildung“ .....	32
12.1 Nationale Strategie .....	32
12.2 Situation Kanton Obwalden .....	32
12.3 Massnahmenvorschläge der Arbeitsgruppe .....	33
13. Handlungsfeld „Forschung“ .....	39
13.1 Nationale Strategie .....	39
13.2 Situation Kanton Obwalden .....	39
14. Handlungsfeld „Übergreifend“ / Vernetzung .....	40
14.1 Nationale Strategie .....	40
14.2 Situation Kanton Obwalden .....	40
14.3 Massnahmenvorschläge der Arbeitsgruppe .....	40
<b>IV. Weiteres Vorgehen .....</b>	<b>46</b>
15. Umsetzung der Massnahmen .....	46
16. Weiterführung Arbeitsgruppe .....	47
<b>Glossar .....</b>	<b>48</b>
<b>Quellenverzeichnis .....</b>	<b>50</b>
<b>Anhänge .....</b>	<b>52</b>

## Zusammenfassung

Basierend auf dem Auftrag des Regierungsrats vom 12. März 2013 hat die Arbeitsgruppe mit verschiedenen Akteuren des Gesundheitswesens Massnahmen festgehalten, die aus ihrer Sicht zur Umsetzung von Palliative Care im Kanton Obwalden notwendig wären. Die Arbeitsgruppe stellt aufgrund ihrer Arbeiten, die neben der Nationalen Strategie massgeblich die konkrete Situation im Kanton Obwalden berücksichtigen, folgende Massnahmen bzw. Anträge:

### Massnahme 1: Stationäre Versorgung

Die Arbeitsgruppe unterstützt die Abklärungen des Kantonsspital betreffend Palliativbetten und bittet die Vertreterinnen und Vertreter des Spitals, ein allfälliges Konzept zu gegebenem Zeitpunkt der Arbeitsgruppe vorzustellen sowie dem Regierungsrat resp. Kantonsrat zu unterbreiten.

### Massnahme 2: 24-Stunden Spitex

Die interkommunale Aufsichtskommission der Einwohnergemeinden und die Spitex werden gebeten, Verhandlungen zur Erweiterung des Leistungsauftrags für eine 24-Stunden-Spitex in palliativen Situationen aufzunehmen.

### Massnahme 3: Konsiliardienst

Nach dem Entscheid zu den Palliativbetten am Kantonsspital Obwalden soll eine Projektgruppe mit Vertreterinnen und Vertretern aus Kanton, Einwohnergemeinden, Spitex, Alters- und Pflegeheimen, Hausärzten sowie dem Spital die Erarbeitung eines Grundkonzepts für einen Konsiliardienst in Palliative Care angehen.

### Massnahme 4: Runde Tische

Das Gesundheitsamt wird gebeten, eine Projektgruppe für die Erarbeitung eines Grundkonzepts mit Vertreterinnen und Vertretern aus Spitex, Hausärzten, Alters- und Pflegeheimen, dem Spital sowie weiteren potenziellen Teilnehmenden der Runden Tische (z.B. Seelsorge, Physiotherapie, Komplementärmedizin) zu initiieren.

### Massnahme 5: Sensibilisierung

Die Arbeitsgruppe beantragt, dass das Gesundheitsamt für die Sensibilisierungsschwerpunkte von Palliative Care folgende Beiträge ins Budget 2015 aufnimmt:

- Startveranstaltung, Fr. 8 550.-
- Infolyer, Fr. 6 100.-
- Medienarbeit, Fr. 850.-
- Infoveranstaltung für Politik, Fr. 500.-

Total Fr. 16 000.-

### Massnahme 6: Orientierung an Ausbildungsniveaus

Es sollen sich sämtliche Berufsgruppen und Organisationen, die mit Palliative Care Patientinnen und Patienten in Kontakt treten, an den für den Kanton Obwalden definierten Ausbildungsniveaus (in Anlehnung an SwissEduc) orientieren.

Die Arbeitsgruppe bittet für die Anschubfinanzierung der Weiter- und Fortbildung in Palliative Care

- beim Gesundheitsamt je einen Betrag von Fr. 22 700.- für die Budgets 2016 bis 2020 und
- die Gemeindepräsidienkonferenz einen Schlüssel für dessen Finanzierung sowie die entsprechenden Beträge für die Budgets 2016 bis 2020 vorzusehen.

*Massnahme 7: Ausgestaltung und Regelmässigkeit der Bildungsangebote*

Die Leistungserbringer sollen bei der Auswahl von Bildungsangeboten in Palliative Care für ihre Mitarbeitenden, die von der Arbeitsgruppe empfohlenen Richtwerte zur Ausgestaltung und Regelmässigkeit berücksichtigen.

Es ist unter den Leistungserbringern zu prüfen, ob sich eine Institution / Organisation als zentrale Stelle für Weiter- und Fortbildungen der Palliative Care im Kanton Obwalden zur Verfügung stellt.

*Massnahme 8: Zusätzliche Gefässe der Weiter- und Fortbildung*

Die Arbeitsgruppe beantragt die Sicherstellung von neuen Gefässen der Weiter- und Fortbildung im Rahmen des Projekts zum Konsiliardienst zu berücksichtigen.

*Massnahme 9: Verankerung im Gesundheitsgesetz*

„Unheilbar kranke oder sterbende Menschen haben Anspruch auf eine angepasste Betreuung sowie auf Linderung ihrer Leiden und Schmerzen nach den Grundsätzen der palliativen Medizin, Pflege und Begleitung.“ Die Arbeitsgruppe ist mit diesem Vorschlag zur Verankerung von Palliative Care im neuen Gesundheitsgesetz einverstanden.

*Massnahme 10: Charta*

Die Arbeitsgruppe beauftragt einen Ausschuss mit der Ausarbeitung einer Charta, mit deren Unterzeichnung sich die Leistungserbringer zur Einhaltung von Grundsätzen der Palliative Care aussprechen können.

Das Gesundheitsamt wird gebeten, für Gestaltungs-, Druck- und Portokosten einen Betrag von Fr. 4 000.- im Budget 2016 vorzusehen.

*Massnahme 11: Festlegung von Nationalen Standards für Obwalden*

Die Leistungserbringer sind angehalten, die nationalen Standards in ihrem Berufsalltag umzusetzen.

Bei Bedarf werden die nationalen Standards durch einen Ausschuss der Arbeitsgruppe für den Kanton Obwalden spezifisch aufbereitet und anschliessend an die Leistungserbringer verteilt.

*Massnahme 12: Fach- und Vernetzungstagung*

Die Arbeitsgruppe beantragt, dass das Gesundheitsamt für den Austausch und die Schulung von Leistungserbringern im Rahmen einer Fach- und Vernetzungstagung einen jährlichen Betrag von Fr. 2 000.- ab 2016 ins Budget aufnimmt.

*Massnahme 13: Koordinationsstelle*

Die Arbeitsgruppe Palliative Care empfiehlt der Arbeitsgruppe Analyse der Versorgungskette im Pflegebereich die Schaffung, Finanzierung und Zuständigkeit einer Koordinationsstelle als zentrales Element ihrer weiteren Arbeit zu behandeln.

Die Arbeitsgruppe ist der Meinung, dass mit der Realisierung dieser Massnahmen, Palliative Care im Kanton Obwalden situationsgerecht und auf verhältnismässige Art und Weise umgesetzt werden kann.

## I. Nationale Strategie Palliative Care

### 1. Definition von Palliative Care

„Palliative Care verbessert die Lebensqualität von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten. Sie umfasst medizinische Behandlungen, pflegerische und betreuende Interventionen, psychische, soziale und spirituelle Unterstützung in der letzten Lebensphase. Mit dieser Definition folgt das Bundesamt für Gesundheit (BAG) der Weltgesundheitsorganisation (WHO), wonach Palliative Care den Patientinnen und Patienten eine ihrer Situation angepasste optimale Lebensqualität bis zum Tode gewährleisten und die nahestehenden Bezugspersonen angemessen unterstützt werden sollen.

Palliative Care beugt somit Leiden und Komplikationen vor, indem möglichst umfassend auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten eingegangen wird, unabhängig vom Geschlecht, Lebensalter, sozioökonomischen Status, Lebensort und kultureller sowie religiöser Herkunft. Die betroffenen Personen stehen im Mittelpunkt und sollen – soweit möglich – selber bestimmen, wie sie ihre letzte Lebensphase gestalten möchten.

Die Möglichkeiten von Palliative Care sind vorausschauend und frühzeitig miteinzubeziehen, in Ergänzung zu kurativen und rehabilitativen Massnahmen.

Der Schwerpunkt von Palliative Care liegt aber in der Zeit, in der die Kuration der Krankheit als nicht mehr möglich erachtet wird und kein primäres Ziel mehr darstellt.

Palliative Care bedeutet dementsprechend Sterbebegleitung durch Unterstützung und Betreuung, die hauptsächlich Leiden lindern und die bestmögliche Lebensqualität gewährleisten will. Palliative Care bejaht das Leben und sieht das Sterben als normalen Prozess; weder beschleunigt noch verhindert sie den Tod. Im Gegensatz zur *Sterbehilfe*, die Fremdtötungen durch Intervention eines Dritten umschreibt, geht es bei der *Sterbebegleitung* von Palliative Care darum, den nahenden Tod begleitenden Beschwerden erträglicher zu machen und stellt insofern eine klare Alternative zur Suizidhilfe dar.

### 2. Bedarf von Palliative Care

Die Zahl der jährlichen Todesfälle in der Schweiz wird aus demografischen Gründen in den nächsten Jahren zunehmen. Heute sterben in der Schweiz jährlich rund 60 000 Menschen jeden Alters. Das Bundesamt für Statistik (BFS) rechnet damit, dass diese Zahl bis im Jahr 2050 auf 90 000 Menschen ansteigt.

Gleichzeitig sind mehr Menschen in der Schweiz von unheilbaren, fortschreitenden Krankheiten betroffen. Ebenso sind die Krankheitsverläufe komplexer geworden und es hat eine Verlängerung der letzten Lebensphase stattgefunden. Nur etwa zehn Prozent der Menschen, die jährlich in der Schweiz sterben, scheiden plötzlich und unerwartet aus dem Leben. Die Mehrheit der Menschen stirbt nach einer über längere Zeit langsam zunehmenden Pflegebedürftigkeit.

Die Mehrheit der Patientinnen und Patienten, die an einer Krebserkrankung oder einer anderen schweren, unheilbaren chronischen Erkrankung leiden, hat Schmerzen, Atemnot und andere körperliche Symptome oder benötigt Hilfe und Unterstützung im psychosozialen oder spirituellen Bereichen. Schmerzen sind in der Endphase von Krebserkrankungen und anderen terminalen Krankheitsverläufen das häufigste körperliche Symptom, das die Lebensqualität deutlich mindert. Schmerztherapien sind somit ein sehr wichtiger Aspekt von Palliative Care zur Stärkung der Selbstbestimmung in der letzten Lebensphase.

### **3. Nationale Strategie 2010 – 2012**

Eine Untersuchung des BAG und der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (GDK) im Jahr 2008 hat ergeben, dass in der Schweiz im Bereich Palliative Care Lücken in der Versorgung, Finanzierung, Information, Bildung und der Forschung bestehen.

Eine repräsentative Bevölkerungsumfrage zu Palliative Care ergab zudem, dass rund 75 Prozent der Menschen in der Schweiz zu Hause sterben möchten. Die Realität zeigt jedoch ein anderes Bild: Im Jahr 2007 ereigneten sich 34 Prozent der Todesfälle von Personen über 75 Jahren im Spital, 51 Prozent im Pflegeheim (bzw. einer anderen sozialmedizinischen Institution) und 15 Prozent zuhause.

BAG und GDK haben aufgrund dessen im Jahr 2009 im Rahmen der Plattform „Nationale Gesundheitspolitik“ beschlossen Palliative Care in der Schweiz zu fördern.

Mit der „Nationale Strategie Palliative Care 2010-2012“ wurde einerseits der politische Handlungsbedarf festgehalten und andererseits das Hauptziel definiert, Palliative Care gemeinsam mit den wichtigsten Akteuren im Gesundheits-, Sozial-, Bildungs- und Forschungswesen zu verankern. Die Nationale Strategie soll sicherstellen, dass alle schwerkranken und sterbenden Menschen in der Schweiz ihrer Situation angepasste Palliative Care erhalten und dadurch ihre Lebensqualität verbessert wird.

Zur Erreichung des Hauptziels wurden sechs Handlungsfelder definiert: Versorgung, Finanzierung, Sensibilisierung, Bildung, Forschung und „übergreifend“. Jedes Handlungsfeld wurde mit einem Oberziel und diversen Unterzielen versehen.

Ausgehend von diesen Handlungsfeldern wurden in Fachgremien nationale Leitlinien und diverse Konzepte (Versorgung, Indikationskriterien, Bildung und Sensibilisierung) erstellt. Diese Zusammenarbeit zwischen Bund und Kantonen im Rahmen der Nationalen Strategie ermöglicht es auch den kleineren Kantonen die Thematik anzugehen. Müssten die erwähnten Grundlagen auf kantonaler Ebene selber erarbeitet werden, wären die Ressourcen nicht vorhanden.

### **4. Nationale Strategie 2012 – 2015**

Trotz vielfältiger Grundlagenarbeit bis Ende 2012, wurde der Bedarf nach zusätzlichen Aktivitäten ersichtlich, um das Hauptziel der Nationalen Strategie Palliative Care zu erreichen. Infolgedessen entschieden BAG und GDK die Nationale Strategie Palliative Care bis 2015 zu verlängern. Der Schwerpunkt der zweiten Phase liegt in der besseren Verankerung von Palliative Care in der Grundversorgung sowie in bestehenden Strukturen des Gesundheits- und Bildungswesens. Damit soll gewährleistet werden, dass schwerkranke und sterbende Menschen in der Schweiz überall Zugang zu bedürfnisgerechter Palliative Care erhalten.

### **5. Nutzen von Palliative Care**

Den grössten Anteil der Kosten in der letzten Lebensphase machen Hospitalisationen und Akutbehandlungen aus.

Eine Analyse von 15 internationalen Studien durch das BAG zeigt deutlich, dass die Kosten im öffentlichen Gesundheitswesen durch Palliative Care gedämpft werden können, weil im Spitalbereich kürzere Aufenthaltszeiten, weniger Notfallhospitalisationen und weniger Aufenthalte auf Intensivstationen erreicht werden. Die vorhandenen personellen und finanziellen Ressourcen im Gesundheitswesen werden durch Palliative Care wirksam, zweckmässig und effizient eingesetzt.

Grund dafür sind einerseits mithilfe von Palliative Care verbesserte Schnittstellen zwischen dem ambulanten und dem stationären Leistungsbereich. Durch ein breites und vernetztes Team von Fachpersonen können Hospitalisationen in vielen Fällen verkürzt oder sogar vermieden werden.

Andererseits trägt Palliative Care als ganzheitliches und interdisziplinäres Modell zur Vermeidung von Fehlversorgung bei. Durch Vorausplanung und bewussten Steuerung der medizinischen und pflegerischen Massnahmen werden neben unnötigem Leid ineffektive und ineffiziente Behandlungen, und damit letztendlich unnötige Kosten am Lebensende, vermieden.

Es zeigt sich, dass Patientinnen und Patienten mit Wissen über das Vorhandensein von Palliative Care vermehrt auf nicht (mehr) erwünschte Behandlungen verzichten.

Druck von Angehörigen, sei dies durch Möglichkeiten der heutigen Spitzenmedizin oder Spannungen und Konflikte zwischen Patienten, Medizinalpersonen, Betreuenden und Familienmitgliedern, kommen häufig vor. Sie sind in der Regel Ausdruck unterschiedlicher oder unerfüllbarer Erwartungen. Nur die wiederholte und authentische Information erlaubt es den Beteiligten, realistische Erwartungen zu entwickeln. Dies bedingt aber, dass auch die medizinischen und pflegerischen und betreuenden Fachpersonen stärker sensibilisiert und speziell ausgebildet sind, damit sie hauptsächlich für die Patientinnen und Patienten verhältnismässige und wünschbare Behandlungsmethoden vorschlagen.

Patientinnen und Patienten kann in gewissen Situationen mit alternativen Behandlungsmethoden (z.B. Physiotherapie) eine höhere Lebensqualität geboten werden, als mit umfangreichen medizinischen Behandlungen, die wesentlich höhere Kosten verursachen. Der Verzicht auf eine unbegrenzte Weiterführung des Kampfes gegen die Krankheit kann zudem den Patientinnen und Patienten sowie ihren Angehörigen Raum und Zeit geben, um Abschied zu nehmen und wichtige Dinge zu regeln.

## II. Arbeitsgruppe Palliative Care im Kanton Obwalden

### 6. Bildung der Arbeitsgruppe Palliative Care

Ausgehend von der Nationalen Strategie hat das Finanzdepartement des Kantons Obwalden am 17. Oktober 2012 verschiedene Akteure aus den Bereichen Pflege, Medizin, Betreuung/Beratung und Politik zu einem Workshop eingeladen. Obwohl das Thema in allen Institutionen zunehmend an Bedeutung gewinnt, wurde von den rund 40 Teilnehmenden diverser Handlungsbedarf im Kanton Obwalden festgestellt.

Die Teilnehmenden waren sich einig, dass mit diesem Workshop ein erster wichtiger Schritt für die Umsetzung der Nationalen Strategie im Kanton Obwalden gemacht wurde. Es zeigte sich aber auch, dass Bedarf an weiterer intensiver Behandlung des Themas besteht. Deshalb erklärten sich mehrere Teilnehmende bereit, den Handlungsbedarf detailliert aufzulisten. Sie folgten dabei den Handlungsfeldern aus der Nationalen Strategie und hielten den aus ihrem Arbeitsalltag festgestellten Handlungsbedarf für den Kanton Obwalden fest (siehe Anhang A). Der aufgelistete Handlungsbedarf wurde dem Regierungsrat zusammen mit einem Antrag zur Bildung einer Arbeitsgruppe Palliative Care unter der Leitung des Finanzdepartements im Februar 2013 vorgelegt.

Mit Beschluss vom 12. März 2013 (Nr. 389) hat der Regierungsrat der Bildung einer Arbeitsgruppe Palliative Care zugestimmt.

Die Arbeitsgruppe setzt sich wie folgt zusammen:

Vorsitzender Projektgruppe:	Regierungsrat Hans Wallimann, Vorsteher Finanzdepartement
Operative Projektleitung:	Lydia Hümbeli, Projektverantwortliche Gesundheitsamt
Stellvertretung:	Seraina Grünig, Stv. Departementssekretärin FD
Kanton:	Werner Gut, Gesundheitsamt Patrick Csomor, Leiter Gesundheitsamt
Einwohnergemeinden:	Thomas Wallimann, Gemeinderat Alpnach Beat von Deschwanden, Gemeinderat Kerns Franziska Meyer-Stockmann, Sozialkommission Sarnen
Ärzte:	Kantonsarzt Dr. Mario Büttler Dr. Leo Spichtig, Hausarzt
Kantonsspital:	Chefarzt Dr. Thomas Kaeslin Veronika Lagger, Stv. Leitung Pflege
Alters- und Pflegeheime:	Marie-Theres Amrhein, Pflegefachfrau Am Schärme Sarnen Yvonne Lose, Pflegefachfrau Erlenhaus Engelberg
Spitex:	Rosmarie Strahberger, Pflegeexpertin Manuela Sury, Pflegefachfrau
Dekanat:	Niklaus Schmid
Weitere medizinische Berufe:	Urs Keiser, Physiotherapeut Martin Schiewek, Homöopath
Beratung & Betreuung:	Franziska Schilter, SRK Theres Ettlín, Alzheimervereinigung Esther Rüfenacht, Suchtberatung Obwalden

## **7. Ziel und Auftrag der Arbeitsgruppe**

Ziel und Auftrag des Regierungsrats an die Fachgruppen lautete: Ausgehend vom Handlungsbedarf werden in den Themenbereichen „Versorgung/Finanzierung“, „Sensibilisierung“, „Forschung und Bildung“ sowie „Vernetzung“ Massnahmen und Lösungsansätze definiert, die eine Umsetzung von Palliative Care im Kanton Obwalden ermöglichen sollen.

## **8. Vorgehensweise der Arbeitsgruppe**

Die Arbeitsgruppe hat sich für eine Vorgehensweise nach dem „bottom – up“ Ansatz ausgesprochen. Das heisst, der Kanton erstellt nicht von sich aus ein Konzept, welches die Institutionen und Organisationen anschliessend umsetzen müssen. Die Arbeitsgruppe geht vielmehr von den Erfahrungen des Arbeitsalltags an der Basis aus, da die Leistungserbringer besser sehen, wo im Kanton Obwalden Handlungsbedarf im Bereich der Palliative Care besteht.

Demzufolge wollten die Vertreterinnen und Vertreter aus den Gemeinden, Institutionen und Organisationen zusammen mit dem Kanton Vorschläge für eine realistische und situationsgerechte Umsetzung erarbeiten. Die Nationale Strategie Palliative Care wirkt dabei richtungsweisend, Ausgangspunkt ist aber auch immer die konkrete Situation des Kantons Obwalden mit dessen eigenen Strukturen und Angeboten. Denn die Umsetzung von Palliative Care erfolgt schlussendlich bei den Institutionen und Akteuren.

Die Arbeitsgruppe war zu gross, um alle Handlungsfelder im Plenum bearbeiten zu können. Es wurden deshalb drei Fachgruppen gebildet: „Versorgung und Finanzierung“, „Sensibilisierung“ sowie „Forschung und Bildung“. Diese Themenaufteilung entspricht sowohl der Projektorganisation der Nationalen Strategie, als auch dem Auftrag des Regierungsrats.

Die Fachgruppen setzen sich auf Wunsch der Teilnehmenden aus Mitgliedern der verschiedenen Tätigkeitsfelder zusammen. Dies um den wichtigen Aspekten der Vernetzung und Interdisziplinarität von Beginn an genügend Beachtung zu schenken. Die Vernetzung wird denn auch von allen Fachgruppen im Bereich ihrer Analysen zusätzlich berücksichtigt.

### III. Handlungsfelder und Massnahmen Palliative Care im Kanton Obwalden

Basierend auf den Arbeiten in der Fachgruppen hat die Gesamtarbeitsgruppe diverse Massnahmen festgehalten, die aus ihrer Sicht zur Umsetzung von Palliative Care im Kanton Obwalden notwendig wären.

In den nachfolgenden Kapiteln werden diese Massnahmen ausgehend von den Handlungsfeldern der Nationalen Strategie und der konkreten Situation im Kanton Obwalden ausgeführt. Zudem werden auf den Massnahmenvorschlägen aufbauend, Anträge formuliert.

#### 9. Handlungsfeld „Versorgung“

##### 9.1 Nationale Strategie

**Oberziel Nationale Strategie:** *„In der Schweiz stehen genügend Angebote der Palliative Care zur Verfügung.“*

Die Angebote von Palliative Care werden in der Nationalen Strategie nach Patientengruppen (siehe Punkt 9.1.1) in einer sogenannten Versorgungsstruktur (siehe Punkt 9.1.2) festgehalten.

##### 9.1.1 Patientengruppen

Palliative Care orientiert sich an den Bedürfnissen, Symptomen und Problemstellungen der betroffenen Patientinnen und Patienten sowie ihrer nahestehenden Bezugspersonen. Aufgrund der unterschiedlichen Bedürfnisse wird zwischen Patientinnen und Patienten in der Grundversorgung (Patientengruppe A) sowie Patientinnen und Patienten in der spezialisierten Palliative Care (Patientengruppe B) unterschieden.

Die *Patientengruppe 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. Diese Patientengruppe kann grösstenteils im Rahmen der Grundversorgung betreut werden – immer unter der Voraussetzung, dass genügend Fachpersonen mit den entsprechenden Kompetenzen zur Verfügung stehen.

Unter der zahlenmässig kleineren *Patientengruppe B* befinden sich Patientinnen und Patienten, die auf Unterstützung durch ein spezialisiertes Palliative-Care-Team angewiesen sind. Dies, weil sie eine instabile Krankheitssituation aufweisen, eine komplexe Behandlung bzw. die Stabilisierung von bestehenden Symptomen benötigen. Dazu gehören auch Patientinnen und Patienten, die weiterhin durch die Grundversorgung betreut werden sollen bzw. wollen, wo aber die Leistungserbringer der Grundversorgung an ihre Grenzen stossen und auf zusätzliche Unterstützung durch spezialisierte Fachpersonen angewiesen sind.

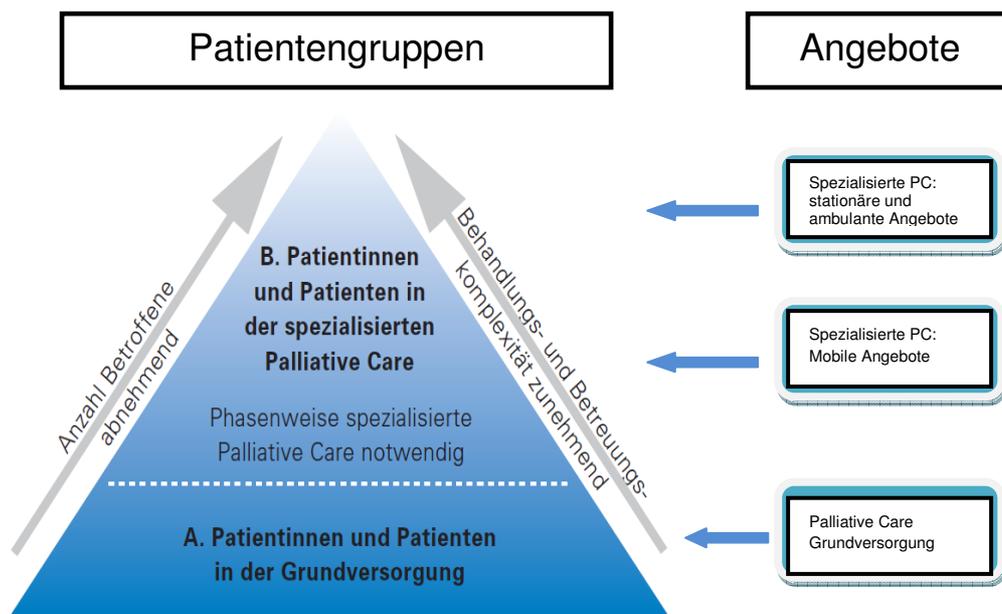


Bild 1: Patientengruppe A & B, BAG und GDK

Der Übergang zwischen den beiden Gruppen ist fließend. Das heisst, eine Patientin, ein Patient kann im Verlauf des Lebens zu beiden Gruppen gehören. Da es einer kranken Person zeitweise auch wieder besser gehen kann, wechseln sich Phasen der Instabilität und Komplexität der Gruppe B mit Phasen der Gruppe A ab.

### 9.1.2 Versorgungsstruktur

Ausgehend von den beiden Patientengruppen A und B wurden die Versorgungsstrukturen für die Schweiz festgelegt:

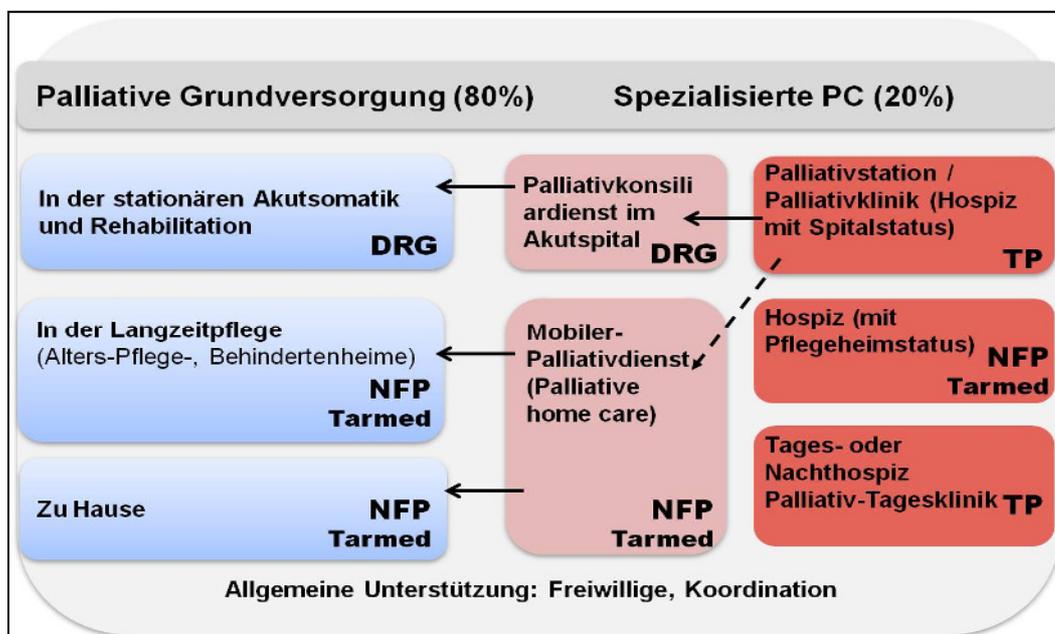


Bild 2: Versorgungsstruktur der Palliative Care, BAG und GDK

Unter die Leistungserbringer in der *Grundversorgung* (hauptsächlich für Patientengruppe A) fallen die Akutspitäler, Alters- und Pflegeheime, niedergelassenen Ärzte, die Spitex und die Ambulatorien.

Für Menschen mit komplexen Krankheiten und aufwändiger Betreuung (hauptsächlich Patientengruppe B) braucht es *spezialisierte Angebote*. Zu den spezialisierten Angeboten gehören Palliativstationen in Akutspitälern, stationäre Hospize, Tages- oder Nachthospize, Palliativ-Ambulatorien sowie mobile Palliativdienste.

Zwischen der Grundversorgung und der spezialisierten Versorgung gibt es auch Angebote, die *unterstützend* wirken. Es handelt sich um Angebote wie Konsiliardienste oder mobile Palliativdienste.

Die Konsiliardienste und die mobilen Dienste sind spezialisierte, interprofessionell arbeitende Teams, die sich in erster Linie an die Betreuenden (Fachpersonen und Angehörige) wenden und erst in zweiter Linie an die Patientinnen und Patienten. Sie unterstützen die Leistungserbringer der Grundversorgung und sind sowohl beratend als auch anleitend tätig.

Unterstützend sind auch Freiwillige und Ehrenamtliche tätig und bieten sowohl den Patientinnen und Patienten sowie den Angehörigen mitmenschliche Begleitung und Beratung in der Zeit der Krankheit, des Schmerzes, des Abschieds und der Trauer.

## 9.2 Situation Kanton Obwalden

### 9.2.1. Bedarf von Palliative Care im Kanton Obwalden

Gemäss einem mittleren Szenario des Bundesamtes für Statistik (BFS) nimmt die Bevölkerung des Kantons Obwalden zwischen 2010 und 2035 um 16 Prozent von 35 400 auf 41 200 Personen zu.

Dabei ist insbesondere der wachsende Anteil der älteren Bevölkerungsgruppe zu beobachten. Während die Zahl der Personen im erwerbsfähigen Alter von 21 500 auf 20 400 (-5%) abnimmt, erhöht sich die Zahl der Personen im Pensionsalter um 114 Prozent von 5 500 auf 11 700 Personen. Ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung nimmt zwischen 2010 und 2035 von 15 Prozent auf 28 Prozent zu.

Der Altersquotient, d.h. die Zahl der Personen ab 65 Jahren pro hundert 20- bis 64-Jährige, erhöht sich von 25 im Jahr 2010 auf 58 im Jahr 2035.

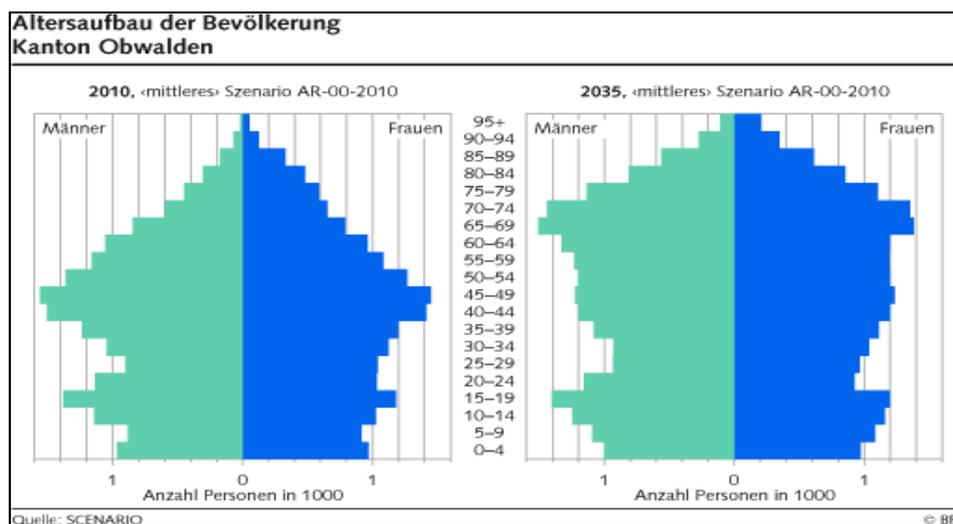


Bild 3: Bevölkerungsentwicklung Kanton Obwalden „mittleres Szenario“, BFS

Dieser demografische Wandel führt dazu, dass im Kanton Obwalden immer mehr ältere Menschen leben, die in der letzten Lebensphase Pflege und Begleitung benötigen.

Angebote für schwerkranke und sterbende Menschen werden somit auch in Obwalden immer wichtiger.

9.2.2. Angebote im Kanton Obwalden

Das Gesundheitsamt hat bei verschiedenen Institutionen Ende 2011 für Palliative Care folgende Situation für den Kanton Obwalden erhoben:

Einschätzung: Versorgungsstruktur Palliative Care im Kanton Obwalden: Ist-Situation 2011

PC in der Grundversorgung (80%)	Spezialisierte PC (20%)		Koordination	Information / Öffentlichkeitsarbeit
<b>Palliative Care im stationären Akutbereich</b> - Kantonsspital Obwalden Akutspital hat Grundversorgungsauftrag für die Obwaldner Bevölkerung. Keine palliative Bettenabteilung. Im Rahmen des KSOW-Konzeptes gibt es eine Definition der patientenzentrierten Pflege, aber kein Konzept zur Palliative Care.	<b>Palliativ-Konsiliardienst</b>  Nicht vorhanden	<b>Palliativstation / Palliativklinik</b>  Nicht vorhanden	Nicht vorhanden.  Absprachen laufen zwischen Hausarzt, Spital und Spitex. Keine Schnittstellen geklärt.  Im Frühling 2012 ist ein erster Workshop mit allen Akteuren und Beteiligten geplant (mit der Zielsetzung zur Umsetzung der Nationalen Strategie)	Noch nicht angelaufen.       ÖA wird in ein Gesamtkonzept eingebunden (Start 2012)
<b>Palliative Care im Langzeitbereich</b> - 7 Betagtenheime und Alterssiedlungen wurden angefragt. 3 Organisationen gaben eine Rückmeldung: ■ In einer Organisation besteht ein aktueller Konzeptentwurf „Sterbegleitung und Todesfall“ und verfügt über 3 Fachpersonen mit spezialisierter Ausbildung. PC gibt als eines der Kerngeschäfte. ■ Eine Organisation wird im 2012 die MA vertieft ausbilden lassen. Bei den anderen Org. ist nicht bekannt, ob ein Konzept zu PC vorhanden ist.				
<b>Palliative Care im ambulanten Bereich (zu Hause)</b> ■ Aus der Ärzteschaft sind keine ausgebildeten Fachpersonen bekannt. ■ Spitex erbringt Leistungen gemäss KVG - Einsatzzeiten von 07.00 – 23.00 Uhr. - In der Terminalphase kann bei bereits betreuten Klienten ein Nachtschichtdienst errichtet werden. - Spitex Obwalden beschäftigt zu 70 % eine Pflegeexpertin mit MAS Palliative Care. - Punktuelle und situative Schulung und Beratung seitens MAS (z. B. WB zum Thema Schmerzen, Beratung in komplexen Situationen, Fallbesprechungen) erfolgen bereits heute. - Ein Konzept ist nicht vorhanden. Start konzeptionelle Arbeit ist auf 2012 geplant. - Personal ist sensibilisiert auf das Thema und gelangt heute früher an MAS als noch vor einem Jahr. - Bereitschaft des Personals in PC einzusteigen ist extrem hoch.	<b>Mobiler Palliativdienst</b>  Nicht vorhanden	<b>Stationäres Hospiz</b>  Nicht vorhanden		
<b>Allgemeine Unterstützung: Freiwillige und Ehrenamtliche:</b> Gremlin-Stiftung: Gremlinstiftung bietet Sterbegleitungen an (keine Pflegeleistungen), Caritas übernimmt Weiterbildung.				

Bild 4: IST-Situation Palliative Care im Kanton Obwalden, erhoben vom Gesundheitsamt 2011

Die Fachgruppe „Versorgung“ hat durch gezielte Befragungen im Sommer 2013 diese Angaben konkretisiert. Es wurden möglichst viele Institutionen und Organisationen, die in Kontakt mit sterbenden Personen stehen, befragt zu:

- Was ist in den Organisationen betreffend Palliative Care vorhanden?
- Wo sehen sie Hürden betreffend Umsetzung Palliative Care?
- Wie funktioniert die Finanzierung?

Die Antworten ergeben zusammengefasst folgendes Bild<sup>1</sup>:

*Kantonsspital Obwalden*

Das Kantonsspital Obwalden (KSOW) als Grundversorgerspital hat gemäss internen Richtlinien eine enge Vernetzung mit der Onkologie des Luzerner Kantonsspitals und der Tagesklinik KSOW. Das KSOW verfügt jedoch über kein übergreifendes Palliativkonzept und wünscht sich ein Expertenteam, dies auch für die Erarbeitung eines umfassenden Konzepts und die dazugehörigen zeitlichen Ressourcen. Es gibt keine räumliche und/oder organisatorische Trennung

<sup>1</sup> Details siehe Anhang B

von Akutspital und Palliative Care. Pro Jahr betreut das KSOW im Akutspital rund 30 palliative Patientinnen und Patienten.

#### *Psychiatrie Obwalden/Nidwalden in Sarnen (PONS)*

Die PONS steht unter täglichem Kontakt mit den zuständigen Ärzten und vollbringt bei palliativen Patientinnen und Patienten des KSOW Konsiliardienste. Bei Bedarf (nicht standardisiert) bietet sie beispielsweise auch psychoonkologische Begleitung an.

#### *Spitex Obwalden*

Die Spitex ist ein weiterer Hauptakteur der Palliative Care im Kanton und hat ein internes Konzept erarbeitet. Sie verfügt über eine Pflegeexpertin / MAS Palliative Care. Pro Pflegegruppe ist eine Mitarbeitende als Palliative-Verantwortliche, mit mindestens fünf Tagen Weiterbildung, eingebunden. Palliative Care ist in der täglichen Arbeit verankert. Die Zusammenarbeit mit den Hausärzten und/oder Onkologie zeigt sich aufwändig und oft schwierig (Erreichbarkeit, keine gemeinsame Visite etc.), was in gewissen Situationen zu einem Spitaleintritt führt. Dies verursacht für die Spitex viel Koordinationsleistung. Diese können seit kurzem durch die Krankkasse abgerechnet werden.

Pro Monat werden von der Spitex durchschnittlich drei bis vier Palliativpatientinnen und –patienten betreut, wobei diese Zahlen zwischen den Monaten stark schwanken können.

#### *Curaviva Obwalden / Alters- und Pflegeheime*

Curaviva verfügt mit sieben Betagteninstitutionen als Grundversorger über viel Fachwissen und pflegt eine vernetzte Zusammenarbeit.

Nicht alle Mitarbeitenden der Alters- und Pflegeheime sind in Palliative Care geschult.

Die Pflege und Betreuung von komplexen Fällen gestaltet sich oft schwierig, da es an ausgebildetem Personal und Spezialisten fehlt, wie auch an Instrumenten von Ärzten. Ein Pflegenotstand kann in gewissen Bereichen mit spezifischen Kompetenzen aus Sicht von Curaviva nicht mehr verneint werden.

Für komplexe und spezialisierte Palliativfälle wäre es hilfreich eine aufsuchende Spezialistin bzw. Spezialisten, die dem Team zur Seite steht, abrufen zu können.

#### *OW~cura*

Die Vereinigung der Hausärzte sieht als Schwierigkeit die Vernetzung und die Kommunikation. Es fehlt an einer gemeinsamen Kommunikationsplattform. Die digitalen Mittel sind sehr unterschiedlich.

Die meisten Ärzte haben innerhalb der letzten zehn Jahren eine Weiterbildung im Bereich Palliative Care absolviert. Sie koordinieren aber keine Weiterbildung und tauschen auch keine Erfahrungen aus.

Auf die Frage, wer das Case Management übernehmen sollte, waren die Hausärzte einhellig der Meinung, dass dies ihre Aufgabe sei. Grundsätzlich passiert dies heute auch so. Das Engagement ist jedoch unterschiedlich. Die Finanzierung des Case Managements sei tendenziell zu knapp bemessen.

Gegenüber einer gemeinsamen Datenbank äussert sich die Hälfte sehr positiv, die andere Hälfte erachtet dies als no-go.

Grösste Wünsche für die Umsetzung der Nationalen Strategie im Kanton: 24-Stunden-Abdeckung, Fortbildung von Pflegepersonal, bessere Kommunikation, gute Vernetzung, keine Papiertiger, bessere Regelung für Personen ohne Netzwerk etc.

#### *Physiotherapeuten*

Da sie im Grunde die verlängerten Arme der Ärzte sind (führen Verordnungen aus), müsste sich bei letzteren was ändern.

#### *Rütimattli*

Die Stiftung Rütimattli betreut selten Palliative Care Patientinnen und Patienten.

#### *Einwohnergemeinden*

Gemäss Rückmeldungen bestehen in den Einwohnergemeinden Angebote, die sehr spezifisch und situativ helfen: Spitex, Private Spitex, Witwentreffen, Sterbebegleitung, Mahlzeitendienst etc. Die Einwohnergemeinden sprechen diversen Institutionen Beiträge. Eine genaue Übersicht welchen Organisationen und Institutionen wie viel Geld bezahlt wird, fehlt.

#### *Dekanat Obwalden und reformierte Landeskirchgemeinden Obwalden*

Die Seelsorger der Gemeinden gewährleisten die spirituelle Dimension von Palliative Care, leider fehlt vielfach die Vernetzung und sie werden oft erst spät in Palliative Care Situationen miteinbezogen. Sie würden deshalb eine Koordinationsstelle unterstützen. Sie bieten auch Trauerbegleitung für die Angehörigen an. Das Seelsorge-Pflegegeheimnis stellt teilweise eine Hürde dar.

#### *Emma Gremlin Stiftung*

Die Stiftung bietet in allen Gemeinden Sterbebegleitungen an. Diese Freiwilligen haben keine medizinische Ausbildung und bieten ausschliesslich Begleitungen an.

#### *Rotes Kreuz Unterwalden (SRK)*

Das SRK bietet einen Entlastungsdienst für pflegende Angehörige an. Zusätzlich stehen Weiterbildungsangebote für pflegende Angehörige im Bereich der Palliative Care zur Verfügung.

#### *Diverse Beratungsorganisationen*

Weitere kantonale Organisationen wie die Suchtberatung, Pro Senectute, die Alzheimervereingung OW/NW, die Krebsliga Zentralschweiz und IG-Alter bieten hauptsächlich Sozialberatungen und zum Teil finanzielle Unterstützung für Betroffene an.

#### *Caritas Luzern*

Die Caritas führt eine Fachstelle Begleitung in der letzten Lebensphase mit Bildungsangeboten und Support für Freiwillige in Palliative Care. Auch Obwaldnerinnen und Obwaldner kontaktieren diese Fachstelle regelmässig.

Die Freiwilligen bezahlen die Kurse und die Koordinationsarbeiten selber, wobei sie oft an die finanziellen Grenzen geraten. Weiter organisiert die Caritas Austauschtreffen für Gruppenleiterinnen von Sterbebegleitgruppen.

#### *Hospiz Zentralschweiz*

Am 2. Juni 2014 wurde die Stiftung Hospiz Zentralschweiz gegründet. Die Eröffnung des Hospiz Zentralschweiz ist auf das zweite Halbjahr 2016 geplant.

Sterbende, die älter als 18 Jahre sind, soll im Hospiz eine würdige Gestaltung des letzten Lebensabschnittes durch eine liebevolle und individuelle Begleitung und Betreuung ermöglicht werden.

#### *Therapeuten / Komplementärmedizin*

Die meisten Therapeuten / Komplementärmediziner finden den Gedanken Palliative Care interessant. Aufgrund der fehlenden Vernetzung, ist die Umsetzung aber schwierig. Sie sind meist alleine und können dementsprechend die Verantwortung für die Begleitung nicht übernehmen. Der Aufwand wäre zu hoch.

Wenig Zusammenarbeit mit Kantonsspital, Onkologie und Komplementärmedizin. Wo eine Zusammenarbeit stattfindet, sind die Erfahrungen aber gut.

### *Psychologen*

Die Krebsliga bietet nebst sozialer Beratung auch psychologische Begleitung an.

### *Zahnärzte*

Einzelne Zahnärzte machen Hausbesuche in palliativen Situationen, wenn es den Betroffenen nicht mehr möglich ist, zu ihnen in die Praxis zu kommen.

### *Kulturelle Netzwerke*

Die Sterbe- und Trauerbegleitung ist in kulturellen Netzwerken (z.B. Italiener, Kurden, Tamilen, Portugiesen) oft sehr weit fortgeschritten und breit „organisiert“.

### 9.2.3. Einschätzung der Versorgung im Kanton Obwalden

Die Arbeitsgruppe Palliative Care ist der Ansicht, dass eine umfassende Versorgungsstruktur und damit die einzelnen Angebote zunehmend an Bedeutung gewinnen.

Früher wurden viele schwerkranken und sterbenden Menschen zu Hause betreut. Die Familienstrukturen verändern sich jedoch zunehmend, was die Pflege durch nahe Angehörige erschwert. Viele alte Leute sind heute alleine. Zudem darf die Pflege zu Hause gemäss Fachpersonen auch nicht verherrlicht werden: Pflege zu Hause bedeutet nicht immer die beste Lösung. In solchen Situationen braucht es weiterführende Angebote.

Gemäss Rückmeldungen (siehe Punkt 9.2.2) sind bereits viele Angebote der Palliative Care in Obwalden vorhanden, auch wenn sie eventuell nicht unter diesem Begriff bekannt sind.

Für den Kanton Obwalden scheint eine Konzentration auf die **Grundversorgung** angebracht, da 80 Prozent aller Palliativpatientinnen und –patienten (Patientengruppe A) im Rahmen dieser Grundversorgung gepflegt werden können.

Im Bereich der Grundversorgung werden die palliativen Patientinnen und Patienten des Kantons Obwalden insbesondere durch Hausärzte, Kantonsspital, Spitex sowie Alters- und Pflegeheime betreut.

Bei allen Grundversorgern besteht aus Sicht der Arbeitsgruppe Verbesserungsmöglichkeiten bezüglich einheitlichen Qualitätsstandards, Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie Vernetzung. Internationale Erfahrungen zeigen, dass bei entsprechender Basisqualifikation in Palliative Care ca. 80 bis 85 Prozent aller am Lebensende auftretenden Probleme durch verbesserte Strukturen der Grundversorgung gemindert werden können. Die Arbeitsgruppe ist sich einig, dass auch in Obwalden die vorhandenen Angebote bezüglich Bildung und Vernetzung Verbesserungspotenziale aufweisen. Diese Themen werden spezifisch in weiterführenden Kapiteln abgehandelt. An dieser Stelle liegt der Fokus auf dem „Vorhandensein“ der Angebote.

Diesbezüglich stellt die Arbeitsgruppe fest, dass in Obwalden keine eigene stationäre Versorgung für Obwaldner Patientinnen und Patienten besteht (vgl. Massnahmen 1). Zudem ist keine durchgehende Pflege und Betreuung der Spitex gewährleistet (vgl. Massnahme 2) und es fehlt ein ambulantes Angebot zur Unterstützung der Grundversorger in komplexen Pflegesituationen (vgl. Massnahme 3). Ebenso sollten die Schnittstellen zwischen den verschiedenen Leistungserbringern verbessert werden (vgl. Massnahme 4).

### 9.3 Massnahmenvorschläge der Arbeitsgruppe

#### **Massnahme 1: Stationäre Versorgung**

##### *Problematik*

Benötigten Obwaldner Patientinnen und Patienten aufgrund von komplexen Krankheitsverläufen der Pflege und Betreuung einer Palliativstation, müssen sie dieses Angebot grundsätzlich in anderen Kantonen in Anspruch nehmen. In der „näheren“ Umgebung verfügen die Kantonsspitäler Luzern und Schwyz über Palliativstationen.

Die Arbeitsgruppe hat sich dafür ausgesprochen, zu prüfen, ob ein eigenes kantonales Angebot im Bereich der stationären Palliativversorgung realistisch wäre und wie ein solches Angebot aussehen könnte. Dabei sollen die im Kanton vorherrschenden Strukturen und Rahmenbedingungen zu beachtet werden - Verhältnismässigkeit und Wirtschaftlichkeit sind als wichtige Parameter zu berücksichtigen.

Die Nationale Strategie empfiehlt, pro Million Einwohner von einem Bedarf von rund 80 bis 100 spezialisierten Palliativ- und Hospizbetten auszugehen. Damit stützt sie sich auf Empfehlungen der Europäischen Gesellschaft für Palliative Care (EAPC). Nach dieser Berechnung ergäben sich für den Kanton Obwalden zwei bis drei Betten, was sowohl aus gesundheitsversorgerischer als auch aus betriebswirtschaftlich Sicht keine einfache Ausgangslage darstellt.

##### *Mögliche Lösungsansätze*

In Zusammenarbeit mit weiteren Leistungserbringern sind grundsätzlich zwei Varianten möglich:

#### **a. Palliativstation in Obwalden im Zusammenschluss mit anderen Kantonen**

Für eine spezialisierte Palliativstation ist aufgrund der Grösse des Kantons Obwalden ein Zusammenschluss mit anderen Kantonen zwingend notwendig. Beispielsweise könnte eine gemeinsame Palliativstation in Obwalden in Zusammenarbeit mit Nidwalden und Uri sinnvoll sein. In den drei Kantonen leben rund 113 000 Einwohnerinnen und Einwohner, was einen Bedarf von rund sechs bis acht Betten bedeutet.

Bereits die Planung und Vorarbeiten für ein entsprechendes Projekt nimmt gewaltige Dimensionen an. Unter der Prämisse der Verhältnismässigkeit scheint dies in absehbarer Zeit kein realistisches und erstrebenswertes Szenario darzustellen.

#### **b. Palliativbetten am Kantonsspital Obwalden**

Das Kantonsspital hat die Erfahrung gemacht, dass Obwaldner Patientinnen und Patienten die Verlegung in ausserkantonale Palliativstationen nur sehr selten wünschen. Bis jetzt hat das Kantonsspital Obwalden erste eine Person auf die Palliativstation nach Luzern überwiesen. Dieser Umstand führt das Kantonsspital nicht darauf zurück, dass das Angebot von palliativer stationärer Betreuung nicht notwendig ist. Die Situation zeigt vielmehr, dass eine relativ weite Verlegung aus dem bisherigen, meist häuslichen pflegerischen Umfeld, von den Patientinnen und Patienten sowie den Angehörigen nicht als vorteilhaft erachtet wird.

Dies bedeutet, dass eine stationäre Versorgung reibungslose Schnittstellen und Absprachen zwischen dem Spital und dem bestehenden Betreuungsnetz (Hausarzt, Spitex, Angehörige, etc.) gewährleisten muss. Nur so kann die notwendige Durchlässigkeit zwischen ambulanter und stationärer Versorgung gewährleistet werden.

Ein Bedarf an stationärer Palliative Care zeigt sich darin, dass im Kantonsspital Obwalden heute jährlich rund 30 Patientinnen und Patienten in palliativen Situationen betreut werden. Die Pflege und Betreuung erfolgt aber im Rahmen des „normalen“ Akutspitalbetriebs, was in den

meisten Fällen sowohl für Patientinnen und Patienten, Angehörige sowie das Medizinal- und Pflegepersonal keine zufriedenstellende Situation bedeutet.

Das Kantonsspital Obwalden hat sich deshalb Gedanken gemacht, wie eine stationäre Lösung für palliative Patientinnen und Patienten im Kanton Obwalden sinnvoll umgesetzt werden könnte.

Es zeichnet sich ein Modell von rund vier Palliativbetten ab, die zusammen mit „Post-Akut“-Betten eine Station bilden würden. Eine Station mit lediglich vier Palliativbetten ist aus betriebswirtschaftlichen und organisatorischen Gründen nicht umsetzbar.

Ein externer Experte klärt zur Zeit ab, welche Voraussetzungen bezüglich personellen Ressourcen, Räumlichkeiten etc. notwendig wären, weil eine Palliativstation in der medizinischen und pflegerischen Betreuung viele Eigenheiten aufweist. Beispielsweise sind folgende Aspekte zu bedenken: Bettenmanagement (Auslastung ist variabel), Tagesabläufe / Wochenplan (Runde Tische, interne Konsilien), Aufnahmeregulierung (nicht zwingend über Notfall), interdisziplinäre Zusammenarbeit, spirituelle Aspekte, Erstellung von Leitfäden und Empfehlungen, Aus- und Weiterbildungen des Personals, angemessene Infrastruktur (grosse Zimmer mit Übernachtungsmöglichkeiten für Angehörige, Gemeinschaftsräume) etc.

#### *Zuständigkeit*

Die Abklärungen und Einschätzungen des externen Experten zu den Palliativbetten am Kantonsspital Obwalden werden für Sommer / Herbst 2014 erwartet. Ausgehend davon hat die Aufsichtskommission des Kantonsspitals allenfalls weitere Abklärungen bezüglich Finanzierung und Raumverhältnisse (Möglichkeiten im alten Bettentrakt) mit dem Kanton zu klären. Entscheidet sich das Kantonsspital aufgrund dieser Resultate für die Bereitstellung von Palliativbetten, wäre die detaillierte Planung und Ausgestaltung des Angebots in einem Konzept dazulegen. Die Ausarbeitung dieses Konzepts ist bis Herbst 2015 vorstellbar.

Palliativbetten bedeuteten ein neues Angebot am Kantonsspital Obwalden, weshalb der Leistungsauftrag zwischen dem Kanton Obwalden und dem Kantonsspital anzupassen wäre. Das erwähnte Konzept könnte als Grundlage für den Antrag der Aufsichtskommission an den Regierungsrat dienen, welcher seinerseits den Antrag dem Kantonsrat zu unterbreiten hat, da die Kompetenz zur Genehmigung des Leistungsauftrags gemäss Gesundheitsgesetz beim Kantonsrat liegt.

#### *Finanzierung*

Die Finanzierung von stationärer Palliative Care war lange Zeit nicht einheitlich geregelt. Grundsätzlich gilt seit 1. Januar 2012 die *neue Spitalfinanzierung* gemäss Fallpauschalen-System (*DRG*). Das DRG-System stellt einen diagnosebezogenen Behandlungsansatz dar. Palliative Care ist jedoch primär ein problemorientierter Behandlungsansatz und es besteht kein direkter Bezug zwischen Schweregrad einer Diagnose und der Verweildauer im Spital. Komplexe palliative Patienten bleiben häufig über längere Zeit in einer Palliativstation und sind dementsprechend nach DRG-Abrechnungssystem für eine Station nach einer gewissen Anzahl Tage defizitär. Deshalb setzte sich die Fachgesellschaft palliative.ch dafür ein, dass die Finanzierung von Palliativstationen nicht über DRG-Verrechnungen, sondern über Tagespauschalen erfolgen.

Inzwischen hat sich SwissDRG AG für eine gesamtschweizerisch einheitliche Abgeltung von Leistungen der Palliative Care in der Akutsomatik, in spezialisierten Einheiten von Akutspitalern (Palliativstationen) sowie in Spezialkliniken mit Spitalstatus bemüht. In einem ersten Schritt hat SwissDRG AG im Oktober 2013 beschlossen, zur Abgeltung stationärer Fälle in der Akutsomatik mit palliativmedizinischer Komplexbehandlung ein Zusatzentgelt zu etablieren. Das Zusatzentgelt wird für die SwissDRG Tarifstruktur Version 4.0 eingeführt und kann im Jahr 2015 abge-

rechnet werden, vorbehältlich der Genehmigung der Tarifstruktur Version 4.0 durch den Bundesrat. Im Rahmen der Systemweiterentwicklung erfolgt eine jährliche datengeschützte Überprüfung und Weiterentwicklung.

Das Kantonsspital Obwalden müsste abklären, ob ihre Konzeption der Palliativbetten, Verträge mit den Versicherern gemäss SwissDRG Tarifstruktur Version 4.0 zulassen würde, oder wie es diese Betten sonst finanzieren könnte.

#### *Antrag Arbeitsgruppe*

Die Arbeitsgruppe unterstützt die Abklärungen des Kantonsspital betreffend Palliativbetten und bittet die Vertreterinnen und Vertreter des Spitals, ein allfälliges Konzept zu gegebenem Zeitpunkt der Arbeitsgruppe vorzustellen sowie dem Regierungsrat resp. Kantonsrat zu unterbreiten.

### **Massnahme 2: 24-Stunden Spitex**

#### *Problematik*

Fehlt im ambulanten Bereich eine Versorgungsmöglichkeit rund um die Uhr, müssen die Patientinnen und Patienten in komplexen Pflegesituationen oder Notfällen ins Spital eingewiesen werden. Meistens passieren diese Notfallhospitalisationen nicht nur einmal, sondern sie wiederholen sich, da sich zwischenzeitlich der Gesundheitszustand auch bessern kann und die Patientinnen und Patienten nach Hause können. Solche unstablen Situationen führen zu hohen Belastungen bei den Betroffenen sowie den Angehörigen und dem pflegerischen Umfeld.

Mit einer 24-Stunden Spitex könnte in vielen Fällen eine durchgehende Pflege und Betreuung zu Hause gewährleistet werden. Studien weisen nach, dass Patienten mit einer ambulanten palliativen Betreuung an weniger Beschwerden leiden und eher am bevorzugten Ort behandelt und auch versterben können.

#### *Mögliche Lösungsansätze*

Die aktuelle Leistungsvereinbarung zwischen den Einwohnergemeinden und der Spitex hält unter „3. Zeiträume“ fest: „Die pflegerischen Dienstleistungen werden jeden Tag zwischen 7.00 und 22.30 Uhr erbracht. In Krisen- und palliativen Situationen in der terminalen Phase wird bei bereits betreuten Klientinnen und Klienten ein Nachtdienst angeboten.“

Mit dieser geltenden Regelung kann der 24-Stunden-Betrieb nur für bestehende Patientinnen und Patienten im Sinne eines Pikettdienstes gewährleistet werden. Bei einem Spitalaustritt oder einem Neueintritt in die Spitex ist diese Dienstleistung nicht möglich. Die Arbeitsgruppe ist sich einig, dass der 24-Stunden-Service der Spitex erweitert werden muss, um die Versorgung für palliative Patientinnen und Patienten nachhaltig zu verbessern. Die Umfrage der Arbeitsgruppe „Analyse der Versorgungskette im Pflegebereich“<sup>2</sup> hat ebenfalls gezeigt, dass eine 24-Stunden Spitex tendenziell begrüsst wird – wobei insbesondere für palliative Situationen ein Bedarf erwähnt wurde.

#### *Zuständigkeit*

Für die Leistungsvereinbarung und damit die politische Steuerung der Spitex sind die Einwohnergemeinden zuständig. Die Einwohnergemeinden haben eine interkommunal besetzte Aufsichtskommission zusammengestellt, die sich hauptsächlich dem jährlichen Budget der Spitex

---

<sup>2</sup> Seit November 2010 besteht im Auftrag des Regierungsrats eine Arbeitsgruppe, welche die Versorgungskette im Pflegebereich überprüft und analysiert. In einem ersten Schritt wird bis Mitte 2014 die Versorgungskette fachlich und sachlich analysiert und dem Regierungsrat ein Bericht mit allfälligem Handlungsbedarf und möglichen Änderungsvorschläge vorgelegt. Bis Ende 2015 sollen in einem zweiten Schritt die beiden Systeme Pflegefinanzierung und Spitalfinanzierung miteinander verglichen werden.

widmet. Gemäss Pflichtenheft kann die Aufsichtskommission aber auch strategische Themen behandeln. Die genaue Ausgestaltung eines erweiterten 24-Stunden-Services wäre dementsprechend zwischen der interkommunalen Aufsichtskommission und der Spitex auszuhandeln. Einigen sich die beiden Organe auf eine gemeinsame Lösung, wären die Einwohnergemeinden abschliessend für die Genehmigung der geänderten Leistungsvereinbarung zuständig.

#### *Finanzierung*

Die Finanzierung der nicht von den Krankenversicherer gedeckten Kosten der Spitex obliegt in Obwalden grundsätzlich den Einwohnergemeinden. Die Erweiterung der Spitex-Leistungen auf die Nacht hätte deshalb insbesondere für die Einwohnergemeinden Mehrkosten zur Folge. Die Höhe der Mehrkosten ist schwierig abzuschätzen und hängt stark von der genauen Ausgestaltung des Nachtdienstes ab. Bevor die interkommunale Aufsichtskommission und die Spitex keine grundlegenden Absprachen vorgenommen haben, sind kaum Aussagen möglich. Der Kanton beteiligt sich mit Fr. 13.60 je verrechnete Einsatzstunde an der ambulanten Krankenpflege, die Mehrkosten fallen dabei weniger ins Gewicht, da der Kantonsbeitrag nur beim effektiven Einsatz, aber nicht während der Wartezeit zur Anwendung gelangt.

#### *Antrag Arbeitsgruppe*

Die interkommunale Aufsichtskommission der Einwohnergemeinden und die Spitex werden gebeten, Verhandlungen zur Erweiterung des Leistungsauftrags für eine 24-Stunden-Spitex in palliativen Situationen aufzunehmen.

### **Massnahme 3: Konsiliardienst**

#### *Problematik*

Komplexe technische Geräte und Verrichtungen sowie anspruchsvolle Krisensituationen können nicht nur pflegende Angehörige, sondern auch ausgebildetes Pflegepersonal an die Grenzen bringen. Anspruchsvolle Pflegesituationen führen deshalb öfters zu Notfällen oder vorsorglichen Spitaleinweisungen. Einerseits ist dies für die Betroffenen und Angehörigen stark belastend und andererseits verursachen sie hohe Kosten.

In solchen Situationen wäre eine Anlaufstelle im Sinne einer Hotline oder die Möglichkeit, spezialisierte Fachpersonen zu mobilisieren, von grossem Vorteil. Damit könnten in vielen Fällen eine möglichst lange Pflege und Betreuung zu Hause gewährleistet werden.

#### *Mögliche Lösungsansätze*

Um Betreuende der Grundversorgung zu Hause oder im Pflegeheim bei Notfällen, fehlendem Know how oder Krisensituationen zu unterstützen, sieht die Versorgungsstruktur der Nationalen Strategie Palliative Care, mobile Palliativdienste vor.

Es handelt sich dabei um spezialisierte, interprofessionelle Teams, die sich in erster Linie in beratender und anleitender Weise um die Betreuenden der Grundversorgung kümmern. Auf Anfrage der Betreuenden der Grundversorgung und in festgelegten Situationen kann der mobile Palliativdienst auch direkt an der Behandlung und Begleitung einer Patientin, eines Patienten beteiligt sein. Wird nicht ausdrücklich etwas anderes vereinbart, bleibt aber in der Regel die Verantwortung der Behandlung bei den Betreuenden der Grundversorgung.

Eine Studie der Hochschule Luzern im Auftrag des BAG und der GDK hat eine nationale Bestandesaufnahme der mobilen Palliative Care Dienste (MPCD) durchgeführt. Es wird darin ersichtlich, dass die strukturellen Unterschiede dieser mobilen Dienste erheblich sind, wobei sie sich grundsätzlich in fünf Gruppen einteilen lassen.

Gruppe A: MPCD als spezialisierte Spitexorganisation, getragen von einem gemeinnützigen Verein oder einer Stiftung (6 MPCD in den Kantonen AG, SG/AI/AR, SH, SO, ZH).

Gruppe B: MPCD als Fachstelle, Spezialteam oder –dienst in einer Spitex mit Leistungsauftrag in der Grundversorgung (5 MPCD in den Kantonen BE, BS, LU, ZH).

Gruppe C: MPCD als Organisationseinheit eines Spitex (6 MPCD in den Kantonen BE, BL, GE, TG, VS).

Gruppe D: MPCD als versorgungsbereichsübergreifende Institution (4 MPCD in den Kantonen FR, GR, TI).

Gruppe E: MPCD im Rahmen eines kantonalen Programms oder interkantonalen Leistungsauftrags als mobiler Dienst ausserhalb von Spitalstrukturen organisiert und finanziert (5 MPCD in den Kantonen BE, JU, NE und VD).

Die Arbeitsgruppe hat sich während ihrer Arbeiten über das Modell des Kantons Thurgau (palliative plus) sowie das Modell der Stadt Luzern (Brückendienst) genauer informiert und mögliche Lösungsansätze für den Kanton Obwalden festgehalten:

a. palliative plus des Kantons Thurgau

Im Thurgau erteilte der Kanton dem Kantonsspital den Leistungsauftrag für ein mobiles Palliative Care-Team (palliative plus) als Ergänzung zur Palliativstation.

Palliative plus hat folgende Aufgaben:

- 24h-Helpline: Telefonische Beratung bei praktischen Fragen zu komplexen palliativen Situationen aller Art.
- Fachlicher Support und Unterstützung bei komplexen Pflegesituationen vor Ort: bei Bedarf in kurzfristiger Absprache, jedoch kein Notfalldienst. Ziel: Anleitung, keine Ausführung von Behandlungspflege.
- Anleitung und Beratung in komplexen Fachfragen, speziellen Therapiemassnahmen, neuen technischen Verrichtungen.
- Medikamentöse Verordnungen in speziellen Situationen, das heisst nur in Ausnahmefällen: Priorität liegt beim Hausarzt.
- Konsiliardienst, Anleitung und Beratung mit dem Ziel Behandlungsqualität und –kontinuität zu unterstützen.
- Supervision, interprofessionelle Fallbesprechung, Schulung der benötigten Kompetenzen.
- Koordination der Schnittstellen.
- Definition von vereinfachten Ein- und Austrittsprozessen für palliative Patienten.
- Erstellen von Guide-Lines für Koordination und Zusammenarbeit in Absprache mit den Partnern.
- Weiterbildungsangebote zu spezifischen Fragen und Themen.

Palliativ Plus verfügt über eine zentrale, für alle Beteiligten zugängliche Krankengeschichte / Patientendokumentation (gemeinsame Plattform durch Spital Thurgau) mit geschütztem Zugriff. Die Personalausstattung umfasst stets einen Arzt resp. eine Ärztin sowie Pflegefachpersonen mit Spezialausbildungen in Palliative Care. Je nach Bedarf werden weitere Fachleuten aus der Psychologie, der Seelsorge, Sozialarbeit etc. hinzugezogen.

b. Brückendienst der Spitex Luzern

In Luzern übernimmt der Brückendienst der Spitex insbesondere für komplexe Fälle folgende Leistungen:

- Abklärung des Pflegebedarfs.
- Koordination: Planung des Übertritts vom Spital nach Hause, Organisation der Pflege-Beteiligten (Angehörige, Arzt, Spital, Spitex-Basisdienst, Nachtwachen, Krebsliga, Sozialdienst, Freiwillige etc.)
- Fallverantwortung: nach Indikation.
- Beratung: in aktuellen Fragen zum Krankheitsgeschehen, im Umgang mit Beschwerden (Schmerz, Übelkeit, Ernährung, Müdigkeit, Angst).
- Anleitung: Früherkennung von Komplikationen und Einleitung von präventiven Massnahmen.
- Unterstützung bei Krisensituationen und beim Sterben, bei der Erstellung von Patientenverfügungen.

Der Brückendienst stellt somit ein Spezialteam der Spitex Luzern für palliative Patientinnen und Patienten sowie ihre Angehörigen dar. Neben pflegerischen Aufgaben direkt bei den Patientinnen und Patienten, bietet dieser Dienst aber auch Basisorganisationen Support und Fachwissen an.

c. Mögliche Lösungsansätze Kanton Obwalden

Das Konzept von Palliative plus im Kanton Thurgau erscheint für den Kanton Obwalden aufgrund der möglichen Patientinnen- und Patientenanzahl als zu umfassend. Auch der Brückendienst des Kantons Luzern umfasst sehr viele Aufgaben, welche im Kanton Obwalden kaum ausgefüllt werden könnten.

Die Versorgung im Kanton Obwalden würde jedoch aus Sicht der Arbeitsgruppe massgebliche verbessert werden, wenn folgende Tätigkeiten gewährleistet wären:

- Expertinnen bzw. Experten  
Spezifisch weitergebildete Mitarbeitende unterstützen bei Bedarf Angehörige, Alters- und Pflegeheime sowie allgemeine Spitexmitarbeitende in Krisensituationen, um Notfallhospitalisationen zu vermeiden. Sie sichern damit ab, dass spezialisiertes Palliative Care Wissen allen Palliative Care Grundversorgern zur Verfügung steht.
- Unterstützung vor Ort oder über eine Vermittlungshotline  
Die Unterstützung kann als aufsuchender Dienst vor Ort oder über eine Vermittlungshotline erfolgen.

Es handelt sich also hauptsächlich um Aufgaben eines Konsiliardienstes, der in schwierigen Situationen den Grundversorgern beratend und unterstützend zur Seite stehen könnte. Es gibt grundsätzlich drei Möglichkeiten, diese Tätigkeiten für den Kanton Obwalden sicherzustellen:

**Variante A) Kantonsinterner Konsiliardienst bei der Spitex**

Die Konsiliartätigkeiten könnten mit einem entsprechenden Auftrag an die Spitex erteilt werden. Die Angliederung bei der Spitex ist aufgrund ihres bereits heute mobilen Charakters sinnvoll. Die Spitex bräuchte dazu zwei bis drei Mitarbeitende, die über spezialisiertes Palliative Care Wissen verfügen. Ihnen würde z.B. die Aufgabe zukommen, eine Beratungshotline zu bedienen sowie in komplexen Fällen vor Ort Unterstützung zu bieten.

Da die Spitex für ihre aktuellen und bevorstehenden Tätigkeiten sowieso ein bis zwei spezialisierte Mitarbeitenden benötigt, könnten die Ressourcen zusätzlich von anderen Institutionen genutzt werden, die allenfalls weniger Wissen aufbauen können. Der Gedanke der Vernetzung würde mit diesem Modell konkret in die Tat umgesetzt, da die Spitex-Expertinnen mit diversen Institutionen des Kantons eng zusammenarbeiten würden.

Als Schwierigkeit würde sich bei diesem Ansatz die Weiter- und Fortbildung der Expertinnen gestalten. Diese Mitarbeitenden hätten Bedarf an speziellen Austauschmöglichkeiten wie Fachbesprechungen, Erfahrungsberichte etc. Es müsste deshalb auf vertraglicher Basis ein Austausch mit grösserer Organisation gewährleistet werden können.

Eine weitere Frage stellt sich betreffend Nachfrage: Hätten die Leistungserbringer der Grundversorgung genügend „Aufträge“, damit das Wissen der Expertinnen auch regelmässig genutzt und erweitert werden könnte?

### **Variante B) Anschluss an kantonsexternen Konsiliardienst**

Der Kanton Obwalden könnte seine Konsiliardienste auch von einem kantonsexternen Partner beziehen. Aufgrund der regional vorhandenen Angebote käme praktisch nur eine Leistungsvereinbarung mit dem Brückendienst Luzern in Frage. Es müsste mittels Vereinbarung oder Vertrag geregelt werden, dass der Brückendienst Luzern in sehr komplexen Fällen auch nach Obwalden ausrücken und insbesondere den Obwaldner Grundversorgern per Hotline Unterstützung gewähren würde.

Mit dieser Lösung wäre Angebot und Nachfrage optimal aufeinander abgestimmt, da die Expertinnen des Brückendienstes nur bei entsprechenden Fällen beigezogen würden. Weil der Brückendienst bereits viele „eigene“ Patientinnen und Patienten betreut, ist eine hohe Qualität und ständiger Wissenszuwachs gewährleistet.

Probleme zeigen sich jedoch bei der Erreichbarkeit: Welche Priorität hätten Obwaldner Patientinnen und Patienten bei Engpässen in Luzern? Zudem würde bei einer Zusammenarbeit mit dem Brückendienst Luzern weitere Schnittstellen geschaffen, die unter Umständen schwierig zu handhaben sind.

### **Variante C) Kantonsinterner Konsiliardienst beim Kantonsspital**

Kann das Kantonsspital Obwalden die unter der Massnahme 1 beschriebenen Palliativbetten effektiv realisieren, wäre die dortige Angliederung des Konsiliardienstes eine weitere sinnvolle Option. Mobile Teams könnten die Konsiliardienste wahrnehmen und bei Bedarf auch ausrücken. Die Station der Palliativbetten würde mit diesem mobilen Diensten einen „Anker“ für alle ambulanten Leistungen der Palliative Care im Kanton Obwalden bilden.

Die spezialisierten Mitarbeitenden hätten aufgrund der Palliativbetten täglich mit entsprechenden Patientinnen und Patienten zu tun, was für die Grundversorger in Bezug auf das Know how sehr wertvoll wäre. Es ist dabei zu erwähnen, dass das Kantonsspital Obwalden bereits heute viele palliative Patientinnen und Patienten aufgrund des Onkologieambulatoriums im Kantonsspital ein- und ausgehen.

#### *Zuständigkeit*

Für die Leistungen der Spitex sind die Einwohnergemeinden zuständig.

Bei Variante A hätten die Einwohnergemeinden der Spitex Obwalden einen entsprechenden Leistungsauftrag zu erteilen und die Leistungsvereinbarung wäre entsprechend anzupassen.

Bei Variante B wären die Einwohnergemeinden und die Spitex Obwalden angehalten, Verhandlungsgespräche für eine Vereinbarung mit einem ausserkantonalen Partner zu führen.

Insgesamt bevorzugt die Arbeitsgruppe aufgrund der organisatorischen Aspekte Variante A gegenüber Variante B.

Für Variante C ist entscheidend, ob das Kantonsspital Obwalden die unter Massnahme 1 aufgeführten Palliativbetten anbieten wird. Verfügt das Kantonsspital in naher Zukunft über entsprechende Palliativbetten, wäre eine sorgfältiger Vergleich zwischen dem Konsiliardienst am Spital gegenüber einem Konsiliardienst bei der Spitex notwendig. Es ginge darum die organisatori-

schen, fachlichen, finanziellen und politischen Aspekte der beiden Varianten genau zu prüfen und einander gegenüberzustellen.

Insbesondere folgende detaillierten Abklärungen und Konzeptionsüberlegungen würden anfallen. (Falls das Kantonsspital keine Palliativbetten einrichtet, wären diese Abklärungen für die Einrichtung eines Konsiliardienstes bei der Spitex genauso notwendig):

- Bedarf bei den Grundversorgern;
- Finanzierung der Leistungen;
- Definition der Aufgaben;
- Rahmenbedingungen der Spitex resp. des Spitals für entsprechende Tätigkeiten: Personalressourcen, Ausbildungsniveau der Expertinnen etc.;
- Zusammenarbeitsinstrumente (z.B. Handlungsanweisungen, Handbücher) für Grundversorger (Alters- und Pflegeheime, Hausärzte, Spitex);
- Adressatenkreis / Zuweiser;
- Sensibilisierung: Kontakt muss früh genug erfolgen. Konsiliardienst ist keine Konkurrenz, sondern eine Bereicherung des Behandlungsteams;
- Hintergrundarzt;
- Gewährleistung der fachlichen Vernetzung für Expertinnen.

#### *Finanzierung*

Bei Variante A und Variante B können die gleichen Leistungsanteile über ambulante Versorgungspauschalen (TARMED) abgerechnet werden. Der grössere Anteil ist aber von den Krankenversicherung nicht gedeckt, denn Pflegepersonen von mobilen Diensten dürfen ihre Leistungen nach KLV nur in Anwesenheit der Patienten verrechnen. Das bedeutet einen grossen Nachteil, wenn sie Beratung und Abklärungen an andere Leistungsträger und nicht direkt an Patienten erbringen. Ebenso fallen Wegzeiten, telefonische Kontakte, das Erstellen von Patientendokumentationen sowie psychologische Unterstützung nicht unter die vergütbaren Leistungen.

Auch in den Alters- und Pflegeheimen ergeben sich bei der Abrechnung Schwierigkeiten. Der Beizug von Fachleuten in spezialisierter Palliative Care ist schwierig über das Regelwerk der neuen Pflegefinanzierung abzudecken.

Auch Variante C stellt grosse Herausforderungen an die Finanzierung. Die Leistungen von mobilen Diensten, die an ein Spital angegliedert sind, erfolgen ebenfalls nach TARMED. Somit verbleiben wie bei den Varianten A und B ungedeckte Kosten. Im Kanton Thurgau sind dies bei palliativ plus rund 75 Prozent. Die ungedeckten Kosten trägt im Kanton Thurgau die Krebsliga. Bei der Planung eines Konsiliardienstes für den Kanton Obwalden wäre deshalb die Regelung der Restkostenfinanzierung ein wichtiger Bestandteil.

#### *Antrag Arbeitsgruppe*

Der Entscheid bezüglich Palliativbetten am Kantonsspital Obwalden ist abzuwarten. Anschliessend soll eine Projektgruppe mit Vertreterinnen und Vertretern aus Kanton, Einwohnergemeinden, Spitex, Alters- und Pflegeheimen, Hausärzten sowie dem Spital die Erarbeitung eines Grundkonzepts für einen Konsiliardienst in Palliative Care angehen.

## **Massnahme 4: Runde Tische**

### *Problematik*

Palliative Patientinnen und Patienten haben fast immer mehrere betreuende und pflegerische Bezugspersonen. Für eine optimale Versorgung muss sich dieses interdisziplinäre Team regelmässig über Behandlung und Betreuung, Veränderungen des Gesundheitszustands, Medikamente, Schnittstellen etc. austauschen können.

Im Kanton Obwalden besteht aktuell kein „institutionalisiertes Vorgehen“ für diesen Austausch zur Koordination zwischen den einzelnen Leistungserbringern. Es fehlt dadurch die wichtige Koordination aller Betroffener und eine gemeinsame vorausschauende Entscheidungsfindung. Insbesondere für Patientinnen und Patienten, die zu Hause gepflegt werden, bedeutet dies eine grosse Lücke innerhalb der Versorgungskette.

### *Mögliche Lösungsansätze*

Palliative Care behilft sich zur Sicherstellung der Koordination zwischen den Leistungserbringern einem Konzept, das in der psychiatrischen Pflege bereits allgemein anerkannt ist: den sogenannten „Runden Tischen“. Am Runden Tisch nehmen alle beteiligten Personen teil: Patientin bzw. Patient; Angehörige; Betreuungspersonen wie Freiwillige, Nachbarn, Verwandte, Seelsorge; Spitex; Hausarzt resp. Hausärztin; weitere involvierte Fachpersonen wie Physio, Ernährungsberatung etc. Im Zentrum stehen die individuellen Wünsche der Patientin oder des Patienten. Der Runde Tisch wird einberufen, um eine Standortbestimmung vorzunehmen und anschliessend Strategien und Ziele für die Zukunft zu planen.

Die Spitex Obwalden führt bereits heute bei palliativen Patientinnen und Patienten Runde Tische durch. Es nehmen aber selten alle Beteiligten daran teil, insbesondere eine gemeinsame Terminfindung mit dem zuständigen Hausarzt innert nützlicher Frist stellt meistens eine grosse Herausforderung dar. Dieses Gefäss der Zusammenarbeit ist unzureichend kultiviert in Obwalden.

Verschiedene Leistungserbringer aus anderen Kantonen mit Erfahrungen von Runden Tischen bestätigen nicht nur deren Wichtigkeit, sondern auch deren hohen Nutzen. Für alle Anwesenden der Runden Tisch resultieren aufgrund des zielgerichteten und frühzeitigen Austauschs grosse Zeitersparnisse. Spätere Informationsbeschaffungen gestalten sich viel aufwändiger und weniger umfassend.

Die Gespräche der Runden Tische bedeuten deshalb für alle Akteure eine wichtige Effizienzsteigerung, die den Patientinnen und Patienten einen grossen Mehrwert bescheren.

Die Arbeitsgruppe strebt deshalb an, dass sich die Leistungserbringer des Kantons Obwalden auf ein gemeinsames Vorgehen von Runden Tischen einigen und sich für die Teilnahme daran aussprechen.

Es ist vorgesehen, die Etablierung von Runden Tischen auf möglichst pragmatische Weise anzugehen. Aus anderen Kantonen liegen bereits Vorgehensweisen, Empfehlungen etc. vor. Die vorbereitenden konzeptionellen Arbeiten sollten deshalb auf wenige Zusammenkünfte begrenzt werden können. Das Hauptaugenmerk kann auf der konkreten Ausgestaltung in der Praxis liegen.

Können die Runden Tische erfolgreich umgesetzt werden, wäre langfristig eine weitere Vernetzung der Zusammenarbeit mittels elektronischer Patientenplattform erstrebenswert. Für die Arbeitsgruppe sind entsprechende Lösungen im Hinterkopf zu behalten, jedoch vorläufig nicht prioritär weiterzuverfolgen.

### *Zuständigkeit*

Die wichtigsten Akteure der Palliative Care im Kanton Obwalden haben sich auf ein gemeinsames Vorgehen bezüglich Runde Tische zu einigen. Als wichtigste Akteure sind die Spitex und die Hausärzte zu nennen. Aber auch die Alters- und Pflegeheime sowie alle anderen Institutionen und Organisationen, die palliative Patientinnen und Patienten begleiten, sollen von den Runden Tischen profitieren können. Wünschenswert wäre auch die Teilnahme des Kantonsspitals, von Vorteil auch das Onkologie-Ambulatorium mit dem zuständigen Onkologen, welcher dem Luzerner Kantonsspital angegliedert ist.

Der Kanton erklärt sich bereit, eine Projektgruppe zu leiten, die ein gemeinsames Vorgehen für die Etablierung von Runden Tischen in Obwalden erarbeitet.

Da die Runden Tische von der Arbeitsgruppe als zentrales Element zur Verbesserung der Versorgung von palliativen Patientinnen und Patienten erachtet wird, soll die Projektgruppe bereits anfangs 2015 ihre Arbeit aufnehmen.

### *Finanzierung*

Rückmeldungen aus anderen Kantonen zeigen, dass die Finanzierung kein Hinderungsgrund darstellt. Es gilt aber unter den Leistungserbringern zu beachten, dass bei den Krankenversicherern nicht am selben Tag Rechnungen der Spitex, des Spitals oder des Hausarztes bzw. der Hausärztin geltend gemacht werden können.

### *Antrag Arbeitsgruppe*

Das Gesundheitsamt wird gebeten, eine Projektgruppe für die Erarbeitung eines Grundkonzepts mit Vertreterinnen und Vertretern aus Spitex, Hausärzten, Alters- und Pflegeheimen, dem Spital sowie weiteren potenziellen Teilnehmenden der Runden Tische (z.B. Seelsorge, Physiotherapie, Komplementärmedizin) zu initiieren.

## 10. Handlungsfeld „Finanzierung“

### 10.1 Nationale Strategie

**Oberziel Nationale Strategie:** *„Der Zugang zu Palliative-Care-Leistungen ist, unabhängig vom sozioökonomischen Status, für alle Menschen gewährleistet.“*

Die Finanzierung der Leistungen muss gemäss Nationaler Strategie so gestaltet sein, dass alle Menschen – unabhängig von Alter und Krankheit, von Einkommen, Status oder Geschlecht – den gleichen Zugang zu den Angeboten von Palliative Care haben.

Palliative Care ist ein Versorgungskonzept, jedoch kein Begriff der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Daraus ergeben sich diverse Schwierigkeiten.

Einerseits sind wichtige Elemente von Palliative Care wie psychologische, soziale und spirituelle Unterstützung, vorausschauende Planung, Koordination und Reisezeiten nicht im Leistungskatalog der obligatorischen Krankenpflegeversicherung enthalten, und können deshalb nicht von den Versicherungen vergütet werden.

Andererseits umfasst Palliative Care zwar Leistungen, deren Finanzierung grundsätzlich geregelt sind, es handelt sich also nicht per se um neue Leistungen, aber es braucht im Bereich Palliative Care oft „mehr“ oder „länger“ einer bestimmten Komponente (z.B. Zeit). So sind beispielsweise bei ambulanten medizinischen Behandlungen Palliative Care Leistungen im TAR-MED mit einer zu tiefen Zeitlimite abgebildet, insbesondere was Leistungen in Abwesenheit der Patientin oder des Patienten anbelangt. Solche Koordinationsleistungen fallen jedoch in der Palliative Care zahlreich an.

Das BAG und die GDK setzen sich seit längerem für Verbesserungen bei der Abgeltung von Palliative Care Leistungen ein. Sie verfolgen dabei den Ansatz, dass bestehende Finanzierungsmodelle für die Palliative Care geöffnet oder verbessert werden. Benötigen beispielsweise bestimmte Aufgaben mehr Zeit, soll dies in den bestehenden Abgeltungssystemen Eingang finden und nicht prioritär zu neuen Finanzierungsarten führen. Politisch erscheint dies der aussichtsvollere Weg.

Diesem Ansatz folgend, wurde kürzlich Art. 7 der Krankenpflege-Leistungsverordnung angepasst, was eine wichtige Verbesserung bei der Pflege zu Hause und im Pflegeheim bedeutet: Neu können auch Koordinationsleistungen in komplexen und instabilen Pflegesituationen vergütet werden, falls sie durch spezialisierte Pflegefachpersonen erbracht werden.

### 10.2 Situation Kanton Obwalden

Die Gemeindevertreter halten fest, dass bei der Umsetzung von Palliative Care im Kanton Obwalden die Kosten von Anfang geregelt sein müssen. Deshalb wird zu jeder in diesem vorliegenden Bericht vorgeschlagenen Massnahme die Finanzierung direkt in den entsprechenden Kapiteln abgehandelt.

Wird von den Finanzen gesprochen, ist es der Arbeitsgruppe aber ein grosses Anliegen, zu betonen, dass mit Palliative Care auch ein grosses Potenzial zu Kosteneinsparungen besteht (siehe Kapitel 5. Nutzen von Palliative Care).

Insbesondere die Bündelung von Kräften ermöglichen bedeutende Kostensenkungen. Die Einwohnergemeinden, welche im Kanton Obwalden für die Restkostenfinanzierung der Pflegeleistungen aufzukommen haben, messen deshalb der Vernetzung unter den Akteuren eine sehr hohe Bedeutung zu.

Die Einwohnergemeinden machen zudem geltend, dass bei der Finanzierung von Palliative Care Zusammenschlüsse von Bund, Kanton und Gemeinden notwendig sind.

## 11. Handlungsfeld „Sensibilisierung“

### 11.1 Nationale Strategie

**Oberziel Nationale Strategie:** „Die Bevölkerung weiss um den Nutzen von Palliative Care und kennt deren Angebote.“

### 11.2 Situation Kanton Obwalden

Im Kanton Obwalden haben die Institutionen und Organisationen teilweise eigenständige Sensibilisierungsmassnahmen zum Thema Palliative Care ergriffen (Flyer, Bestandteil des Betriebsleitbildes, Veranstaltungen). Von Seiten Kanton wurde bisher einzig auf die Sterbebegleitgruppe der Emma Gremlin Stiftung verwiesen. Kantonsübergreifende Sensibilisierungskampagnen wurden bis anhin keine durchgeführt.

Die Arbeitsgruppe vertritt die Ansicht, dass die Bevölkerung des Kantons Obwalden noch nicht ausreichend über Palliative Care und deren Angebote informiert ist.

### 11.3 Massnahmenvorschläge der Arbeitsgruppe

#### **Massnahme 5: Sensibilisierung**

##### *Problematik*

Hinter dem Begriff Palliative Care versteht sich ein umfassendes Konzept der Gesundheitsversorgung. Für ein ganzheitliches Verständnis von Palliative Care sind deshalb verschiedene Sensibilisierungsmassnahmen notwendig.

##### *Mögliche Lösungsansätze*

Ziel der Sensibilisierung im Kanton Obwalden ist es, den Begriff, die Ideologie und die Angebote sowie sinnvolle Nutzung von Palliative Care der Bevölkerung und den Akteuren bekannt zu machen.

Für das Verständnis von Palliative Care ist es wichtig, dass sich die Menschen allgemein wieder mehr mit ihrer Endlichkeit befassen. Denken die Menschen nicht über das Sterben nach, entsteht am Lebensende oft der Anspruch, dass die Medizin einen Katalog voller Hilfsmassnahmen bereitstellt. Ziel der Sensibilisierung ist deshalb auch, die Menschen wieder dazu bringen, sich mit Leben und Tod auseinanderzusetzen. So kann beispielsweise eine Patientenverfügung eine frühzeitige informierte Entscheidungsfindung fördern.

Die Arbeitsgruppe erachtet es als wichtig, dass nicht nur die Bevölkerung verstärkt auf Palliative Care aufmerksam gemacht wird, sondern dass auch die Fachpersonen besser über den Begriff und die Angebote von Palliative Care informiert sind.

In der Bevölkerungsbefragung im Auftrag des BAG, die im Jahr 2009 durchgeführt wurde, haben die meisten Befragten angegeben, dass sie ihre Hausärztin bzw. ihren Hausarzt als erstes zu Rate ziehen würden, wenn sie sich über Palliative Care informieren wollten. Man kann also davon ausgehen, dass das medizinische Fachpersonal der Grundversorgung meist die erste Anlaufstelle für gesundheitsrelevante Fragen ist.

Insbesondere auch aufgrund der Tatsache, dass Palliative Care den Anspruch einer interdisziplinären und vernetzte Zusammenarbeit verfolgt, sind umfassende Kenntnisse der Akteure über Begriff, Angebote und Behandlungsmöglichkeiten von Palliative Care sehr wichtig.

Die Bekanntheit eines neuen Begriffs / eines neuen Angebots zu stärken, bedarf viel Durchhaltenwillen mit einer dauernden Präsenz. Das heisst, es braucht langfristige Massnahmen mit punktuellen Aktionen. Es wird deshalb ein langfristiges Kommunikationskonzept mit folgenden Anforderungen erstellt:

a. Die Informationen sind zielgruppenspezifisch aufbereitet und leicht zugänglich.

Die Zielgruppen sind:

- Gesamtbevölkerung
- Betroffene und Angehörige
- Leistungserbringer
- Politik
- Beratungsstellen / NGO
- Kostenträger

b. Die Information erfolgt mittels einheitlicher Definition.

Obwalden will sich dabei an die vom BAG erarbeiteten Kernbotschaften halten, die dazu dienen, Palliative Care einheitlich zu präsentieren:

- Palliative Care gewährt trotz schwerer Krankheit eine bestmögliche Lebensqualität bis zuletzt.
- Palliative Care ist Lebenshilfe und nicht Sterbehilfe.
- Mit Palliative Care wird der Mensch ganzheitlich betreut und seine Selbstbestimmung gestärkt.
- Palliative Care lindert körperliche Beschwerden und Ängste, Unsicherheit und andere Leiden.
- Palliative Care ist Hilfe und Unterstützung für Menschen in der letzten Lebensphase.
- Palliative Care heisst, das Sterben anzunehmen.
- Leben bis zuletzt.

c. Die Information müssen vielfältig und über verschiedene Kommunikationsmittel gestreut werden.

Die Arbeitsgruppe sieht ein Kommunikationskonzept mit folgenden Schwerpunkten vor:

Schwerpunkte	Umsetzung	Zielpublikum	Phase
<b>1. Startveranstaltung (eine Woche)</b>	Wanderausstellung mit verschiedenen Referaten; Filmvorführung mit Podiumsdiskussion	Gesamtbevölkerung, Betroffene/Angehörige, Leistungserbringer, Beratungsstellen/NGO, Politik	1
<b>2. Infolyer</b>	Informationen zu Angeboten und Begriff Palliative Care	Gesamtbevölkerung, Betroffene/Angehörige Beratungsstellen/NGO Leistungserbringer	1
<b>3. Medienarbeit</b>	Informationen zu Angeboten und Begriff Palliative Care in Obwaldner Zeitung, Tele 1, SRF1, Amtsblatt	Gesamtbevölkerung, Betroffene/Angehörige, Politik	1
<b>4. Information / Sensibilisierung Politik</b>	Infoveranstaltung für Parteien, Kantonsrat	Politik Kostenträger	1
<b>5. Förderung Patientenverfügung</b>	Akteure informieren ihre Kunden über Wichtigkeit Patientenverfügung	Gesamtbevölkerung Betroffene/Angehörige	1
<b>6. Broschüre „unheilbar krank- und jetzt?“</b>	Nationale Broschüre zur Sensibilisierung mit Anpassung an OW	Gesamtbevölkerung Betroffene/Angehörige Beratungsstellen/NGO	2
<b>7. Infostand für Institutionen</b>	Konzept	Leistungserbringer	2

### *Zuständigkeit*

Die Umsetzung der ersten Sensibilisierungsphase mit den Schwerpunkten 1 bis 5 erfolgt im Jahr 2015. Mit den erwähnten Punkten soll die Sensibilisierung im Kanton Obwalden über alle Institutionen hinweg organisiert werden.

Die Koordination der Sensibilisierungsschwerpunkte liegt hauptsächlich beim Kanton, wobei eine enge Zusammenarbeit mit dem Verein palliative zentralschweiz sowie der Arbeitsgruppe vorgesehen ist. Palliative zentralschweiz plant im Frühling 2015 eine Sensibilisierungskampagne in den Zentralschweizerkantonen Luzern, Obwalden, Nidwalden, Uri, Schwyz und ev. Zug. Dazu wird die Wanderausstellung von palliative ostschweiz abwechslungsweise in den erwähnten Kantonen mit Referaten und Zusatzveranstaltungen präsentiert (Schwerpunkt 1). Ebenso soll ein Flyer von palliative zentralschweiz erstellt und gefördert werden (Schwerpunkt 2). Die Kantone haben sich an den Kosten zu beteiligen und sind für die Verteilung der Unterlagen zuständig. Diese Zusammenarbeit ermöglicht allen Zentralschweizer Kantonen ihre personellen und finanziellen Ressourcen in Grenzen zu halten. Zudem kann das Thema durch die Breitenwirkung medial verstärkt werden (Schwerpunkt 3).

Weiter soll das Verständnis von Politikerinnen und Politikern im Hinblick auf politische Entscheide zu Gunsten der Palliative Care gefördert werden (Schwerpunkt 4). Insbesondere den Sozialvorstehenden der Einwohnergemeinden und allenfalls den Mitgliedern des Kantonsrats ist der vorliegende Bericht zur Umsetzung von Palliative Care in geeignetem Rahmen vorzustellen. Es ist beispielsweise an ein Referat einer verantwortlichen Person des BAG resp. der GDK oder eine Filmvorführung zu denken.

Bei der Information und Sensibilisierung der Politik kommt den einzelnen Arbeitsgruppenmitgliedern eine wichtige Rolle zu, da persönliche Gespräche grössere Wirkung erzielen können als „herkömmliche“ Informationsunterlagen.

Ein Ausschuss der Arbeitsgruppe soll in Zusammenarbeit mit dem Kanton die Sensibilisierungsschwerpunkte 1 - 4 im 2015 planen und durchführen.

Die Institutionen werden zudem gebeten, ihre Patientinnen und Patienten resp. Kunden für das Thema der Patientenverfügung stärker zu sensibilisieren (Schwerpunkt 5). Im Rahmen einer Patientenverfügung können die persönlichen Wünsche und Bedürfnisse formuliert werden, was eine vorgängige Auseinandersetzung mit dem Sterben bedeutet. Zudem können die Bedürfnisse der Patientin resp. des Patienten mit einer Patientenverfügung vorausschauen berücksichtigt werden.

Die Förderung von Patientenverfügungen kann in persönlichen Gesprächen oder mit der Auflage von bereits publizierten Informationsmaterialien (z.B. Krebsliga, FMH) geschehen. Den Leistungserbringern entstehen dadurch keine Mehrkosten.

Die Umsetzung der zweiten Sensibilisierungsphase mit den Schwerpunkten 6 und 7 erfolgt ab 2016. Die Details sind im Verlaufe des Jahres 2015 / 2016 vom Gesundheitsamt konkreter zu planen und mit der Arbeitsgruppe abzusprechen.

Natürlich steht es den einzelnen Organisationen frei, weitere Bemühungen zur Bekanntmachung ihres eigenen spezifischen Angebots zu unternehmen.

### *Finanzierung*

Die Finanzierung der Sensibilisierungsschwerpunkte 1 bis 4 sollen vom Kanton getragen werden. Es wird mit folgenden Beträgen für das Jahr 2015 gerechnet:

1. Startveranstaltung	Detailinformationen	Franken
<b>Wanderausstellung</b>	Ausstellung von palliative Ostschweiz	5 000.-
	Transportkosten	150.-
<b>Referate</b>	Referentenhonorar (2 Referate)	1 500.-
	Raummiete / Infrastruktur	1 500.-
<b>Filmvorführung</b>	Filmausleihe (2 Filme)	400.-
<b>Total</b>		<b>8 550.-</b>

2. Infolyer	Detailinformationen	Franken
<b>Flyer A4 gefaltet</b>	Variante 1: neuer Flyer von palliative ch übernehmen und für OW anpassen; Überarbeitung durch Grafiker und Druckkosten	800.- 3 000.-
	Variante 2: Flyer analog Kanton SZ übernehmen und textlich aufarbeiten und auf OW anpassen; Überarbeitung Grafiker, Druckkosten	500.- 3 000.-
<b>Verteiler</b>	Einlage im Aktuell	Ca. 2 300.-
<b>Total</b>		<b>3 800.-</b> Mit Verteiler <b>6 100.-</b>

3. Medienarbeit	Detailinformationen	Franken
<b>MM Staatskanzlei</b>	Obwaldner Zeitung (mit Hinweis für Startveranstaltung)	0.-
<b>Inserat Startveranstaltung</b>	Amtsblatt	0.-
<b>Inserat Startveranstaltung</b>	Gemeindeblätter	0.-
<b>Inserat Startveranstaltung</b>	Aktuell	850.-
<b>TV</b>	Tele 1 (z.B. Sendung Fokus)	0.-
<b>Total</b>		<b>850.-</b>

4. Infoveranstaltung für Politikerinnen und Politiker	Detailinformationen	Franken
<b>Raumreservation</b>		300.-
<b>Filmvorführung</b>	Filmausleihe (1 Film)	200.-
<b>Total</b>		<b>500.-</b>

*Antrag Arbeitsgruppe*

Die Arbeitsgruppe beantragt, dass das Gesundheitsamt für die Sensibilisierungsschwerpunkte von Palliative Care folgende Beiträge ins Budget 2015 aufnimmt:

- Startveranstaltung, Fr. 8 550.-
  - Infolyer, Fr. 6 100.-
  - Medienarbeit, Fr. 850.-
  - Infoveranstaltung für Politik, Fr. 500.-
- Total Fr. 16 000.-

## 12. Handlungsfeld „Bildung“

### 12.1 Nationale Strategie

**Oberziel Nationale Strategie:** *„Die in der Palliative Care tätigen Fachpersonen und Freiwilligen verfügen über die erforderlichen stufengerechten Kompetenzen in Palliative Care.“*

Eine nachhaltige Verankerung von Palliative Care ist ohne ausreichende Aus-, Weiter- und Fortbildung nicht möglich.

Zur Qualitätsverbesserung müssen die in der Palliative Care tätigen Fachpersonen und Freiwilligen über die erforderlichen Kompetenzen verfügen.

Das Nationale Bildungskonzept „Palliative Care und Bildung“ hält als strategische Grundlage drei übergeordnete Bildungszielen in der Aus- und Weiterbildung zur Erlangung von stufengerechten Kompetenzen fest:

- a. In der Aus- und Weiterbildung besteht ein gesamtschweizerisch einheitliches Verständnis zu Palliative Care.
- b. Die Auszubildenden werden stufengerecht befähigt, das Leiden von Menschen mit unheilbaren, fortschreitenden Erkrankungen zu erkennen und zu verstehen sowie mit diesen Menschen gemeinsam die Behandlungs- und Betreuungszeile zu erarbeiten. Diese Ziele werden in interprofessioneller Arbeit unter Einbezug der zur Verfügung stehenden Ressourcen umgesetzt.
- c. Die in der Palliative Care tätigen Fachpersonen verfügen neben den erforderlichen Handlungskompetenzen (Fach-, Sozial-, Selbst- und Methodenkompetenzen) auch über die notwendigen personalen und sozialkommunikativen Kompetenzen, namentlich über Kommunikationsfähigkeit, Teamfähigkeit, Kooperationsfähigkeit.

Für die Palliative Care ist es zentral, dass gegenseitige Abhängigkeiten und die Notwendigkeit von wechselseitigem Austausch unter den Fachpersonen und Teamarbeit als Schlüsselemente systemorientierter Ansätze anerkannt werden. Interprofessionelles und berufsübergreifendes, transformatives Lernen sind in Zukunft nötige Reformschritte zur Überwindung des segmentierten Denkens in Einzelberufen zur Begünstigung der Zusammenarbeit im Team. Dies beinhaltet auch die Verbindung der Fachkompetenz mit Kommunikations-, Handlungs- und Sozialkompetenz.

Palliative Care soll deshalb nicht nur ein integraler Bestandteil der Aus- und Weiterbildung der universitären Medizinalberufe und der nicht-universitären Gesundheitsberufe sein, sondern ebenso von Fachpersonen anderer universitärer und nichtuniversitärer Sozial- und Psychologieberufe, der Seelsorge oder weiterer Berufe.

### 12.2 Situation Kanton Obwalden

Es liegt hauptsächlich in den Händen der nationalen bildungs- und gesundheitspolitischen Entscheidungsträgern, dass die Ziele des Konzepts „Palliative Care und Bildung“ in der Ausbildung umgesetzt werden. Die Arbeiten dazu sind auf nationaler Ebene bereits fortgeschritten und es wird eine ständige Verbesserung angestrebt.

Hingegen liegt es grundsätzlich in der Verantwortung der einzelnen Institutionen und Organisationen des Kantons Obwalden, dass ihre Mitarbeitenden die entsprechenden Weiter- und Fortbildungen besuchen, um die stufengerechten Kompetenzen zu erlangen. Die Arbeitsgruppe ist sich einig, dass mit Anstrengungen der Grundversorger in der Weiter- und Fortbildung bereits sehr viel zur Umsetzung von Palliative Care im Kanton Obwalden beigetragen werden kann.

Die Erfahrungen aus der Arbeitsgruppe zeigen, dass die Organisationen bei Bedarf Weiter- und Fortbildungen ermöglichen und fördern. Bis anhin definiert jedoch jede Institution ihren Bedarf an entsprechenden Weiter- und Fortbildungen selber und entscheidet damit auch über die Anzahl Mitarbeitenden, die Weiter- und Fortbildungen in Palliative Care absolvieren. Ebenso bestimmt jede Institution eigenständig, welche Kenntnisse die Mitarbeitenden erlangen sollen.

### 12.3 Massnahmenvorschläge der Arbeitsgruppe

#### **Massnahme 6: Orientierung an Ausbildungsniveaus**

##### *Problematik*

Weil heute jede Organisation selber entscheidet, ob und in welchem Masse ihre Mitarbeitenden an Weiter- und Fortbildungen teilnehmen, gestaltet sich das Wissen und die Kompetenzen in den verschiedenen Institutionen im Kanton Obwalden, selbst innerhalb der selben „Branche“, teilweise sehr unterschiedlich.

##### *Mögliche Lösungsansätze*

SwissEduc definiert drei Ausbildungsniveaus (A, B und C), welche die Fachgesellschaft palliative care als Standards festhält:

Ausbildungsniveaus					
	A1	A2	B1	B2	C
<b>Definition</b>	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.	Berufsfachleute im Gesundheitswesens, die gelegentlich palliative Patienten und deren Familien begleiten. Diese Fachleute sind in der Grundversorgung tätig.	Sämtliche Berufsgruppen des Gesundheitswesens, die oft mit palliativen Situationen zu tun haben oder diese zum Arbeitsalltag gehören. Diese Fachleute bieten palliative Grundversorgung an.	Berufsfachleute des Gesundheitswesens, deren Berufsalltag vor allem Palliative Care Situationen umfasst (Palliative Care Einrichtungen, Palliative Care Teams) oder als Ressourcepersonen für Fachleute aus anderen Gebieten. Diese Fachleute bieten eine spezialisierte palliative Versorgung an.	Berufsfachleute des Gesundheitswesens, eigentliche Experten, die hochspezialisierte Palliative Care anbieten.
<b>Versorgungsstufen</b>	<b>Grundversorgung</b>	<b>Grundversorgung</b>	<b>Grundversorgung</b>	<b>Spezialisierte Versorgung</b>	<b>Hochspezialisierte Versorgung</b>
<b>Level</b>			<b>Stunden min.</b>		<b>Stunden max.</b>
<b>C *</b>	MSc = Master of Science		2700		3600
	MAS = Master of Advanced Studies		1800		2400
<b>B2 *</b>			280		
<b>B1 *</b>			80 (10 Tage)		
<b>A2 **</b>			40 (5 Tage)		
<b>A1 **</b>			24 (3 Tage)		
Rechnungsgrundlage: 1 Tag = 7 Std. = 8 Lektionen					

Mit der Orientierung an den Ausbildungsniveaus von SwissEduc kann gewährleistet werden, dass Mitarbeitende ihrer Funktion entsprechend, individuell ausgeprägt über folgende Kompetenzen verfügen:

- a. eine hohe Fach- und Sozialkompetenz und Erfahrungen in der palliativen Betreuung;
- b. Kenntnisse über die Symptombehandlung und –linderung;
- c. Fähigkeiten, die Patientinnen und Patienten nach palliativen Grundsätzen ganzheitlich einzuschätzen und zu erfassen;
- d. Erfahrungen und Kenntnisse über angemessene Unterstützungs- und Verarbeitungsstrategien bei Krisen- und Trauerprozessen;
- e. Erfahrungen im Mitwirken bei ethischen Entscheidungsprozessen;
- f. Wissen zu Betreuungsangeboten und über die Finanzierungsmöglichkeiten;
- g. Ausgeprägte Vernetzungsfähigkeiten.

In Obwalden soll für jeden Tätigkeitsbereich definiert werden, welche Ausbildungsniveaus die Mitarbeitenden in Bezug auf Palliative Care als Mindestanforderung vorweisen oder erbringen müssen:

Organisa- tion		Anzahl Mit- arbeitende	Ausbildungsniveaus (Mindestanforderung)	Ausbildungsbedarf
<b>Kantons- spital</b>	Kaderärzte Medizin	6	4x A1, 1x A2, 1x B1	1x A2, 1x B1
	Ärzte / Ärztinnen bei Palliativbetten	x	1x B2, 1x B1, 2x A2	später zu erfassen
	Dipl. Pflegefachpersonal Medizin	18	A1, 1x A2	1x A2
	Dipl. Pflegefachpersonal bei Pallia- tivbetten	x	2x A2	später zu erfassen
<b>Hausarzt- praxen</b>	Ärzte/Ärztinnen (ohne Spezialisten)	28	A2 1-2x B1	28x A2 1-2x B1
<b>Alters- und Pfl- egeheime</b>	Pflege	169	A1, pro 10 Betten 1x A2 pro 50 Betten 1x B1	169x A1 44x A2 8x B1
	Betreuung	143	A1	143x A1
<b>Spitex</b>	Dipl. Pflegefachpersonen HF	35 6	A1 6x B1	35x A1 6x B1
	FAGE & Hauspflegerinnen	16	A1	16x A1
	Haushelferinnen / Pflegehelferinnen SRK	17	A1	17x A1
	Falls Konsiliardienst	x	1x B2 1x C	später zu erfassen
<b>Weitere Akteure Palliative Care</b>	Organisationen Sterbebegleitung SRK Alzheimervereinigung Physiotherapeutinnen und Physiothe- rapeuten Seelsorgerinnen und Seelsorger Weitere		Es ist anzustreben, dass alle Personen, unabhängig von ihrem Beruf, über Basiskom- petenzen in Palliative Care verfügen, falls sie in ihrem Berufsalltag regelmässig mit pallia- tiven Situationen kon- frontiert sind (Niveau A1).	gesamthaft rund 50x A1
<b>Total</b>				<b>rund 430x A1</b> <b>rund 74x A2</b> <b>rund 17x B1</b>

*Zuständigkeit*

Grundsätzlich sind für die Weiter- und Fortbildung der Mitarbeitenden die Institutionen verant-  
wortlich. Sie sind folglich aufgerufen, ihren Mitarbeitenden funktionsgerechte Ausbildungsni-  
veaus in Palliative Care zu ermöglichen.

Erfahrungen aus anderen Kantonen wie St. Gallen oder Thurgau zeigen, dass es sich lohnt,  
auch Verwaltungsräte oder Stiftungsräte mit Basiskursen in Palliative Care einzuführen.

### *Finanzierung*

Aufgrund der Zuständigkeit haben grundsätzlich die Institutionen die Kosten für die entsprechenden Weiterbildungsmodule zu tragen.

Da Verbesserungen in der Bildung als zentrales Qualitäts- und Versorgungssteigerungsmerkmal für palliative Patientinnen und Patienten betrachtet wird, sollen der Kanton und die Einwohnergemeinden im Sinne einer Anschubfinanzierung gewisse Beiträge an die Weiter- und Fortbildungskosten von Palliative Care unterstützen.

Hauptanliegen ist es, dass bei allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die mit Palliativpatientinnen oder -patienten in Berührung kommen, gewisse Grundkenntnisse von Palliative Care vorhanden sind. Dementsprechend wäre es angezeigt, wenn die Weiter- und Fortbildung gemäss SwissEduc auf Niveau A1, resp. A2 oder B1 falls dies als Mindestanforderung gilt, finanziell unterstützt würde.

Ein Weiterbildungskurs auf Niveau A1 kostet rund Fr. 750.-. Ein Weiterbildungskurs auf Niveau A2 Fr.1 200.-

Gemäss oben stehender Tabelle müssten im Kanton Obwalden rund 430 Mitarbeitende für ein Niveau A1 geschult, rund 74 Mitarbeitende für ein Niveau A2 und rund 17 Mitarbeitende für ein Niveau B1 geschult werden. Die Gesamtkosten belaufen sich somit auf rund Fr. 454 000.-.

Die Arbeitsgruppe schlägt vor, dass der Kanton und die Einwohnergemeinden in einer Zeitperiode von fünf Jahren die Organisationen und Institutionen bei der Finanzierung dieser Weiterbildungskosten wie folgt unterstützen:

- $\frac{1}{2}$  der Weiterbildungskosten tragen die Organisationen / Institutionen (Fr. 227 000.-)
- $\frac{1}{4}$  der Kanton (Fr. 113 500.-, pro Jahr Fr. 22 700.- zwischen 2016 und 2020) und
- $\frac{1}{4}$  die Einwohnergemeinden (Fr. 113 000.-). Unter den einzelnen Gemeinde sind die Kosten gemäss einem von ihnen gewähltem Schlüssel (z.B. Anzahl Mitarbeitende in Alters- und Pflegeheimen) aufzuteilen. Aufgeteilt auf die fünf Jahre Anschubfinanzierung ergeben sich pro Einwohnergemeinden rund Fr. 3 250.-.

Die Einwohnergemeinden sind im Rahmen der Informationsveranstaltungen für Politikerinnen und Politiker auf das Begehren aufmerksam zu machen. Mit einem Schreiben sowie einer persönlichen Vorstellung durch Kanton sowie Vertreterinnen und Vertreter der Arbeitsgruppe soll die Gemeindepräsidentenkonferenz resp. Sozialvorstehendenkonferenz im Frühling 2015 detaillierter informiert werden, damit das Anliegen in die Budgetprozesse einfließen kann.

Die Institutionen und Organisationen können während den Jahren 2016 bis 2020 dem Kanton und den Einwohnergemeinden die Hälfte der Weiterbildungskosten (Niveau A1, A2 und B1) – bis maximal zu den aufgeführten Beträgen – in Rechnung stellen.

### *Antrag Arbeitsgruppe*

Es sollen sich sämtliche Berufsgruppen und Organisationen, die mit Palliative Care Patientinnen und Patienten in Kontakt treten, an den für den Kanton Obwalden definierten Ausbildungsniveaus (in Anlehnung an SwissEduc) orientieren.

Die Arbeitsgruppe bittet für die Anschubfinanzierung der Weiter- und Fortbildung in Palliative Care

- beim Gesundheitsamt je einen Betrag von Fr. 22 700.- für die Budgets 2016 bis 2020
- die Gemeindepräsidentenkonferenz einen Schlüssel für dessen Finanzierung sowie die entsprechenden Beträge für die Budgets 2016 bis 2020 vorzusehen.

## **Massnahme 7: Ausgestaltung und Regelmässigkeit der Bildungsangebote**

### *Problematik*

Mit den für den Kanton Obwalden festgelegten Ausbildungsniveaus gemäss SwissEduc ist klar definiert, über welche Kompetenzen die Mitarbeitenden in welcher Funktion verfügen sollten. Damit diese Kompetenzen effektiv vermittelt werden können, sind an die Bildungsangebote diverse Anforderungen zu stellen. Die Arbeitsgruppe hat sich insbesondere Gedanken über die Ausgestaltung und die Regelmässigkeit der Bildungsangebote gemacht.

### *Mögliche Lösungsansätze*

#### a. Ausgestaltung

Die Orientierung an den Ausbildungsniveaus von SwissEduc ermöglicht den Verantwortlichen, aus verschiedenen Bildungsangeboten zielgerichtete und massgeschneiderte Aus-, Weiter- und Fortbildungen für ihre Mitarbeitenden auszuwählen.

Dies wird weiterführend unterstützt, indem palliative.ch das Anerkennungsverfahren „Palliative Care Ausbildungen – Standards and Stars“ entwickelt hat. Erfüllen Angebote von Aus-, Weiter- und Fortbildung gewisse Kriterien, dürfen sie Logo und Stempel „SwissEduc Standards and Stars“ führen und werden auf der Website von SwissEduc und palliative.ch aufgeführt. Dies zeigt der Öffentlichkeit, Administratoren, Lernenden sowie Ausbildern, dass das Angebot den Standards von SwissEduc entspricht und verpflichtet die anbietenden Organisatoren und Dozenten zu hoher Qualität und Transparenz.

Die Arbeitsgruppe verfolgt das Ziel, Weiter- und Fortbildungen in Palliative Care auch vor Ort, im Kanton Obwalden, durchführen zu können.

Die Spitex Obwalden hat sich diesbezüglich bereits weiterführende Gedanken gemacht und sieht vor, ihren Mitarbeitenden die Kompetenzen der Grundversorgung auf Level A1 in einer Basisschulung mit Unterstützung von externen Fachpersonen in ihrer Institution durchzuführen. Bei Interesse würde selbstverständlich auch die Durchführung mit anderen Institutionen (Alters- und Pflegeheime, Kantonsspital) begrüsst. Der Vorteil von entsprechenden Schulungen vor Ort liegt in der optimalen Ausrichtung an den Bedürfnissen der Institution und den Mitarbeitenden. Zudem fallen aufwändige Reisezeiten mit entsprechenden Kosten weg. Die adressatengerechte Schulung aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter würde sowohl Inhalte der Sensibilisierung sowie der fachspezifischen Weiterbildung (Symptommanagement, Medizin Technik etc.) ermöglichen. Einzelne Alters- und Pflegeheime des Kantons Obwalden haben bereits entsprechende in-House-Weiterbildungen durchgeführt resp. planen solche.

Weiter ist es aus Sicht der Arbeitsgruppe bei der Ausgestaltung der Bildungsangebote sinnvoll, bei der Palliative-Care-Ausbildung die Disziplinen getrennt zu schulen, da sich sonst gewisse Akteure davon ausnehmen.

Bei der *Fort- und Weiterbildung* ist aufgrund des interdisziplinären Ansatzes von Palliative Care eine berufs- und betriebsübergreifende Durchmischung angebracht.

#### b. Regelmässigkeit

Damit die in den Aus-, Weiter- und Fortbildung erlangten Kenntnisse à jour bleiben, sind regelmässige Bildungsangebote in allen Institutionen zu gewährleisten.

### *Zuständigkeit*

Den Leistungserbringern wird empfohlen bei der Auswahl von Bildungsangeboten für ihre Mitarbeitenden, die empfohlenen Standards zur Ausgestaltung und Regelmässigkeit von Bildungsangeboten zu berücksichtigen. Mit den Ausbildungsniveaus und Kompetenzkatalogen von SwissEduc sowie „SwissEduc Standards and Stars“ liegen ihnen hilfreiche Grundlagen vor.

Falls Institutionen eigene Weiter- und Fortbildungsgängen anbieten möchten, sind sie ebenfalls angehalten, die definierten Punkte zur Ausgestaltung und Regelmässigkeit in ihren Bildungsangeboten zu befolgen.

Zu begrüssen wäre eine zentrale Stelle in Obwalden, welche die Weiter- und Fortbildung betreuen würde, indem sie den Überblick über aktuelle Bildungsangebote hätte und entsprechende Informationen an alle Leistungserbringer streuen würde. Bei Fragen dürften sich die Leistungserbringer an diese Stelle wenden. Vorläufig könnte diese Aufgabe eine bereits bestehende Organisation übernehmen.

Wird in Obwalden eine Koordinationsstelle (siehe Massnahme 13) eingerichtet, könnte sie diese Aufgaben wahrnehmen und nach einer gewissen Zeit sogar Bildungsmodule spezifisch für Obwalden organisieren.

Würde sich palliative zentralschweiz in Zukunft vermehrt der Weiter- und Fortbildung annehmen, wäre eine Zusammenarbeit von Vorteil.

#### *Finanzierung*

Die Leistungserbringer haben unter sich zu klären, wie die für die Bildungsinformationen zuständige Organisation abgegolten wird.

Der Kanton würde mit der Finanzierung einer Fach- und Vernetzungstagung (siehe Massnahme 12) ebenfalls einen Bildungsbeitrag leisten.

#### *Antrag Arbeitsgruppe*

Die Leistungserbringer sollen bei der Auswahl von Bildungsangeboten in Palliative Care für ihre Mitarbeitenden, die von der Arbeitsgruppe empfohlenen Richtwerte zur Ausgestaltung und Regelmässigkeit berücksichtigen.

Es ist unter den Leistungserbringern zu prüfen, ob sich eine Institution / Organisation als zentrale Stelle für Weiter- und Fortbildungen der Palliative Care im Kanton Obwalden zur Verfügung stellt.

### **Massnahme 8: Zusätzliche Gefässe Weiter- und Fortbildung**

#### *Problematik*

Es braucht nicht nur Anstrengungen, den Mitarbeitenden die Erlangung entsprechender Ausbildungsniveaus von SwissEduc zu eröffnen, sondern auch Möglichkeiten, das vermittelte Wissen aufrecht zu erhalten.

Die Praxis zeigt, dass klassische Weiter- und Fortbildungen für Mitarbeitende mit Bezug zu komplexen Pflegesituationen zu kurz greifen.

#### *Mögliche Lösungsansätze*

Die Fachgruppe erachtet Gefässe wie (ethische) Fallbesprechungen, Entscheidungsfindungen oder fallbezogene „Konsilien“ als wichtige Bildungselemente innerhalb der Palliative Care.

#### *Zuständigkeit*

Entsprechende Ausbildungsgefässe sind von spezialisierten Palliative Care Personen zu vermitteln. Es macht deshalb am meisten Sinn, dass der vorgeschlagene Konsiliardienst (siehe Massnahme 3) solche Weiterbildungsangebote anbieten würde.

Würde der Konsiliardienst von der Spitex erbracht, müssten diese Spezialistinnen ihrerseits auch über Austauschmöglichkeiten mit „gleichgestellten“ Personen verfügen. Die Spitex Obwalden hätte „Bündnispartner“ für einen entsprechenden Austausch zu suchen. Es ist insbesondere an den Brückendienst Luzern zu denken.

#### *Finanzierung*

Wie die neuen Gefässe der Weiter- und Fortbildung im Rahmen des Konsiliardienstes zu gestalten und finanzieren sind, ist im Rahmen des entsprechenden Projekts (siehe Massnahme 3) zu analysieren.

#### *Antrag Arbeitsgruppe*

Die Arbeitsgruppe beantragt die Sicherstellung von neuen Gefässen der Weiter- und Fortbildung im Rahmen des Projekts zum Konsiliardienst zu berücksichtigen.

### **13. Handlungsfeld „Forschung“**

#### 13.1 Nationale Strategie

**Oberziel Nationale Strategie:** *„Die Forschung zur Palliative Care ist etabliert. Sie liefert Forschungsergebnisse höchster Qualität und wesentliche Beiträge zu gesellschaftlichen Fragen am Lebensende.“*

Die Forschung liefert wichtige Beiträge zur qualitativen Verbesserung und Weiterentwicklung von Palliative Care. So hält die WHO fest, dass zur Sicherstellung der Qualität in der Palliative Care die Forschung gefördert werden muss. Sie empfiehlt auch, regelmässig den Sterbeort zu erfassen, weil an dieser Information die Wirksamkeit der Versorgung überprüft werden könne.

#### 13.2 Situation Kanton Obwalden

Einen Schwerpunkt in der Forschung zu setzen, ist aufgrund der stark regionalen Ausrichtung von Palliative Care im Kanton Obwalden zum jetzigen Zeitpunkt kaum angebracht. Der Kanton Obwalden könnte sich aber bei der Führung von nationalen Registern oder an schweizweiten Erhebungen zu Palliative Care beteiligen, falls entsprechende Anfragen an den Kanton oder die einzelnen Leistungserbringer herangetragen werden.

## 14. Handlungsfeld „Übergreifend“ / Vernetzung

### 14.1 Nationale Strategie

**Oberziel Nationale Strategie:** *„Die Voraussetzungen für die Umsetzung der Nationalen Strategie Palliative Care sind mittels geeigneter Instrumente geschaffen.“*

Das Oberziel der Nationalen Strategie zum Handlungsfeld „übergreifend“ zeigt auf, dass für die Umsetzung von Palliative Care diverse Grundlagen notwendig sind. Darunter fallen sowohl gesetzliche, als auch konzeptionelle oder fachliche Grundlagendokumente.

Unter dem Handlungsfeld „übergreifend“ wird ebenfalls ersichtlich, dass die Zusammenarbeit von verschiedenen Berufsgruppen ein tragendes Element der Palliative Care darstellt. Nebst der zentralen medizinischen Versorgung durch Ärztinnen und Ärzte, Pflegefachpersonal oder Spitexorganisationen, ist auch die Einbindung von Freiwilligen und bei Bedarf psychologische und spirituelle Unterstützung wichtig.

Ziel sollte sein, ein koordiniertes Netzwerk mit klar festgelegten Strukturen zu gewährleisten.

### 14.2 Situation Kanton Obwalden

Die Bedeutung von Palliative Care hat in den letzten Jahren zugenommen, dieser Trend wird sich auch in Zukunft festsetzen. Palliative Care macht somit ein fester Bestandteil der Gesundheitsversorgung aus, der entsprechend im Gesundheitsgesetz zu verankern ist.

Die Arbeitsgruppe wünscht, dass der gemeinsame Wille, im Sinne der Werte und Standards von Palliative Care zu handeln, im Rahmen einer Charta festgehalten wird. Auf nationaler Ebene bestehen bereits viele Grundlagen, welche die Standards von Palliative Care festlegen. Diese nationalen Grundlagen haben sich in den letzten Jahren stets weiterentwickelt und in der Praxis bewährt. Es wird gewünscht, dass die Leistungserbringer des Kantons Obwalden in ihrem Arbeitsalltag gemäss diesen Standards handeln.

Die Vernetzung unter den Leistungserbringern wird von der Arbeitsgruppe noch als ungenügend beurteilt. Eine Plattform, die sich diesem Thema annimmt, wird als dringend notwendig erachtet. Ebenso entscheidend beurteilen die Arbeitsgruppenmitglieder eine Anlaufstelle für die gesamte Bevölkerung.

### 14.3 Massnahmenvorschläge der Arbeitsgruppe

#### **Massnahme 9: Verankerung im Gesundheitsgesetz**

##### *Problematik*

Die Ausgestaltung der Gesundheitspolitik ist in der Schweiz im Wesentlichen Sache der Kantone. So haben die Kantone den gesetzlichen Auftrag und die Verantwortung, eine flächendeckende Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung sicherzustellen. Die Kantone sind dementsprechend auch für ein ausreichendes Angebot an Palliative Care auf ihrem Kantonsgebiet zuständig.

Obwohl Palliative Care bei vielen Akteuren Bestandteil der Leistungserbringung ausmacht, ist Palliative Care im Kanton Obwalden nicht im Gesundheitsgesetz festgehalten. Nur noch fünf andere Kantone verfügen neben Obwalden über keine rechtlichen Grundlagen von Palliative Care.

### *Mögliche Lösungsansätze*

Der Entwurf des revidierten Gesundheitsgesetzes sieht vor, Palliative Care in den Grundsätzen der Rechte und Pflichten der Patientinnen und Patienten wie folgt festzuhalten:

*„Unheilbar kranke oder sterbende Menschen haben Anspruch auf eine angepasste Betreuung sowie auf Linderung ihrer Leiden und Schmerzen nach den Grundsätzen der palliativen Medizin, Pflege und Begleitung.“*

Mit dieser Definition lehnt sich Obwalden an die Regelungen der Kantone Luzern, Schwyz, Uri, Zug, Schaffhausen und Thurgau an.

### *Zuständigkeit*

Das Finanzdepartement bereitet die Revision des Gesundheitsgesetzes vor und wird dem Regierungsrat einen entsprechenden Vorschlag unterbreiten. Die abschliessende Kompetenz liegt beim Kantonsrat bzw. bei der Bevölkerung im Rahmen einer allfälligen Volksabstimmung zum Gesundheitsgesetz. Die Inkraftsetzung des revidierten Gesundheitsgesetzes ist per 1. Januar 2016 geplant.

### *Antrag Arbeitsgruppe*

Die Arbeitsgruppe ist mit dem Vorschlag zur Verankerung von Palliative Care im neuen Gesundheitsgesetz einverstanden.

## **Massnahme 10: Charta**

### *Problematik*

Aus der gesetzlichen Verankerung ergibt sich eine Verbindlichkeit zur Einhaltung von Grundsätzen der Palliative Care. Ausgehend davon haben die Leistungserbringer des Gesundheitswesens grundsätzlich Massnahmen zu ergreifen, die den Patientinnen und Patienten eine angemessene Pflege und Betreuung nach Palliative Care ermöglichen.

### *Mögliche Lösungsansätze*

Trotzdem können der Kanton oder die Einwohnergemeinden alleine aus dem Grundsatz der Palliative Care im Gesundheitsgesetz den Institutionen keine detaillierten Vorschriften erteilen. Als Auftraggeber des Kantonsspitals, der Spitex oder der Alters- und Pflegeheime, wäre Palliative Care zwar in den Leistungsaufträgen resp. Leistungsvereinbarungen festzuhalten. Da Palliative Care jedoch ein ganzheitliches Verständnis von bestimmten Werten und Grundhaltungen bedeutet, ist eine umfassende Kontrolle der effektiven Umsetzung nicht realistisch.

Es ist deshalb anzuregen, dass sich die Institutionen und Organisationen auf die grundlegendsten Punkte einigen und eine Verbindlichkeit zur Erfüllung dieser Abmachungen herstellen. Institutionen und Organisationen, die sich in ihrer Tätigkeit zu den Grundwerten bekennen wollen, könnten dies mit der Unterzeichnung einer Charta „bezeugen“.

Grundlage für die Charta sollen die Richtlinien der SAMW „Palliative Care“ und „Recht der Patientinnen und Patienten auf Selbstbestimmung“ sowie die „Grundsätze und Richtlinien für palliative Medizin, Pflege und Begleitung in der Schweiz“ von palliative.ch bilden.

In der Charta des Kantons Obwalden sind folgende Punkte festzuhalten:

- a. Was ist Palliative Care
- b. Grundwerte der Palliative Care
- c. Prinzipien bei der Erbringung von Palliative Care
- d. Behandlungs- und Betreuungssettings

- e. Bildung
- f. Qualität
- g. Spirituelle Begleitung
- h. Bekennen zu Nationalen Standards (siehe auch Massnahme 11)

#### *Zuständigkeit*

Ein Ausschuss der Arbeitsgruppe wird mit der Ausarbeitung betraut, wobei die Charta des Kantons Schwyz als Grundlage verwendet werden darf. Die vom Ausschuss erarbeitete Charta wird am Schluss durch die Gesamtarbeitsgruppe verabschiedet.

Anschliessend erhalten alle Akteure im Kanton Obwalden die Möglichkeit, die Charta zu unterzeichnen. Mittels Zertifikat können sie in ihrer Institution darauf aufmerksam machen, dass sie sich zum Inhalt der Charta bekennen und in ihrer Organisation entsprechend umsetzen.

Die Koordination zur Unterzeichnung der Charta durch die Institutionen und Organisationen sowie allfällige „Promotionsmassnahmen“ übernimmt der Kanton.

#### *Finanzierung*

Die Kosten zur Erstellung sowie Zertifizierungs-Koordination gehen zu Lasten des Kantons. Es wird mit einmaligen Gestaltungs-, Druck- und Portokosten von rund Fr. 4 000.- gerechnet.

#### *Antrag Arbeitsgruppe*

Die Arbeitsgruppe beauftragt einen Ausschuss mit der Ausarbeitung einer Charta, mit deren Unterzeichnung sich die Leistungserbringer zur Einhaltung von Grundsätzen der Palliative Care aussprechen können.

Das Gesundheitsamt wird gebeten, für Gestaltungs-, Druck- und Portokosten einen Betrag von Fr. 4 000.- im Budget 2016 vorzusehen.

### **Massnahme 11: Festlegung von Nationalen Standards für Obwalden**

#### *Problematik*

Auch wenn die Versorgung im Bereich Palliative Care mit entsprechenden Angeboten abgedeckt wird, kann rein aufgrund der Existenz dieser Angebote nicht garantiert werden, dass sie effektiv eine ausreichende Versorgung gewährleisten. Dafür müssen die einzelnen Angebote auch einen entsprechenden Standard garantieren. Deshalb erscheint es der Arbeitsgruppe wichtig, über Instrumente zu verfügen, welche die Einhaltung von gewissen nationalen Standards insbesondere im Bereich der Indikation und der Qualität garantieren.

#### *Mögliche Lösungsansätze*

##### a. Indikationskriterien

Palliative Care hat sogenannte Indikationskriterien festgelegt, die Patientinnen und Patienten erfüllen müssen, damit sie Leistungen der Palliative Care in Anspruch nehmen können.

Sie dienen insbesondere den Leistungserbringern beim Entscheid, ob Patientinnen und Patienten Palliative Care beanspruchen können und wenn ja, welche Angebote.

Sie bieten damit auch Hilfe beim Entscheid, wann z.B. ein Konsiliardienst beratend beizuziehen oder eine Überweisung in eine Palliativstation oder ein Hospiz notwendig ist.

##### b. Qualitätsrichtlinien

Die Qualität gibt an, in welchem Masse eine Dienstleistung den bestehenden Anforderungen entspricht.

Um die Qualität der Palliative-Care-Leistungen in Institutionen zu überprüfen, wurden unter der Federführung von palliative.ch Kriterienlisten erarbeitet:

- Kriterienliste A: Spezialisierte stationäre Einrichtungen für Palliative Care
- Kriterienliste B: Spezialisierte mobile Dienste für Palliative Care
- Kriterienliste C: Palliative Care in der Langzeitpflege
- Kriterienliste D: Allgemeine mobile Dienste, welche auch Palliative Care anbieten.

Zudem wurde am 16. März 2010 – unter Federführung von palliative.ch – der Schweizerische Verein für Qualität in Palliative Care gegründet. Dieser vergibt ein Label für die Qualität in der Palliative Care. Grundlage für die Qualitätsprüfung bilden die entwickelten Qualitätskriterien. Die Qualitätskriterien von palliative.ch sowie weiteren Fachgruppen (z.B. Curaviva) sollen in allen Institutionen zur Anwendung kommen.

#### *Zuständigkeit und Finanzierung*

Die Indikationskriterien und Qualitätskriterien sind auf nationaler Ebene entwickelt und laufend präzisiert sowie den aktuellsten Erkenntnissen angepasst worden. Eine aufwändige Neukonzeptionierung durch den Kanton Obwalden fällt damit weg, was sich positiv auf die Kosten auswirkt. Es gilt „lediglich“ die Unterlagen bei Bedarf auf die Begebenheiten des Kantons Obwalden anzupassen und die Streuung zu Händen der Akteure sicherzustellen.

Die Arbeitsgruppe sieht folgendes Vorgehen:

- a. Indikationskriterien
  - Allenfalls kommt die Arbeitsgruppe zum Schluss, dass die nationalen Unterlagen für den Kanton Obwalden angepasst werden müssen. In diesem Fall könnte ein Ausschuss der Arbeitsgruppe diese Aufgabe wahrnehmen.
  - Schulung an Fach- und Vernetzungstage (siehe Massnahme 12).
  - Bei Bedarf Schulung in den Institutionen.
- b. Qualitätskriterien
  - Allenfalls kommt die Arbeitsgruppe zum Schluss, dass die nationalen Unterlagen für den Kanton Obwalden angepasst werden müssen. In diesem Fall könnte ein Ausschuss der Arbeitsgruppe diese Aufgabe wahrnehmen.
  - Schulung an Fach- und Vernetzungstage (siehe Massnahme 12).  
Bei Bedarf Schulung in den Institutionen.
  - Institutionen, die das Qualitätslabel von palliative.ch anstreben, können entsprechende Massnahmen in die Wege leiten.

Anschliessend liegt es in der Zuständigkeit der einzelnen Institutionen, wie sie die Qualitäts- und Indikationskriterien, nach Möglichkeit mit angemessenem Administrativaufwand, umsetzen.

#### *Antrag Arbeitsgruppe*

Die Leistungserbringer sind angehalten, die nationalen Standards in ihrem Berufsalltag umzusetzen.

Bei Bedarf werden die nationalen Standards durch einen Ausschuss der Arbeitsgruppe für den Kanton Obwalden spezifisch aufbereitet und anschliessend an die Leistungserbringer verteilt.

## **Massnahme 12: Fach- und Vernetzungstage**

### *Problematik*

GDK, BAG und palliative.ch sind sich einig, dass der „Boden“ für den Aufbau von palliativen Versorgungsstrukturen die Vernetzung darstellt. Die Arbeitsgruppe hat sich deshalb intensiv damit auseinandergesetzt, wie sich die Vernetzung *zwischen den Akteuren* innerhalb des Kantons Obwalden verbessern lässt. Ziel sollte sein, das „Gartendenken“ in den Institutionen und Organisationen zu mindern und eine verstärkte Zusammenarbeit im Sinne der Interdisziplinarität zu fördern. Hauptanreiz der Tätigkeit im Palliativbereich muss in der Mitwirkung in diesem Netz liegen und nicht im „Herausschneiden eines Kuchenstücks“.

### *Mögliche Lösungsansätze*

Die Arbeitsgruppe hat sich entschieden, die Bildung eines eigenen Vereins (z.B. palliative obwalden) vorläufig nicht prioritär anzugehen. Es soll zuerst eine Koordinationsstelle geschaffen und deren Aufgaben / Leistungen definiert werden, bevor über die Tätigkeit eines Vereins diskutiert wird (siehe Massnahme 13). Dies auch unter der Berücksichtigung, dass der schweizerische Dachverband palliative.ch weniger kantonale Einzelvereine, sondern eher regionale Verbände wie palliative zentralschweiz wünscht.

Trotz diesen Überlegungen streben die Arbeitsgruppenmitglieder einen hohen Netzwerkgedanken unter den Leistungserbringern an. Dies in Anlehnung an das „Netzwerk“ Familie, das einem die beste Geborgenheit bietet.

Im Rahmen von Fach- und Vernetzungstagen sollte deshalb ein institutionalisierter, multidisziplinärer, ergebnisorientierter Austausch stattfinden. Während ein bis zwei Tagen pro Jahr werden Fachkräfte aus den verschiedensten Themen gezielt geschult und haben gegenüber ihren Disziplinskolleginnen und –kollegen eine Informations- bzw. Bringschuld. Pro Institution oder Fachvereinigung sollte deshalb eine Person an diesen Vernetzungstagen teilnehmen. Es wären auch private Organisationen erwünscht.

Inhalte entsprechender Fach- und Vernetzungstage könnten beispielsweise gemeinsame Handlungsweisungen, Behandlungsgrundsätze, Standards (siehe Massnahme 11) oder Best Practice-Schulungen darstellen.

Es ist zu prüfen, ob für den Besuch dieser Veranstaltungen ECTS-Punkte (European Credit Transfer and Accumulation System) erteilt werden können.

### *Zuständigkeit*

Mit der vom Regierungsrat gebildeten Arbeitsgruppe besteht bereits ein erstes Netzwerk aus verschiedensten Akteuren der Palliative Care. Es wäre zu begrüßen, wenn sich bei der Gestaltung der Fach- und Vernetzungstage die bereits involvierten Institutionen und Berufsverbände aktiv beteiligen würden. Sie kennen im Kanton Obwalden die Situation und notwendigen weiterführenden Schritte am besten und wären deshalb ausgezeichnet geeignet, diese Fach- und Vernetzungstagen unter der administrativen und organisatorischen Führung des Kantons zu planen und auszuarbeiten.

Ideal wäre selbstverständlich, wenn sich daraus weiterführende Arbeiten oder Zusammenarbeitsprojekte ergäben.

Im Kanton Schwyz hat beispielsweise das Netzwerk Küssnacht einen Leitfaden für Hausärzte zur Dosierung von Medikamenten erstellt. Im Kanton Thurgau bestehen schriftlich festgehaltene Grundsätze der Zusammenarbeit in einer Vereinbarung zwischen Ärztesgesellschaft und Spitex.

Auch die Erarbeitung von „brancheninterne“ Konzepten oder die Verständigung auf bestimmte best practice Anwendungen (z.B. Anwendung Standards Bigorio in Pflegeheimen) wären zu begrüssen.

#### *Finanzierung*

Die Arbeitsgruppe beantragt, dass der Kanton die Kosten für die Organisation und Durchführung dieser Fach- und Vernetzungstage übernimmt. Allenfalls sind auch Sponsoring-Massnahmen zu bedenken.

Die Arbeitsgruppe schlägt einen jährlichen Kantonsbeitrag von Fr. 2 000.-, insbesondere für das Engagement von Referentinnen und Referenten, vor.

Die Institutionen werden angehalten, ihren Mitarbeitenden die Arbeitstage zu vergüten.

#### *Antrag Arbeitsgruppe*

Die Arbeitsgruppe beantragt, dass das Gesundheitsamt für den Austausch und die Schulung von Leistungserbringern im Rahmen einer Fach- und Vernetzungstagung einen jährlichen Beitrag von Fr. 2 000.- ab 2016 ins Budget aufnimmt.

### **Massnahme 13: Koordinationsstelle**

#### *Problematik*

Eine zentrale Anlauf-, Auskunft- oder Koordinationsstelle *für die Bevölkerung* wird von der Arbeitsgruppe einstimmig als unabdingbar angesehen.

#### *Mögliche Lösungsansätze*

Je nach Kanton haben entsprechende Stellen eine Triagefunktion, erteilen Auskünfte über Palliative Care und deren Angebote, erstellen Entlastungspläne oder entwickeln Konzepte.

Aktuell beschäftigt sich die vom Regierungsrat beauftragte Arbeitsgruppe „Analyse der Versorgungskette im Pflegebereich“ im Rahmen ihrer Analyse mit dem möglichen Profil einer Koordinationsstelle für den Kanton Obwalden.

Deshalb hat sich die Arbeitsgruppe Palliative Care entschlossen, dieses Thema erst näher zu prüfen, bis allfällige Erkenntnisse resp. Vorschläge der Arbeitsgruppe „Analyse der Versorgungskette im Pflegebereich“ vorliegen.

Im Rahmen einer Koordinationsstelle wäre insbesondere auch zu prüfen, wie die Vernetzung zu Angeboten ausserhalb des Kantons ausgebaut werden können.

#### *Antrag Arbeitsgruppe*

Die Arbeitsgruppe Palliative Care empfiehlt der Arbeitsgruppe „Analyse der Versorgungskette im Pflegebereich“ die Schaffung, Finanzierung und Zuständigkeit einer Koordinationsstelle als zentrales Element ihrer weiteren Arbeit zu behandeln.

## IV. Weiteres Vorgehen

### 15. Umsetzung der Massnahmen

Ab Januar 2015 sollen die ersten Massnahmen des vorliegenden Berichts umgesetzt werden. Die Arbeitsgruppe sieht folgenden Ablauf vor:

		2015											
		Jan	Feb	März	April	Mai	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Dez
<b>Massnahmen</b>													
Sensibilisierung (Massnahme 5)			WA								.		
Runde Tische (Massnahme 4)				x					x		.		Start
Charta, Erstellung (Massnahme 10)						x				x	.		
Stationäre Versorgung (Massnahme 1)											.		
Ausbildungsniveaus / Anschubfinanzierung (Massnahme 6)											.		

		2016											
		Jan	Feb	März	April	Mai	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Dez
<b>Massnahmen</b>													
Sensibilisierung (Massnahme 5)													
Runde Tische (Massnahme 4)													
Charta, Unterzeichnung Institutionen (Massnahme 10)													
Stationäre Versorgung (Massnahme 1)				.									
Ausbildungsniveaus / Anschubfinanzierung (Massnahme 6)		Start											
Verankerung in Gesundheitsgesetz (Massnahme 9)		Start											
Ausgestaltung & Regelmässigkeit Bildungsangebote (Massnahme 7)		Start											
24-Stunden Spitex (Massnahme 2)													
Festlegung von Standards (Massnahme 11)				.	ev. x		ev. .						
Konsiliardienst (Massnahme 3)				.	x								.
Zusätzliche Gefässe Weiter- und Fortbildung (Massnahme 8)				.	x								.
Fach- und Vernetzungstage (Massnahme 12)							.				.		

• = Gesamtarbeitsgruppensitzung, x = Projektgruppen-/Ausschusssitzung

## **16. Weiterführung Arbeitsgruppe**

Wie aus den unter Punkt 15 aufgeführten Tabellen ersichtlich wird, stehen im Jahre 2015 und 2016 vielfältige Aufgaben an, deren Planung, Organisation und Umsetzung von der Arbeitsgruppe begleitet werden sollen.

Der Regierungsrat wird deshalb gebeten, die Arbeitsgruppe Palliative Care des Kantons Obwalden bis mindestens Ende 2016 aufrecht zu erhalten.

Anhänge:

- Anhang A: Handlungsbedarf aus dem Workshop vom 17. Oktober 2012
- Anhang B: Übersicht Angebote Kanton Obwalden

## Glossar

### *Chronische Krankheit*

Chronische Krankheiten sind sich langsam entwickelnde und lang andauernde Erkrankungen, wie z.B. Herz-Kreislaufkrankheit, Asthma, Parkinson, Brustkrebs, Multiple Sklerose, Demenz etc. Sie zeichnen sich durch einen langwierigen Verlauf aus, der in der Regel mit Komplikationen verbunden ist und nicht selten mit geringer Lebenserwartung einhergeht. Chronische Krankheiten erfordern eine kontinuierliche medizinische Versorgung. Ohne diese droht eine lebensbedrohliche Verschlimmerung resp. eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität.

### *Interprofessionalität*

Es handelt sich um eine Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen. Die Palliative Care wird vorteilhaft in einem interprofessionellen Team erbracht. Dieses Team besteht aus Personen universitärer und nicht universitärer Gesundheitsberufe. Je nach den Bedürfnissen des kranken Menschen und von dessen nahestehenden Bezugspersonen werden Fachpersonen anderer universitärer oder nicht universitärer Sozial- und Psychologieberufe, der Seelsorge oder weiterer Berufe beigezogen.

### *Kurative Medizin, Kuration*

Die Medizin baut auf den drei Säulen „Kuration“, „Prävention“ und „Rehabilitation“ auf. Der Begriff „curare“ stammt aus dem Lateinischen und bedeutet „heilen“. Das Therapieziel in der Kuration ist die Heilung der vorliegenden Erkrankungen.

### *Multimorbidität*

Unter Multimorbidität (oder auch Polymorbidität) versteht man das gleichzeitige Bestehen mehrere Krankheiten bei einer Person. Charakteristisches Phänomen des Alterns.

### *Nahestehende Bezugspersonen*

Zu den nahestehenden Bezugspersonen werden diejenigen Personen gezählt, die der kranke Mensch als solche bezeichnet. Es können dies nächste Verwandte wie Eltern, Kinder und Geschwister sein, Ehe- oder Lebenspartner und weitere Personen, mit der die kranke Person in einem Vertrauensverhältnis steht.

### *Neue Pflegefinanzierung*

Mit der neuen Pflegefinanzierung seit 1. Januar 2011 wurde die Finanzierung der Pflegeleistungen in den Pflegeheimen und in der Spitex neu geregelt. Die neue Pflegefinanzierung macht die Pflegekosten weder höher noch tiefer, die Kosten werden lediglich anders aufgeteilt.

Bis 2011 war die Finanzierung der Pflegeleistungen so geregelt, dass die Krankenkassen und die Pflegeheime resp. Spitex die Tarife untereinander verhandelten. Die Restfinanzierung übernahmen die Pflegeempfänger. Mit der neuen Pflegefinanzierung sieht das Modell so aus, dass die Beiträge an die Pflegefinanzierung von den Krankenkassen und den Pflegeempfängern (max. Fr. 21.60 pro Tag in den Pflegeheimen, max. Fr. 15.95 pro Tag bei der Spitex) gesetzlich definiert sind und die Restkosten durch die öffentliche Hand finanziert werden müssen.

### *Neue Spitalfinanzierung / DRG-Fallpauschalen-System*

Mit der neuen Spitalfinanzierung, die am 1. Januar 2012 in Kraft trat, werden nicht mehr die Spitäler als Institutionen, sondern ihre Leistungen am Patienten, finanziert. Das DRG-Fallpauschalen-System ist eines der Instrumente in der neuen Spitalfinanzierung, das zu mehr Transparenz bei den Behandlungen und einer leistungsgerechteren Vergütung der Spitäler führen soll. Um die Preise für die Leistungen der Spitäler festzulegen, gibt es eine landesweit einheitliche Tarifstruktur. Darin werden die Leistungen (Kodierung) sowie die Bewertungen der Behandlungen (Kostengewichte) festgehalten.

### *Patientenverfügung*

Die Patientenverfügung ist ein Instrument der Selbstbestimmung von Patientinnen und Patienten. Eine urteilsfähige Person kann in einer Patientenverfügung festlegen, welchen medizinischen Massnahmen sie im Fall ihrer Urteilsunfähigkeit zustimmt oder nicht zustimmt. Sie kann auch eine Person bezeichnen, die im Fall ihrer Urteilsunfähigkeit mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt die medizinischen Massnahmen besprechen und in ihrem Namen entscheiden soll.

Mit dem revidierten Erwachsenenschutzrecht wird die rechtliche Verbindlichkeit der Patientenverfügung auf gesamtschweizerischer Ebene einheitlich geregelt (Art. 370 ZGB).

### *Pflegebedarf*

Pflegebedürftig ist, wer über eine unbestimmte Zeitspanne regelmässigen Pflegebedarf hat. Regelmässiger Pflegebedarf ist definiert als mehrmals wöchentlicher Bedarf an Unterstützung bei der Ausführung von körperbezogenen alltäglichen Verrichtungen, unabhängig davon ob eine psychische oder somatische Erkrankung vorliegt. Hierbei handelt es sich um Tätigkeiten in den Bereichen Hygiene, Mobilität/Motorik und Ernährung bzw. Aufsichtsbedarf.

## Quellenverzeichnis

BAG / GDK: Nationale Strategie Palliative Care 2013-2015, Bilanz „Nationale Strategie Palliative Care 2010-2012“ und Handlungsbedarf 2013-2015, Bern, 2012.

BAG / GDK: Nationale Strategie Palliative Care 2010-2012, Bern, 2010.

BAG / GDK / palliative ch: Rahmenkonzept Palliative Care Schweiz, Eine definitorische Grundlage für die Umsetzung der „Nationalen Strategie Palliative Care“, Bern, 2014.

BAG / GDK: Stand und Umsetzung von Palliative Care in den Kantonen 2013, Ergebnisbericht vom 110 Juni 2013, Bern, 2013.

BAG / GDK: Nationale Leitlinien Palliative Care 2010-2012, 2011.

palliative ch: Versorgungsstrukturen Palliative Care Schweiz, unbekannt.

BAG / GDK: Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz, Bern, 2012.

BAG / GDK: Indikationskriterien für spezialisierte Palliative Care, Bern, 2011.

BAG: Nationales Bildungskonzept „Palliative Care und Bildung“, Strategisches Grundlagenpapier (Empfehlungen), Bern, 2012.

BAG / GDK: Finanzierung der Palliative Care Leistungen der Grundversorgung und der spezialisierten Palliative Care (ambulante Pflege und Langzeitpflege), Bern, 2013.

BAG: Kosteneffektivität von Palliative Care, Literaturanalyse, Bern, 2011.

Dr. Telser Harry, Fischer Barbara, Trost Melanie, Machbarkeitsabklärung für eine Kosten-/Nutzenstudie im Bereich Palliative Care, Olten, 2014.

Curaviva Schweiz / BAG: Menschen am Lebensende begleiten. Geschichten zu Palliative Care in Alters- und Pflegeinstitutionen, Bern, 2013.

Curaviva Schweiz: Palliative Care in der stationären Langzeitpflege, Positionspapier Curaviva Schweiz zur Umsetzung der Nationalen Strategie Palliative Care, unbekannt, 2009.

palliative ch: Ausbildungsniveaus in Palliative Care,  
<http://www.palliative.ch/de/fachbereich/arbeitsgruppen-standards/aus-weiter-und-fortbildung/>  
(17.6.2014).

palliative ch: Kompetenzen und Bildungsstufen für Palliative Care in der Schweiz: Fortsetzung der Arbeit in der Arbeitsgruppe „SwissEduc“,  
<http://www.palliative.ch/de/fachbereich/arbeitsgruppen-standards/aus-weiter-und-fortbildung/>  
(17.6.2014).

palliative ch: Qualitätskriterien für die Audits zur Erteilung eines Qualitäts-Labels an spezialisierte stationäre Palliative-Care-Einrichtungen (Liste A),  
<http://www.palliative.ch/de/fachbereich/arbeitsgruppen-standards/qualitaet/> (17.6.2014).

palliative ch: Qualitätskriterien für die Audits zur Erteilung eines Qualitäts-Labels in Palliative Care für spezialisierte mobile Konsiliardienste, spitalintern und spitalextern (Liste B),  
<http://www.palliative.ch/de/fachbereich/arbeitsgruppen-standards/qualitaet/> (17.6.2014).

palliative.ch: Qualitätskriterien für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung zur stationären Behandlung in Institutionen der Langzeitpflege (Liste C), <http://www.palliative.ch/de/fachbereich/arbeitsgruppen-standards/qualitaet/> (17.6.2014).

palliative.ch: Best practice, <http://www.palliative.ch/de/fachbereich/arbeitsgruppen-standards/best-practice/> (17.6.2014).

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW): Palliative Care, Medizinisch-ethische Richtlinien, 2006.

Radbruch L., Payne S.: Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa, Teil 1, Weissbuch zu Empfehlungen der Europäischen Gesellschaft für Palliative Care (EAPC), Stuttgart, 2011.

Dr. Matthias Wächter und Angela Bommer (Hrsg. Hochschule Luzern), Mobile Palliative-Care-Dienste in der Schweiz – Eine Bestandesaufnahme aus der Perspektive dieser Anbieter, Schlussbericht, Luzern, 2013.

Gesundheitsamt Thurgau, Palliative Care Thurgau, Umsetzungskonzept, 2010.

Verein „Palliative Luzern“, Palliativ Luzern, Konzept, Luzern, 2008

Kanton Schwyz, Palliative Care im Kanton Schwyz, Integriertes Versorgungskonzept, Schwyz, 2010.

Kanton Schwyz, Palliative Care im Kanton Schwyz, Umsetzungskonzept, Schwyz, 2012.

Kanton Appenzell Innerrhoden, Konzept Palliative Care, 2014.

Camartin Cristian, Prospektive Beobachtungsstudie über die behandelten Patienten des Brückendienstes der Region Surselva, in: „palliative.ch“, Zeitschrift der Schweiz, Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung, Nr. 1-2014.

Steiner Ramona, Aufbau braucht Durchhaltevermögen, Zusammenarbeit, Kreativität und vor allem einen Auftrag – die Entstehungsgeschichte einer Palliative-Care-Station in der Peripherie, Schwyz, 2013.

## Anhänge

### Anhang A: Handlungsbedarf aus dem Workshop vom 17. Oktober 2012

#### Versorgung

##### *Gesetzliche Verankerung*

Palliative Care soll für alle Personen zugänglich sein. Um diesem Grundsatz das entsprechende Gewicht zu verleihen, ist Palliative Care als Teil der Gesundheitsversorgung im Gesundheitsgesetz zu verankern.

##### *Angebote und Dienstleistungen für den Kanton Obwalden*

Die Nationale Strategie und palliative.ch zeigen die verschiedenen Angebote für eine flächendeckende Versorgung in Palliative Care auf. Es können kaum alle Angebote im Kanton Obwalden aufgebaut werden. Die Arbeitsgruppe wird feststellen müssen, wo im Kanton Obwalden effektiv Versorgungslücken bestehen. Welche Angebote braucht es zusätzlich? Welche Versorgungslücken können durch bessere Vernetzung oder optimalere Schnittstellen geschlossen werden? Es wird sich dementsprechend zeigen, ob im Kanton Obwalden ausschliesslich in der Grundversorgung Palliative Care angeboten wird oder auch spezialisierte Angebote geschaffen werden können. Die Arbeitsgruppenmitglieder erachten insbesondere die Sicherstellung eines Nachtdienstes als notwendig.

*Schnittstellen zwischen ambulant und stationär sowie zwischen Langzeitpflege und Akutspital*  
Patientinnen und Patienten in Palliativsituationen benötigen oft unterschiedliche Betreuungs- und Pflegedienstleistungen. Häufig werden Patientinnen und Patienten über länger Phasen zu Hause (mit Unterstützung der Spitex) betreut. Ihr Zustand kann sich jedoch zwischenzeitlich stark verschlechtern, was kurze Spitalaufenthalte bedingt. Diese Betreuungsschnittstellen sind nicht leicht zu koordinieren. Dasselbe gilt für Patientinnen und Patienten, die in Pflegeheimen palliativ betreut werden und zwischenzeitlich ins Spital müssen. Die Arbeitsgruppe will Massnahmen für eine bessere Lösung der Schnittstellenproblematik erarbeiten.

##### *Schnittstellen zwischen Kanton und Gemeinden*

Die Nationale Strategie Palliative Care spricht vor allem die Kantone an. Die Alterspflege liegt im Kanton Obwalden hingegen hauptsächlich in der Hauptverantwortung der Gemeinden. Die Rollen und Aufgabenteilungen müssen geklärt werden.

##### *Qualitätskriterien und Indikationskriterien*

Die Qualitätskriterien und Indikationskriterien von palliative.ch sowie weiteren Fachgruppen (z.B. Curaviva) sollen in allen Institutionen zur Anwendung kommen. Es gilt zu überlegen, wie die Qualitäts- und Indikationskriterien in den Institutionen mit angemessenem Administrativaufwand umgesetzt werden können.

#### Finanzierung

##### *Tarmed und DRG in der Praxis*

Ambulante medizinische Behandlungen sind über Tarmed<sup>3</sup> abzurechnen. Es besteht das Problem, dass Palliative Care Leistungen teilweise mit einer zu tiefen Zeitlimite abgebildet werden, insbesondere Leistungen in Abwesenheit der Patientin oder des Patienten. Solche Koordinationsleistungen fallen jedoch bei palliativ Patienten zahlreich an.

---

<sup>3</sup> Die Kosten für ambulante ärztliche Leistungen werden grösstenteils durch die Obligatorische Krankenversicherung (OKP) getragen. Die Abgeltung der Leistungen durch die OKP ist in einem Rahmenvertrag geregelt, der zwischen der Vereinigung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) und den Krankenversicherern (santésuisse) vereinbart wurde. Der Vertrag legt den Einzelleistungstarif „Tarmed“ fest, in dem jeder Leistung nach zeitlichem Aufwand, Schwierigkeit und erforderlicher Infrastruktur eine bestimmte Anzahl von Taxpunkten zugeordnet ist.

Im stationären Bereich werden die Leistungen seit 1. Januar 2012 im diagnosebezogenen Fallpauschalen-System (DRG) abgegolten. Die Hauptschwierigkeit liegt darin, dass Palliative Care primär ein problemorientierter und höchstens sekundär diagnosebezogener Behandlungsansatz ist. Es besteht bei Palliative-Care-Patientinnen und -Patienten keine direkte Beziehung zwischen Schweregrad einer Diagnose und der Verweildauer im Akutspital. Der Behandlungsaufwand lässt sich nicht unmittelbar aus der Hauptdiagnose ableiten.

Die Finanzierungsfragen sind insbesondere auf nationaler Ebene zu lösen. Es zeichnen sich auch zunehmend Lösungen ab. Spezifische Palliative-Care-Abteilungen müssen beispielsweise nicht nach DRG abrechnen, sondern nach Tagespauschalen und die Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV, SR 832.112.31) ermöglicht neu die Verrechnung eines Koordinationsbedarfs.

In der Praxis braucht es trotz diesen Lösungsansätzen auf nationaler Ebene mehr Erfahrungswerte, wie die Leistungen der verschiedenen Angebote schlussendlich verrechnet werden können. Bei der Ausarbeitung des Versorgungsangebots ist die Finanzierungsproblematik immer mitzubeachten.

#### *Pflegende Angehörige*

Angehörige leisten oft einen unverzichtbaren Einsatz bei der Pflege von Palliativpatientinnen und -patienten. Die Rolle der Angehörigen soll in der Arbeitsgruppe ebenfalls betrachtet werden. Denn bei der Betreuung durch Angehörige beschränkt sich die Belastung nicht nur auf mentale und physische Aspekte, sondern auch auf finanzielle. Sie verzichten oft auf ein Einkommen und ermöglichen gleichzeitig Einsparungen für das Gemeinwesen.

#### **Sensibilisierung**

##### *Öffentlichkeitsarbeit*

Die Öffentlichkeitsarbeit für eine grössere Bekanntheit des Begriffs Palliative Care sowie dessen Angebote ist anzugehen. Palliative Care soll als Philosophie im Bewusstsein der Bevölkerung verankert werden.

Die Arbeitsgruppenmitglieder sind sich einig, dass die Vernetzung eine zentrale Rolle spielt. Es kann nicht sein, dass jede Institution bzw. Organisation selber auf Palliative Care aufmerksam macht. Eine verstärkte Zusammenarbeit mit palliative zentralschweiz wäre zu begrüssen.

##### *Informationen für Betroffene und Akteure*

Im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit ist neben der „allgemeinen“ Bevölkerung ein Fokus auf die betroffenen Personen sowie ihre Angehörigen zu richten. Es ist in palliativen Situation oft schwierig den Überblick zu bewahren, welche Angebote der Pflege und Betreuung überhaupt notwendig und möglich sind. Die Arbeitsgruppenmitglieder würden deshalb die Schaffung einer Koordinationsstelle begrüssen, welche die Betroffenen kompetent über die möglichen Institutionen und Organisationen sowie deren Zugang aufklären könnte.

Auch die Akteure im Gesundheits- und Sozialwesen wissen oft zu wenig Bescheid über die verschiedenen Angebote und wie sie die Angehörigen oder Betroffenen beraten können.

#### **Bildung**

##### *Aus-, Weiter- und Fortbildung in den Institutionen und Organisationen*

Fachliche Kompetenzen bilden eine wichtige Voraussetzung für die Umsetzung von Palliative Care. Die Grundausbildung auf universitärer und nichtuniversitärer Stufe wird auf nationaler Ebene angegangen. Die Weiter- und Fortbildung liegt hauptsächlich in der Verantwortung der einzelnen Institutionen und Organisationen. Es soll definiert werden, welche fachlichen Kompetenzen die Mitarbeitenden in Bezug auf Palliativ Care vorweisen oder erbringen müssen. Eine einheitliche Handhabung innerhalb der verschiedenen Tätigkeitsgruppen wäre wünschenswert.

### *Institutionsübergreifende Aus-, Weiter- und Fortbildungen*

Da Palliative Care nur in vernetzten Strukturen funktionieren kann, wären auch institutionsübergreifende Bildungsmöglichkeiten sehr erwünscht.

Wie und von wem ein entsprechendes Gebilde organisiert und koordiniert werden müsste, gilt es von der Arbeitsgruppe zu bedenken.

### *Aus- und Weiterbildung von Ehrenamtlichen*

Es braucht nicht nur Schulungsmöglichkeiten für Berufstätige, sondern auch für Ehrenamtliche. Insbesondere Familienangehörige möchten sich oft weiterbilden wenn sie zu Hause Patientinnen und Patienten pflegen. Es gilt im Verlaufe der Arbeitsgruppentätigkeit zu prüfen, ob in Obwalden ein entsprechendes Angebot bestehen soll oder eine Zusammenarbeit mit anderen Anbietern gesucht wird.

## **Forschung**

### *Datengrundlage erstellen*

Es ist heute nicht bekannt, wie viele Personen und welche Personengruppen im Kanton Obwalden Palliative Care beanspruchen oder entsprechende Angebote beanspruchen würden. Für die weitere Planung wäre eine Datengrundlage ideal. Ob dies auch realisierbar ist, gilt es in den nächsten Sitzungen zu klären.

## **Übergreifend**

### *Vernetzung*

Die Vernetzung stellt eines der wichtigsten Elemente von Palliative Care dar. Deshalb will sich die Arbeitsgruppe intensiv damit auseinandersetzen, wie sich die Vernetzung zwischen den Akteuren innerhalb des Kantons Obwalden verbessern lässt.

Es stellt sich zudem die Frage, wie die Vernetzung zu Angeboten ausserhalb des Kantons aufgebaut werden kann.

### *Austausch unter den Fachleuten*

Die Arbeitsgruppenmitglieder würden einen verstärkten Austausch unter den Fachleuten begrüssen. Palliative Care setzt eine Interdisziplinarität der Versorgung voraus, insofern sollte auch der Austausch zwischen den verschiedenen Leistungserbringern gefördert werden. Es soll eine Plattform geschaffen werden, die für den Erfahrungsaustausch und allenfalls für Aus- und Weiterbildungen zuständig ist.

### *Austausch von Patientendaten*

Der Gesundheitszustand von palliativen Patientinnen und Patienten kann sich sehr schnell ändern. Meist wird in solchen Situationen Unterstützung von weiteren Akteuren nötig. (So gilt es bei akuten Schmerzen des Patienten nach der Alarmierung der Spitex durch die Angehörigen oft auch den Hausarzt miteinzubeziehen, um höhere Schmerzmittel zu verschreiben.) Eine Plattform für einen schnellen und unkomplizierten Austausch von medizinischen Daten unter den Akteuren könnte die Situationen oft entschärfen. Die Arbeitsgruppe will prüfen, ob ein entsprechendes Dateninstrument zur Verbesserung des Informationsaustausch im Kanton Obwalden einsetzbar wäre.

## Anhang B: Übersicht Palliative Care (PC) Angebote im Kanton Obwalden

Organisation	Vorhandenes bzgl. Palliative Care	Hürden	Finanzierung
<b>Kantonsspital</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PC-Ausbildung bei einzelnen Ärzten und Pflegenden</li> <li>- PC-Ausbildung bei Studierende HF und FAGE</li> <li>- Interne Richtlinien für PC-Situationen z.T. vorhanden (Spitalhandbuch)</li> <li>- Enge Vernetzung Onkologie LUKS, Tagesklinik KSOW und Klinik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kein übergreifendes PC-Konzept im Haus mit umfassenden Richtlinien und Verantwortlichkeiten</li> <li>- Keine räumliche und/oder organisatorische Trennung von Akutspital und PC</li> <li>- Keine einheitliche Definition von PC-Patienten</li> <li>- Kein Expertenteam</li> <li>- Zeitliche und personelle Ressourcen für die Erstellung eines umfassenden Konzepts fehlen bis dato</li> </ul>	
<b>Spitex Obwalden</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Arbeitshilfen wie z.B. Abklärungsinstrumente, Schmerzerfassung, PC-Fachbibliothek etc.</li> <li>- Pro Pflegegruppe eine Mitarbeitende („PC-Verantwortliche“) mit 5 Tagen PC-Weiterbildung</li> <li>- Leitung der spez. MA durch eine MAS PC, welche selbst auch Kundinnen und Kunden betreut</li> <li>- Internes PC-Konzept schriftlich festgehalten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Teilzeit-Mitarbeitende / PC-Verantwortliche: Herausforderung, die Kontinuität bei komplexen / sich schnell verändernden Situationen zu gewährleisten</li> <li>- Zusammenarbeit mit Hausärzten und / oder Onkologie aus <i>strukturellen</i> Gründen aufwändig und oft schwierig: Schwierige Erreichbarkeit, keine gemeinsame Visiten bei Kunden, Hausärzte oft keine Kapazitäten für Notfalleinsätze oder intensivere Betreuung in medizin. Krisensituationen</li> <li>→ führt öfters zu Spitaleintritten</li> <li>→ für Spitex z.T. hohe Koordinationsleistung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pflege: Krankenkasse WBs, Coaching</li> <li>- Projektkosten: Spendenfonds und allg. internes Budget</li> <li>- Koordinationsleistung wird neu oft von Versicherern übernommen, braucht aber z.T. aufwändige Begründungsschreiben</li> </ul>

<p><b>CURAVIVA</b> <i>Sieben Betagten-Institutionen, zuständig für Grundversorgung Palliative Care</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Palliative Grundhaltung</li> <li>- Fachwissen bezgl. PC</li> <li>- Konzepte zu Strebebegleitung und Todesfall</li> <li>- Vernetzte Zusammenarbeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nicht alle MA sind geschult</li> <li>- Für komplexe und spezialisierte PC bräuchte es aufsuchende Spezialistinnen, die dem Team zur Seite stehen</li> </ul>	<p>Solange Versicherer / andere Leistungsträger keine besonderen Tarife für PC vergüten, bezahlen die Gemeinden (Restfinanzierung) und die Bewohnerinnen und Bewohner PC in den Heimen</p>
<p><b>OW_cura</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jeder Hausarzt betreibt tagtäglich in seiner Praxis und in den Alterszentren PC</li> <li>- Zwei Vertreter in Arbeitsgruppe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vernetzung</li> <li>- Kommunikation (unterschiedliche digitale Kommunikationsplattformen)</li> <li>- Finanzierung (Tarmed)</li> </ul>	<p>Verein finanziert sich über Mitgliederbeiträge und Beiträge von Dritten</p>
<p><b>Zahnärzte</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Einzelne Zahnärzte machen in palliativen Situationen Hausbesuche</li> </ul>		
<p><b>Physiotherapeuten</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- in der Praxis selten</li> <li>- z.T. Heimbehandlungen</li> <li>- im Pflegeheim öfter</li> <li>- keine besondere Vernetzung: wo nötig Gespräche (v.a. mit Hausarzt, manchmal Spitex, Pflegepersonal im Heim)</li> </ul>	<p>Finanzen: Sobald es nicht kurativ ist, wird die Finanzierung in Frage gestellt</p>	<p>Ärztliche Verordnung muss meist mit Berichten ausführlich begründet werden</p>
<p><b>Rütimattli</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intern ist PC gut organisiert</li> <li>- Wegleitung zur Sterbebegleitung für Betreuungspersonen</li> <li>- Allen Bewohnern wird nachdrücklich eine Patientenverfügung empfohlen, für die meisten vorhanden</li> <li>- Vernetzungsmässig gab es Treffen mit Vertretern des KSOW und Ärzten</li> </ul>	<p>Bei Todesfällen in den letzten Jahren sind keine besonderen Probleme aufgetaucht</p>	<p>Die Finanzierung wird über den Rahmen der betreuten Wohnangebote erreicht</p>

<p><b>Therapeuten Komplementärmedizin</b></p> <p>Unterschiedliche Angebote und Therapieformen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• TCM (Akkupunktur, Tuina, Shiatsu, Diätetik, Phyto West-TCM)</li> <li>• Homöopathie</li> <li>• Klangschalen</li> <li>• Kinesiologie</li> <li>• Schamanische Sterbebegleitung</li> <li>• Osteopathie</li> <li>• Craniosakraltherapie</li> <li>• Fussreflexzonen</li> <li>• Lymphdrainage</li> <li>• Bioresonanz</li> <li>• Diverse Massagetechnik</li> <li>• U.a.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- z.T. explizite Palliativbehandlungen und Sterbebegleitung</li> <li>- z.T. palliative Situationen einschliessend</li> <li>- z.T. mit Krankenkassenanerkennung</li> <li>- z.T. direkte Behandlung schwerer Pathologien</li> <li>- Meistens begleitende Therapie zur Steigerung der Lebensqualität</li> <li>- z.T. Behandlung medikamentöser Nebenwirkungen (Chemo)</li> <li>- Methoden zur Schmerzlinderung und Verbesserung von Schwächezuständen</li> <li>- Ernährungsberatung</li> <li>- Unterstützung im Annehmen der Situation</li> <li>- Sterbebegleitung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fehlende Vernetzung</li> <li>- Fehlende Gefässe bzw. Möglichkeiten interdisziplinären Austauschs zwischen Naturheilkunde, Schulmedizin, Psychologie, Seelsorge</li> <li>- Probleme mit Ressourcen, da Begleitung in palliativen Situationen oft sehr aufwändig</li> <li>- Schwierigkeit, Zusammenarbeit mit Vertretern der Schulmedizin zu etablieren</li> <li>- Finanzierung: Falls überhaupt Deckung möglich, meist nur über entsprechende Zusatzversicherung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Meistens anteilmässig über entsprechende Zusatzversicherungen bei Krankenkassen</li> <li>- z.T. keine Finanzierung, nur privat</li> <li>- Selten über Grundversicherung (Angebot über Arztpraxis)</li> </ul>
<p><b>Dekanat Obwalden/ Reformierte Kirchgemeinden Obwalden</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pfarrpersonen mit seelsorgerischer Erfahrung im Umgang mit Sterben und Tod</li> <li>- KSOW verfügt über zwei Seelsorger/innen, auf Wunsch werden Theologen aus der Gemeinde zugezogen</li> <li>- In den Altersheimen sind die zuständigen Theologen für Trauerbegleitung verantwortlich</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Spirituelle Dimension von PC wurde durch Seelsorge schon immer gewährleistet – es fehlt aber die Vernetzung</li> <li>- Spital- und Heimseelsorger werden oft nicht oder zu spät gerufen (man kennt sich gegenseitig zu wenig)</li> <li>- Seelsorge / Pflegegeheimnis kann eine Hürde darstellen</li> </ul>	<p>Kirchgemeinden</p>
<p><b>Emma Gremlin Stiftung</b></p>	<p>Organisiert Sterbebegleitung in allen Gemeinden</p>	<p>Sterbebegleitpersonen haben keine med. Ausbildung</p>	<p>Sterbebegleitung ist unentgeltlich</p>

<b>Rotes Kreuz Unterwalden</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kurs PC für Laienpersonen und Pflegehilfspersonal von 42 Std.</li> <li>- Kurs Pflegen zu Hause 10 Std. (Eduqua Standards sind erfüllt)</li> <li>- Entlastungsdienst für betreuende und pflegende Angehörige</li> <li>- Patientenverfügung zum selber ausfüllen oder mit Unterstützung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pflegende Angehörige zu erreichen ist schwierig</li> <li>- Schnelle Verfügbarkeit des sehr unterschiedlichen Bedarfs an Betreuungspersonen</li> <li>- Kosten werden nicht von Sozialversicherungen mitgetragen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Teilnehmende müssen Kurse selber finanzieren</li> <li>- Von den Gemeinden mitfinanzierte Sozialtarife</li> </ul>
<b>Jugend-, Familien-, Suchtberatung Obwalden</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vernetzung / Beratung / Triage von Suchtpatienten und deren Angehörigen</li> <li>- Psychotherapeutische Begleitung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vernetzung / Zusammenarbeit z.T. schwierig (Suchtpatienten)</li> <li>- Werden (noch) zu wenig wahrgenommen</li> </ul>	Kanton
<b>Alzheimervereinigung OW/NW</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Beratung und Begleitung von Angehörigen, Pflegenden, Menschen mit demenzieller Erkrankung</li> <li>- Beratungen auf Wunsch zuhause</li> <li>- Ein Mitglied der Sektion OW/NW arbeitet in einer Arbeitsgruppe zur Erarbeitung der nationalen Strategie Demenz</li> </ul>	Beratungen können längere Zeit dauern, bis zum Tod des Betroffenen	Mitgliederbeiträge und Spenden
<b>Pro Senectute</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sozialberatung</li> <li>- Bereitschaft für Projekte, falls Finanzierung gesichert</li> </ul>	Finanzierung gesichert?	BSV Leistungsvereinbarung Kanton / Gemeinden LV
<b>Krebsliga Zentralschweiz</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kostenlose Beratung von Krebsbetroffenen und Angehörigen</li> <li>- Finanzielle Unterstützung bei krankheitsbedingten Auslagen, sofern Kriterien erfüllt</li> </ul>	Personelle Ressourcen	Spenden 90%; Subventionierung über Art. IVG 74: 10%

<p><b>Caritas Luzern</b></p> <p>Fachstelle Begleitung in der letzten Lebensphase</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bildungsangebote und Support für Freiwillige PC</li> <li>- Austauschtreffen für Gruppenleiterinnen von gegen 40 Sterbebegleitgruppen in der Zentralschweiz</li> <li>- Caritas-Standards für Freiwilligengruppen PC</li> <li>- Aktualisiert laufend die Adresslisten der Gruppen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Freiwilligen bezahlen Kurse und Koordinationsarbeiten selber und kommen an die Grenzen</li> <li>- Teilweise finanzieren sie sich über Spenden, Stiftungen, Pfarreien, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Freiwilligen bezahlen Kurse und Koordinationsarbeiten selber</li> </ul>
--	---	--	--

Stand: Sommer 2014