

Weisung des Stadtrats von Zürich an den Gemeinderat

vom 31. Oktober 2018

Motion von Marcel Savarioud und Karin Weyermann betreffend Schliessung der Lücken in der Palliative Care-Versorgung der Stadt Zürich unter Berücksichtigung der nationalen Strategie, Bericht und Abschreibung

Am 16. März 2016 reichten Gemeinderat Marcel Savarioud (SP) und Gemeinderätin Karin Weyermann (CVP) folgende Motion, GR Nr. 2016/81, ein, welche dem Stadtrat am 23. November 2016 zur Prüfung überwiesen wurde:

Der Stadtrat wird beauftragt, dem Gemeinderat eine Vorlage zu unterbreiten, welche die benötigten Mittel bereitstellt, um die noch bestehenden Lücken in der Palliative Care-Versorgung in der Stadt Zürich zu schliessen. Dabei soll sich der Stadtrat an der nationalen Strategie Palliative Care orientieren und den Fokus auf die spital-externe Versorgung legen. Insbesondere

- sollen Palliative Care-Konsiliardienste und mobile Palliative Care-Dienste stadtübergreifend etabliert werden;
- soll Palliative Care bei allen stationären und ambulanten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern verankert werden;
- soll die palliative Grund- und Notfallversorgung in der ganzen Stadt gewährleistet und Bruchstellen im Behandlungsverlauf vermieden werden;
- sollen Angehörige und Umfeld unterstützt und beraten werden;
- sollen städtische Angebote untereinander und mit privaten Anbietern kooperiert werden.

Die Finanzierung ist so sicherzustellen, dass die entstehenden Kosten nicht über die Gebühren an die Patientinnen und Patienten weitergegeben werden und nicht zulasten der bestehenden Aufgaben und Angebote des Gesundheits- und Umweltsportdepartements gehen. Im weiteren ist zu prüfen, wie allfällige neu zu etablierende, ambulante Dienstleistungen mit privaten Organisationen ganz oder teilweise durchgeführt werden können und somit möglichst wenige zusätzliche Stellen geschaffen werden müssen. Es ist zu gewährleisten, dass der Zugang wie auch die Kontinuität der Pflegekette zu Palliative Care für Patientinnen und Patienten und deren Angehörige gesichert ist.

Begründung:

Schwerkranke und sterbende Menschen benötigen eine qualitativ hochstehende Betreuung, Begleitung und Behandlung so wie Palliative Care sie bietet. Gemäss der nationalen Strategie soll Palliative Care in den bestehenden Strukturen besser verankert werden.

Die Antwort des Stadtrates zur schriftlichen Anfrage 2015/218 gibt einen ausführlichen Überblick zu den Palliative Care - Leistungen in der Stadt Zürich und zeigt den Handlungsbedarf auf.

Obwohl Palliative Care in den vergangenen Jahren auch in der Stadt Zürich ausgebaut wurde, bestehen noch Lücken, insbesondere im ambulanten Bereich sowie in den Alterszentren. Ein mobiler Dienst unter Einbezug der Spitex und bestehender Konsiliardienste könnte diese Lücken stadtübergreifend schliessen. Bruchstellen im Behandlungsablauf könnten vermieden, die Kontinuität der Betreuung über sektorielle Grenzen hinweg könnte gewährleistet, Angehörige entlastet und Hausärztinnen und Hausärzte in ihrer Arbeit unterstützt werden.

Mit der Schliessung der bestehenden Lücken in der Grundversorgung mit Palliative Care - Leistungen kann die Stadt Zürich dazu beitragen, dass die Lebensqualität schwerkranker und sterbender Menschen und ihrer Angehörigen so gut wie möglich erhalten bleibt.

Palliative Care ist ein interdisziplinäres Fachgebiet und umfasst alle Massnahmen, die das Leiden eines unheilbar kranken Menschen lindern und ihm so eine bestmögliche Lebensqualität bis zum Lebensende ermöglichen. Palliative Care erreicht dies, indem Schmerzen und andere physische, psychosoziale und spirituelle Probleme frühzeitig erkannt, immer wieder

erfasst und angemessen behandelt werden¹. In letzter Zeit hat Palliative Care in der Öffentlichkeit zunehmend an Aufmerksamkeit gewonnen und in der Gesundheitsversorgung zusätzliche Bedeutung erhalten. Auf nationaler Ebene wurde eine breit abgestützte Strategie erarbeitet (2010–2015), deren Umsetzung in der Fachwelt und auch in der Bevölkerung nun ihre Wirkung entfaltet.

Auch der Gemeinderat der Stadt Zürich hat sich bereits mit der Palliative Care-Versorgung für die städtische Bevölkerung beschäftigt: Gerhard Bosshard und Dr. Martin Mächler wollten mit der Schriftlichen Anfrage (GR Nr. 2013/126) wissen, wie die Nationale Strategie Palliative Care in den Stadtspitälern, den Alterszentren und den Pflegezentren der Stadt Zürich umgesetzt wird. In seiner Antwort beschrieb der Stadtrat (STRB Nr. 568/2013), wie sich die im Gesundheits- und Umweltdepartement (GUD) betroffenen Dienstabteilungen mit der Thematik auseinandersetzten und ihre Angebote der nationalen Strategie entsprechend weiter entwickelten. Darauf folgte eine weitere Schriftliche Anfrage von Marcel Savarioud und Dr. Jean-Daniel Strub zu den Palliative Care-Leistungen für die städtische Bevölkerung, insbesondere in den Stadtspitälern Waid und Triemli, den Alterszentren und Pflegezentren der Stadt Zürich sowie deren Zugänglichkeit für die Bevölkerung (GR Nr. 2015/218). In seiner Antwort kam der Stadtrat (STRB Nr. 813/2015) zum Schluss, dass die Palliative Care-Versorgung in der Stadt Zürich bereits gut ausgebaut ist und identifizierte gleichzeitig mögliche Handlungsfelder innerhalb der Dienstabteilungen des GUD und in der Zürcher Gesundheitsversorgung zugunsten der städtischen Bevölkerung.

Mit der vorliegenden Motion (GR Nr. 2016/81) wird eine Schliessung von Versorgungslücken der Palliative Care in der Stadt Zürich gefordert. Der Motionär und die Motionärin richten ihren Fokus auf die spitalexterne Versorgung, insbesondere auf die spezialisierten mobilen Palliative Care-Dienste, wobei ein aus städtischer Sicht weitgehend stellenneutraler Miteinbezug von privaten Organisationen zu prüfen sei. Zusätzliche Kosten sollen gemäss der Motion nicht den Patientinnen und Patienten verrechnet werden und nicht zulasten der bestehenden Aufgaben und Angebote des GUD gehen.

Die Motion (GR Nr. 2016/81) wurde mit Hilfe von Palliative Care-Expertinnen und -Experten des GUD und von ausserhalb des GUD bearbeitet. Dabei wurden wissenschaftliche Erkenntnisse, national erarbeitete Grundlagen sowie lokale Daten und Informationen einbezogen. Auf der Basis dieser Arbeiten wurde ein Konzept erstellt, welches den aktuellen Stand der Palliative Care-Versorgung in der Stadt Zürich darstellt, den Handlungsbedarf analysiert und die prioritären Massnahmen für die Schliessung der Versorgungslücken definiert: «Palliative Care in der Stadt Zürich: Konzept zur Schliessung der wesentlichen Versorgungslücken» (GUD, 2018).

Dieses Konzept bildet somit eine verbindliche Grundlage für die Planung und Umsetzung des Pilotprojekts «Palliative Care in der Stadt Zürich: Schliessung der wesentlichen Versorgungslücken». Die Erfahrungen während der Umsetzung der Massnahmen sollen dokumentiert und evaluiert werden, um Art und Ausmass der zusätzlichen Leistungen in der städtischen Palliative Care-Versorgung zu beschreiben und die dafür benötigten Ressourcen zu bestimmen. Der Stadtrat wird nach Abschluss der Evaluation dem Gemeinderat Bericht über die Umsetzung erstatten und ihm aufgrund der Erkenntnisse eine Vorlage zur langfristigen Sicherung der bewährten Massnahmen und zur Überführung des Projekts von der Pilotphase in den Regelbetrieb unterbreiten. Mit vorliegender Weisung beantragt der Stadtrat dem Gemeinderat die Abschreibung der Motion.

¹ Definition der Schweizerischen Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung

1. Ausgangslage

Das Palliative Care-Konzept für die Stadt Zürich ist gemäss nationalem Rahmenkonzept² strukturiert, welches drei Ebenen der Palliative Care unterscheidet:

1. Das *Verständnis in der Bevölkerung* über Themen wie Lebensende und Palliative Care sowie die Möglichkeiten von betroffenen Patientinnen und Patienten oder Angehörigen, sich über diese Themen zu informieren und sich damit auseinanderzusetzen, sind eine wichtige Voraussetzung, dass Palliative Care-Leistungen bei Bedarf in Anspruch genommen werden.
2. Viele Menschen brauchen aufgrund einer unheilbaren Krankheit oder am Lebensende *allgemeine Palliative Care* in Form von Behandlung, Pflege, Begleitung und Unterstützung. Fachpersonen in der medizinisch-pflegerischen Grundversorgung (z. B. Spitex, Hausarztpraxis, Akutspital, Institution der Langzeitpflege) sollten diese Palliative Care-Bedürfnisse bei ihren Patientinnen und Patienten erkennen und sie entsprechend betreuen. Gemäss Schätzungen benötigen rund 70 Prozent der Menschen am Lebensende allgemeine Palliative Care.
3. Palliative Care-Patientinnen und -Patienten, die in instabilen und/oder komplexen Krankheitssituationen sind und/oder deren nahestehende Bezugspersonen überlastet sind, sind auf *spezialisierte Palliative Care* angewiesen, welche durch spezialisierte Fachpersonen erbracht wird (z. B. Mobiler Palliative Care-Dienst, Palliative Care-Konsiliardienste im Akutspital, Palliative Care-Abteilung im Akutspital, Hospiz oder Palliative Care-Abteilung im Pflegeheim). Schätzungsweise 20 Prozent der Palliative Care-Patientinnen und -Patienten brauchen im Krankheitsverlauf einmal oder mehrmals, über kürzere oder längere Zeit, spezialisierte Palliative Care.

Diese drei Ebenen der Palliative Care bauen aufeinander auf: Die untere Ebene bildet jeweils das Fundament für die nächste Ebene. In einer optimalen Palliative Care-Versorgung gibt es auf jeder Ebene Leistungserbringende, welche die notwendigen Aufgaben erfüllen und bei Bedarf weitere Dienste einbeziehen und so den bedarfsgerechten Zugang zu Palliative Care-Versorgung gewährleisten. Zudem gibt es übergeordnete Herausforderungen für die Palliative Care, welche die lokale Versorgungssituation beeinflussen und im Konzept mitberücksichtigt werden:

- Palliative Care-Leistungen werden in fast jedem Versorgungssetting unzureichend vergütet. Zudem erschweren ungenügend abgegoltene Koordinationsleistungen sowie unterschiedliche Tarifsysteme die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Leistungserbringenden, welche für Palliative Care-Patientinnen und -Patienten besonders wichtig ist.
- Diese Unterfinanzierung, wie auch der vergleichsweise geringere Stellenwert des Fachgebiets sowie die hohen Anforderungen an die Weiterbildung in der spezialisierten Palliative Care bewirken einen Mangel an qualifizierten Fachkräften in Pflege und Medizin.
- Palliative Care wird mit zunehmender Komplexität und Instabilität der Patientinnen und Patienten aufwändiger. Damit Qualität und Kontinuität der Behandlung auch bei rasch ändernden Patientenbedürfnissen gewährleistet sind, braucht es eine vorausschauende Planung sowie gute Koordination der verschiedenen Massnahmen und unter den Leistungserbringenden.

2. Angebote und Versorgungslage

Um die Zugänglichkeit zur Palliative Care-Versorgung und die Behandlungskontinuität für Palliative Care-Patientinnen und -Patienten zu gewährleisten, sind nicht nur die verschiedenen

² BAG (2014): Rahmenkonzept Palliative Care

Angebote, sondern auch die Übergänge zwischen diesen Angeboten bedeutsam. Um das Zusammenwirken der Angebote in der Gesamtversorgung analysieren zu können, wurden sowohl die allgemeinen und spezialisierten als auch die ambulanten und stationären Angebote der Palliative Care-Versorgung für die städtische Bevölkerung in die Projektarbeit einbezogen und im Konzept beschrieben.

In der Stadt Zürich leben heute über 420 000 Menschen. In einem Jahr sterben ungefähr 3300 Stadtbewohnerinnen und -bewohner; im Durchschnitt sterben neun Menschen pro Tag.

Zahlen über die Sterbefälle und Todesursachen in der Stadt Zürich zeigen, dass die meisten Menschen erst im hohen Alter (ab 80 Jahren) sterben. Unabhängig von Diagnose und Alter sterben Männer häufiger im Spital (37 Prozent) und seltener in einer Institution der Langzeitpflege (29 Prozent) oder zu Hause (21 Prozent). Frauen werden im Durchschnitt älter als Männer und sterben am häufigsten in einer Institution der Langzeitpflege (49 Prozent), seltener im Spital (28 Prozent) und am seltensten zu Hause (14 Prozent). Der Bedarf für Palliative Care-Leistungen einer Bevölkerung kann mit Hilfe der Todesursachenstatistik grob geschätzt werden, indem die Anzahl Todesfälle, welche auf Krebs-, Herz-Kreislauf-, Lungen-, Nieren- und Leberkrankheiten sowie Demenz und andere chronische Krankheiten zurückzuführen sind, identifiziert werden. In der Stadt Zürich sind im Jahr 2017 über 2400 Menschen an diesen Krankheiten gestorben (rund 70 Prozent aller Todesfälle). Es kann angenommen werden, dass diese Menschen vor ihrem Tod auf allgemeine und/oder spezialisierte Palliative Care angewiesen waren.

Die städtischen Bevölkerungsprognosen zeigen, dass die Bevölkerung der Stadt Zürich bis ins Jahr 2035 voraussichtlich weiter wächst, sich weiterhin verjüngt und das Sterbealter etwas ansteigt. Die durchschnittliche Anzahl der Sterbefälle dürfte in dieser Zeit jedoch nicht zunehmen.

a) Das Verständnis in der Bevölkerung sowie die Information und Beratung von Betroffenen sind eine Voraussetzung für die bedarfsgerechte Inanspruchnahme von Palliative Care-Leistungen

Die Inanspruchnahme von Palliative Care-Leistungen hängt ab vom diesbezüglichen Wissen in der Bevölkerung und dem gesellschaftlichen Umgang mit Themen wie Sterben und Tod.

Der Mehrheit der Schweizer Bevölkerung ist Palliative Care ein Begriff, aber viele kennen die entsprechenden Angebote noch nicht: Nur ungefähr die Hälfte der Bevölkerung kennt Hospize oder spezialisierte Abteilungen in einem Akutspital und nur jede fünfte Person weiss, dass es mobile Palliative Care-Dienste gibt. Aufgrund von fehlendem Wissen und weil das Thema Sterben und Tod immer noch häufig tabuisiert ist, werden solche Angebote manchmal erst spät im Krankheitsverlauf beansprucht.

Im Kanton Zürich hat die regionale Fachgesellschaft für Palliative Care (palliative zh+sh) einen kantonalen Leistungsauftrag für die Sensibilisierung der Bevölkerung sowie für die Information und Beratung von betroffenen Patientinnen und Patienten oder ihnen nahestehenden Bezugspersonen über Palliative Care-Angebote. In der Stadt Zürich leistet zudem das Friedhofsforum des Bestattungsamts mit verschiedenen Projekten und Veranstaltungen einen wichtigen Beitrag zur Sensibilisierung in der Bevölkerung zum Thema Sterben und Tod.

b) Die allgemeine Palliative Care in der Grundversorgung versorgt den grössten Teil der Patientinnen und Patienten und gewährleistet den Zugang zu spezialisierten Palliative Care-Leistungen

Patientinnen und Patienten mit unheilbaren oder fortschreitenden Krankheiten und/oder Menschen, die sich in der letzten Lebensphase befinden, brauchen Palliative Care (rund 70 Prozent aller Todesfälle). Die meisten Betroffenen können in der medizinisch-pflegerischen

Grundversorgung betreut werden. Im ambulanten Bereich wird diese allgemeine Palliative Care geleistet durch:

- Niedergelassene (Haus- oder Fach-)Ärztinnen und Ärzte: In der Stadt Zürich sind rund 1900 Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Sektor tätig.
- Öffentliche und private Spitexdienste, vereinzelt auch freipraktizierende Pflegefachpersonen: In der Stadt Zürich werden jährlich fast 10 000 Patientinnen und Patienten zu Hause gepflegt; die Mehrheit der Betroffenen wird durch Spitex Zürich versorgt, welche einen Leistungsauftrag des GUD hat.

Im stationären Sektor wird allgemeine Palliative Care geleistet durch:

- Akutspitäler: Es gibt fünf grosse Akutspitäler auf Stadtgebiet oder an der Stadtgrenze, welche jährlich fast 100 000 Patientinnen und Patienten stationär versorgen. Von diesen werden jährlich fast 30 000 Patientinnen und Patienten durch die Stadtspitäler Waid und Triemli versorgt.
- Institutionen der Langzeitpflege und -betreuung: In der Stadt Zürich gibt es rund 90 Institutionen mit etwa 6500 von der kantonalen Gesundheitsdirektion bewilligten Pflegeplätzen. Etwas mehr als die Hälfte des Angebots wird durch die städtischen Pflegezentren (rund 1500 Plätze) und Alterszentren (knapp 2000 Plätze) bereitgestellt.

Die systematische und wiederholte Erfassung von körperlich, psychisch, sozial und spirituell belastenden Symptomen sowie deren Behandlung und Linderung sind zentrale Aufgaben der allgemeinen Palliative Care mit dem Ziel, die Lebensqualität und Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten zu fördern. Diese Bedürfnisse werden von Fachpersonen der Pflege oder Medizin in der Grundversorgung nicht immer oder erst mit Verzögerung erkannt, insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit nicht-onkologischen Krankheiten.

Zudem erkennen Fachpersonen in der Grundversorgung manchmal nicht rechtzeitig, wann Fachpersonen mit Palliative Care-Spezialisierung beigezogen werden sollten. Palliative Care-Patientinnen und -Patienten werden deshalb häufig erst im Notfall an spezialisierte Palliative Care-Teams überwiesen. Die fehlenden Kenntnisse und Kompetenzen können zum Teil auf eine unzureichende Bildung im Bereich Palliative Care bei Fachpersonen in Medizin und Pflege und auf die teilweise schwache Verankerung von Palliative Care in der Grundversorgung zurückgeführt werden.

Eine weitere Aufgabe der allgemeinen Palliative Care ist es, Patientinnen und Patienten mit unheilbaren oder chronisch fortschreitenden Krankheiten darin zu unterstützen, sich möglichst frühzeitig und wiederholt damit auseinanderzusetzen, welche Behandlung sie in konkreten Situationen wünschen oder ablehnen, insbesondere in Notfällen, im Falle einer Urteilsunfähigkeit oder am Lebensende. Diese wichtige Entscheidungsfindung und Vorausplanung braucht Zeit und ist noch wenig verbreitet, wahrscheinlich auch, weil die Ressourcen dafür fehlen. Häufig sind Behandlungswünsche von Palliative Care-Patientinnen und -Patienten bei einer Überweisung nicht dokumentiert.

Die Planung und Koordination der Behandlung sowie die Unterstützung von Angehörigen und Bezugspersonen gehören ebenfalls zu den zentralen Aufgaben der allgemeinen Palliative Care. Diese Kommunikations- und Koordinationsaufgaben sind anspruchsvoll und zeitaufwändig und werden mit den geltenden Tarifen häufig nicht ausreichend vergütet.

c) Die spezialisierte Palliative Care versorgt Palliative Care-Patientinnen und -Patienten in instabilen Situationen und/oder mit komplexen Bedürfnissen

Die allgemeine Palliative Care ist Dreh- und Angelpunkt der Gesamtversorgung von Palliative Care-Patientinnen und -Patienten, auf welcher die spezialisierte Palliative Care-Versorgung

aufbaut. Eine Minderheit der Palliative Care-Patientinnen und -Patienten (schätzungsweise 20 Prozent) braucht zeitweise oder wiederholt spezialisierte Palliative Care.

Im ambulanten Bereich wird spezialisierte Palliative Care geleistet durch:

- Ambulant tätige Palliative Care-Ärztinnen und -Ärzte: In der Stadt Zürich praktizieren drei Fachärztinnen mit Palliative Care-Spezialisierung. Diese besuchen und behandeln Patientinnen und Patienten zu Hause und unterstützen die mobilen Palliative Care-Teams bei ihrer Arbeit. Vereinzelt betreuen sie auch Patientinnen und Patienten in einem Alters- oder Pflegeheim.
- Mobile Palliative Care-Teams: In der Stadt Zürich sind zwei spezialisierte Teams tätig: Die Fachstelle Palliative Care von Spitex Zürich Limmat AG und der Fachdienst von Spitex Zürich Sihl. Jährlich betreuen diese Teams rund 450 Patientinnen und Patienten zu Hause. Diese werden ihnen durch die Spitex oder Spitäler überwiesen, seltener sind Überweisungen von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten oder direkte Anfragen von Angehörigen. Vereinzelt übernimmt Onko Plus Fälle in der Stadt Zürich; kranke Kinder werden durch die kispex (Kinder-Spitex Kanton Zürich) betreut.

Im stationären Bereich wird die spezialisierte Palliative Care geleistet durch:

- Konsiliardienst Palliative Care: Ein interprofessionelles Team im Stadtspital Triemli kann durch das interne Behandlungsteam beigezogen werden, z. B. für eine Erstbeurteilung, eine Fallbesprechung oder eine Mitbetreuung von Patientinnen und Patienten. Jährlich werden so rund 450 Patientinnen und Patienten betreut.
- Spezialisierte Palliative Care-Abteilung: Vier Akutspitäler in und um die Stadt Zürich haben einen kantonalen Leistungsauftrag für spezialisierte Palliative Care, seit dem Frühling 2018 auch das Stadtspital Waid. Rund 60 Betten stehen dafür zur Verfügung (teilweise nicht ausschliesslich von Palliative Care-Patientinnen und -Patienten genutzt). Für schwer kranke Kinder gibt es im Kinderspital Zürich ein spezialisiertes Team, welches die Kinder und ihre Familien im Spital und ausserhalb betreut und begleitet.
- Hospiz oder spezialisierte Pflegeabteilung: In der Stadt Zürich gibt es seit 30 Jahren das Lighthouse; es führt aktuell 20 Betten und betreut jährlich zwischen 60 und 75 Patientinnen und Patienten. Anfang 2018 wurde im Pflegezentrum Mattenhof eine spezialisierte Abteilung mit 15 Betten eröffnet. Das Pallivita Bethanien wurde 2008 eröffnet und im Herbst 2018 geschlossen (8 Betten).

Spezialisierte Palliative Care ist indiziert, wenn bisherige Massnahmen den Zustand der Patientinnen und Patienten nicht verbessern oder stabilisieren konnten und ihre Lebensqualität massiv beeinträchtigt ist. Fachpersonen der spezialisierten Palliative Care können helfen in vorübergehenden Krisen, zur Stabilisierung komplexer Symptome oder über längere Phasen, teilweise auch wenn das bisherige soziale und professionelle Betreuungsnetz an die Grenzen der Belastbarkeit und Kompetenzen stösst. Im Vordergrund stehen die Linderung schwer belastender Symptome, die intensive Unterstützung bei schwierigen Entscheidungsfindungen (z. B. betreffend Beendigung lebensverlängernder Massnahmen) und bei einer Überlagerung verschiedener (physischer, psychischer, sozialer, spiritueller) Leiden, die Klärung der ambulanten Betreuung oder stationären Versorgung sowie die intensive Unterstützung der nahestehenden Bezugspersonen.

Die stationäre spezialisierte Palliative Care-Versorgung ist gemäss Schätzungen und Expertenmeinungen für die städtische Bevölkerung in ausreichendem Umfang sichergestellt. Im ambulanten Sektor gibt es hingegen in der spezialisierten Palliative Care zwei bedeutsame Versorgungslücken:

- Die Anzahl ambulant tätiger Palliative Care-Ärztinnen und -Ärzte, welche Patientinnen und Patienten zu Hause (oder in einer Institution der Langzeitpflege) besuchen und betreuen, ist unzureichend für die städtische Versorgung. Dadurch fehlt auch den mobilen Palliative Care-Teams zeitweise die notwendige fachärztliche Unterstützung, um optimal handeln zu können. Der ärztliche Fachkräftemangel im Bereich Palliative Care hat u. a. auch mit der unzureichenden Vergütung ihrer Leistungen über das Tarmed-Tarifsysteem zu tun. So werden z. B. ärztliche Leistungen in Abwesenheit der Patientinnen und Patienten (d. h. Planung der Behandlung, Austrittsgespräche, Koordinationsleistungen) oder auch Hausbesuche nur unzureichend vergütet.
- Patientinnen und Patienten, die in einer Institution der Langzeitpflege ohne Fachpersonen mit spezialisierten Palliative Care-Ausbildung leben (z. B. Altersheim), fehlt der Zugang zu spezialisierter Palliative Care innerhalb der Institution, weil ambulante Pflegeleistungen in stationären Institutionen von den Krankenkassen nicht vergütet werden. Das kann dazu führen, dass Patientinnen und Patienten in Institutionen der Langzeitpflege nicht bedarfsgerecht betreut werden oder in ein Spital eingewiesen werden, um spezialisierte Palliative Care zu erhalten.

Weitere Herausforderungen in der ambulanten spezialisierten Palliative Care sind:

- Die Schnittstellen zwischen verschiedenen Leistungserbringenden gewährleisten die Behandlungskontinuität nicht immer. Beispielsweise fehlt oft eine strukturierte Übergabe von Patientinnen und Patienten zwischen Spital und Pflege zu Hause oder es ist kaum möglich, Patientinnen und Patienten direkt in eine spezialisierte Palliative Care-Abteilung eines Akutspitals einzuweisen.
- Manchmal fehlen den Patientinnen und Patienten zu Hause Medikamente oder Hilfsmittel (z. B. Sauerstoff), welche dringend organisiert werden müssen. Auch wird die Versorgung von Palliative Care-Patientinnen und -Patienten zu Hause durch mobile Palliative Care-Teams nicht rund um die Uhr angeboten.
- Der Zugang zu psychologischer oder sozialer Unterstützung für Palliative Care-Patientinnen und -Patienten zu Hause ist erschwert, weil Hausbesuche dieser Berufsgruppen nicht vergütet werden. Auch Hausbesuche von Seelsorgerinnen oder Seelsorgern bei Palliative Care-Patientinnen und -Patienten sind eher selten.

d) Weitere Personen und Organisationen spielen eine wichtige Rolle in der städtischen Palliative Care-Versorgung

Angehörige und nahestehende Bezugspersonen spielen eine herausragende Rolle bei der Betreuung und Pflege von Palliative Care-Patientinnen und -Patienten. Diese zu unterstützen und zu befähigen ist eine zentrale Funktion der allgemeinen und spezialisierten Palliative Care. Wenn das soziale Umfeld fehlt oder Unterstützung braucht, können auch freiwillige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter angefragt werden (z. B. für Nacht- und Krisenbegleitung). Zudem bieten Gesundheitsligen krankheitsspezifische Informationen, Beratung und Unterstützung. In Krisen kann das Ärztefon oder Pallifon weiterhelfen und in Notfällen kommen die Rettungsdienste nach Hause.

3. Handlungsbedarf und Massnahmen

Grundsätzlich steht der Bevölkerung der Stadt Zürich eine vergleichsweise gute Palliative Care-Versorgung zur Verfügung. Es bestehen jedoch wesentliche Versorgungslücken, deren Schliessung für Palliative Care-Patientinnen und -Patienten in der Stadt Zürich eine klare Verbesserung wäre.

Ausgehend von den Zielen der nationalen Strategie für Palliative Care ergeben sich für die städtische Versorgung fünf übergeordnete Ziele:

1. Sensibilisierung: In der Bevölkerung gibt es ein breites Verständnis von Palliative Care. Palliative Care-Angebote sind Patientinnen und Patienten, ihren Angehörigen und Fachpersonen bekannt.
2. Individuelle Bedürfnisse erkennen: Palliative Care-Bedürfnisse werden bei Patientinnen und Patienten systematisch, situationsgerecht und frühzeitig erfasst, um sie bedarfsgerecht zu versorgen.
3. Vorausplanung: Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten werden vorausschauend erfasst und es werden Vorkehrungen für Komplikationen, Krisen und Notfälle getroffen.
4. Patientennähe: Palliative Care-Patientinnen und -Patienten werden, wann immer möglich, in ihrer gewohnten Umgebung betreut (d. h. zu Hause oder in einer Institution der Langzeitpflege), um Verlegungen zu vermeiden.
5. Zusammenarbeit: Um die Behandlungskontinuität zu gewährleisten, koordinieren sich die Leistungserbringenden und sorgen für strukturierte Schnittstellen.

Bei der Festlegung der Massnahmen wurde berücksichtigt, dass diese möglichst im Einfluss- oder Verantwortungsbereich der Stadt Zürich liegen. Gemäss kantonalem Pflegegesetz muss die Gemeinde für eine ausreichende Pflege und Versorgung im Alter sowie für die spitalexterne, ambulante Gesundheitsversorgung (Spitex) sorgen. Auch als Leistungserbringerin (Alterszentren, Pflegezentren, Stadtspitäler) und Auftraggeberin (Spitex Zürich) ist das GUD dafür verantwortlich, dass ihre Patientinnen und Patienten bedarfsgerecht betreut werden. Eine gute Palliative Care-Versorgung ist zentraler Bestandteil dieser Aufgabe.

Die identifizierten Massnahmen werden im Konzept begründet und erläutert. Die Massnahmenverantwortlichen und notwendigen Ressourcen werden im Konzept aufgeführt. Die Massnahmen sollen nach einem Umsetzungsplan während einer dreijährigen Pilotphase umgesetzt und evaluiert werden.

Massnahme 1: Informationen über Palliative Care-Angebote für die städtische Bevölkerung bzw. Betroffene und nahestehende Bezugspersonen

Die Stadt Zürich sorgt dafür, dass Informationen über Palliative Care und die vorhandenen Angebote bei allen relevanten Kontakten (z. B. persönliche Gespräche, Internet, schriftliche Informationen, Wartezimmer) mit der Bevölkerung bzw. Betroffenen und nahestehenden Bezugspersonen zugänglich gemacht und wo sinnvoll auch aktiv angeboten werden.

Verantwortlich für die Umsetzung dieser Massnahme sind die städtischen Gesundheitsdienste (SGD). Möglichkeiten für die Umsetzung sind z. B. Schulung von Fachpersonen in städtischen Beratungsstellen, Informationen von Kundinnen und Kunden anderer Verwaltungseinheiten (z. B. Bevölkerungsamt, Bestattungsamt, Soziale Dienste), Einbezug und Mobilisierung der Hausärztinnen und -ärzte. Die erwartete Wirkung dieser Massnahme ist eine gestiegene Bereitschaft und Fähigkeit der städtischen Bevölkerung, sich mit Themen wie Sterben und Tod auseinanderzusetzen. Die Massnahme soll evaluiert werden, beispielsweise indem die Nachfrage an Informationen und Beratungsgesprächen dokumentiert wird.

Für die Umsetzung dieser Massnahme während der Pilotphase sind für den Personal- und Sachaufwand bei den SGD insgesamt Fr. 157 000.– vorgesehen.

Massnahme 2: Informations- und Bildungsangebote für Fachpersonen

Das Kompetenzzentrum für Palliative Care des Stadtspitals Waid (SWZ) pflegt im Bereich Palliative Care ein regelmässiges, aktuelles und zielgerichtetes Informations- und Bildungsangebot für Fachpersonen, welche in der Gesundheitsversorgung der Stadt Zürich tätig sind.

Zur Umsetzung dieser Massnahme gehören die Definition der relevanten Informations- und Bildungsinhalte sowie die Planung und Durchführung der verschiedenen Angebote. Die erwartete Wirkung dieser Massnahme sind gesteigerte Kenntnisse und Kompetenzen betreffend Palliative Care unter Fachpersonen, welche in der medizinisch-pflegerischen Grundversorgung der Stadt Zürich tätig sind. In der Evaluation überprüft werden können beispielsweise die Reichweite und Nutzung der Bildungsangebote sowie deren Wirkung aus Sicht der Nutzenden.

Für die Umsetzung dieser Massnahme während der Pilotphase sind für den Personal- und Sachaufwand beim SWZ maximal Fr. 403 200.– vorgesehen.

Massnahme 3: Erfüllung von Palliative Care-Anforderungen durch Vertragspartner

Wo relevant sorgt die Stadt Zürich dafür, dass allgemeine Palliative Care als Bestandteil von Versorgungsaufträgen an Dritte in Leistungsaufträgen verankert wird, sobald diese neu verhandelt werden.

Die erwartete Wirkung dieser Massnahme ist eine bessere Zugänglichkeit zu Palliative Care-Leistungen, insbesondere für Patientinnen und Patienten der beauftragten Spitex Zürich. Im Rahmen der Evaluation kann dies beispielsweise anhand definierter Qualitätsindikatoren oder durch die Anzahl an Notfallhospitalisationen überprüft werden.

Für die Umsetzung dieser Massnahme sind keine zusätzlichen Ressourcen vorgesehen; sie sollen im Rahmen der bestehenden Aufgaben umgesetzt werden.

Massnahme 4: Erfüllung von Palliative Care-Anforderungen durch Dienstabteilungen des GUD

Das GUD sorgt dafür, dass die eigenen Dienstabteilungen in der Gesundheits- und Altersversorgung sowie die Stiftung für Alterswohnungen (SAW) über zeitgemässe Palliative Care-Konzepte verfügen, die den Anspruch der Stadt auf eine qualitativ hochstehende Medizin, Pflege und Betreuung erfüllen und laufend an den neuen Entwicklungen der Fachlichkeit ausgerichtet werden. Die Ziele, die Standards und die Prozesse der Betreuung sind explizit definiert und es besteht ein nachvollziehbarer Plan zu ihrer Umsetzung.

Die erwartete Wirkung dieser Massnahme ist, dass alle Patientinnen und Patienten der Stadtspitäler Waid und Triemli sowie alle Bewohnerinnen und Bewohner der Alterszentren, Pflegezentren oder Alterswohnungen Zugang erhalten zu Leistungen der allgemeinen Palliative Care; dies beinhaltet auch die gesundheitliche Vorausplanung. Zur Evaluation dieser Massnahme können z. B. die Palliative Care-Konzepte evaluiert und die Dokumentation von Patientenwünschen und Notfallplänen ausgewertet werden. Auch die Selbsteinschätzung von Mitarbeitenden oder die Patientenzufriedenheit können die Wirkung der Massnahme abbilden.

Für die Umsetzung dieser Massnahme während der Pilotphase sind für den Personalaufwand bei den SGD insgesamt Fr. 48 600.– vorgesehen. In den anderen Dienstabteilungen wird die Massnahme im Rahmen bestehender Aufgaben erfüllt.

Massnahme 5: Weiterentwicklung der mobilen Palliative Care-Teams in der Stadt Zürich

Die Stadt Zürich sorgt im Rahmen ihrer Leistungsaufträge betreffend die ambulante spitalexterne Versorgung dafür, dass Patientinnen und Patienten mit Bedarf nach spezialisierten Palliative Care-Leistungen vor Ort (d. h. zu Hause oder in einer Institution der Langzeitpflege) und rund um die Uhr von mobilen Palliative Care-Teams betreut werden können.

Dadurch sollen mehr Patientinnen und Patienten bedarfsgerecht in ihrer gewohnten Umgebung und ohne belastende Verlegung betreut werden. Besonders Patientinnen und Patienten in Institutionen der Langzeitpflege ohne spezialisierte Fachpersonen profitieren von dieser Massnahme. Ihre Wirkung kann z. B. anhand der Art und Anzahl von Notfällen und Verlegungen eingeschätzt werden.

Für die Umsetzung dieser Massnahme während der Pilotphase sind für den Personalaufwand bei den SGD und für die Vergütung von Spitex-Leistungen maximal Fr. 387 000.– vorgesehen.

Massnahme 6: Aufbau eines medizinischen Palliative Care-Dienstes zur Unterstützung der mobilen Palliative Care-Teams in der Stadt Zürich

Das Kompetenzzentrum für Palliative Care im Stadtspital Waid (SWZ) baut einen Dienst mit spezialisierten Palliative Care-Ärztinnen und -Ärzten auf, welche die mobilen Palliative Care-Teams in Form von Konsilien oder der Patientenbetreuung zu Hause oder in Institutionen der Langzeitpflege unterstützen.

Die erwartete Wirkung dieser Massnahme ist eine umfassendere, bedarfsgerechtere Betreuung und Behandlung von Patientinnen und Patienten in instabilen Situationen und/oder mit komplexen Bedürfnissen in ihrem gewohnten Umfeld. Die Umsetzung der Massnahme kann z. B. durch eine Analyse der interprofessionellen Zusammenarbeit oder mit der Art und Anzahl der Einsätze oder Verlegungen überprüft werden.

Für die Umsetzung dieser Massnahme während der Pilotphase sind für den Personalaufwand beim SWZ sowie für die Vergütung von ambulant erbrachten ärztlichen Leistungen maximal Fr. 294 600.– vorgesehen.

4. Umsetzung und Evaluation der Massnahmen während der Pilotphase

Die gezielte Umsetzung dieser sechs Massnahmen soll die allgemeine und spezialisierte Palliative Care-Versorgung und deren Zugänglichkeit für die ganze Bevölkerung der Stadt Zürich effektiv und nachhaltig verbessern. Ihre Umsetzung wird während einer dreijährigen Pilotphase evaluiert, welche nicht nur ihre Wirkung beurteilt, sondern auch die längerfristig notwendigen Ressourcen für Leistungen, welche verstetigt werden sollen, aufzeigt. Für die Evaluation der Pilotphase sind insgesamt Fr. 125 000.– vorgesehen.

Im nächsten Jahr soll die Umsetzung der Massnahmen geplant werden, damit die Pilotphase bereits in der zweiten Jahreshälfte 2019 beginnen und spätestens Ende 2022 abgeschlossen werden kann. Zu Beginn sind die identifizierten Massnahmen noch weiter zu konkretisieren, insbesondere betreffend Zusammenarbeit der verschiedenen Akteurinnen und Akteure. Dazu können Erfahrungswerte von Umsetzungsbeispielen aus anderen Regionen der Schweiz oder auch aus dem Ausland genutzt werden. Auch die Evaluation muss vorbereitet werden, damit rechtzeitig mit der Datensammlung und Dokumentation begonnen werden kann. Nach Abschluss der Pilotphase wird der Stadtrat dem Gemeinderat Bericht über die evaluierten Massnahmen erstatten und ihm aufgrund dieser Erkenntnisse eine Vorlage zur langfristigen Sicherung der bewährten Massnahmen und zu ihrer Überführung in den Regelbetrieb unterbreiten.

5. Kosten für die dreijährige Pilotphase

Für die Umsetzung der Massnahmen und deren Evaluation während der dreijährigen Pilotphase fallen insgesamt *Ausgaben* von Fr. 1 415 600.– an. Diese setzen sich folgendermassen zusammen:

Massnahme 1: Information über Palliative Care für die städtische Bevölkerung (SGD)	Fr. 157 200
Massnahme 2: Informations- und Bildungsangebote für Fachpersonen (SWZ)	Fr. 403 200
Massnahme 3: Erfüllung von Palliative Care-Anforderungen durch Vertragspartner (SGD)	–
Massnahme 4: Erfüllung von Palliative Care-Anforderungen durch Dienstabteilungen des GUD (GUD)	Fr. 48 600
Massnahme 5: Weiterentwicklung der mobilen Palliative Care-Teams in der Stadt Zürich (SGD)	Fr. 387 000
Massnahme 6: Aufbau eines medizinischen Palliative Care-Dienstes zur Unterstützung der mobilen Palliative Care-Teams (SWZ)	Fr. 294 600
Evaluation der Massnahmen (Departementssekretariat GUD)	Fr. 125 000
Total	Fr. 1 415 600

6. Zuständigkeit und Budgetnachweis

Zuständigkeit: Gemäss langjähriger Praxis in der Stadt Zürich werden Ausgaben für eine Pilotphase von drei Jahren als Einmalausgabe behandelt. Soweit die zusammengezählten jährlichen Ausgaben den Grenzbetrag von zwei Millionen Franken nicht übersteigen, können sie als Einmalausgabe vom Stadtrat bewilligt werden (vgl. Art 39 lit. b Geschäftsordnung des Stadtrats [AS 172.100]; Saile/Burgherr/Loretan, Verfassungs- und Organisationsrecht der Stadt Zürich, N 732).

Für die Umsetzung der Massnahmen und deren Evaluationen fallen in verschiedenen Dienstabteilungen des GUD Lohnkosten, Sachaufwand und Entschädigungen für Dienstleistungen Dritter an. Die erforderlichen Stellenwerte sind für den Anfang der Pilotphase gesichert. Für das erste Jahr sind bei den SGD 60 Stellenprozente und beim SWZ 100 Stellenprozente erforderlich, für die beiden Folgejahre sind bei den SGD 30 Stellenprozente und beim SWZ 60 Stellenprozente erforderlich. Für die neuen Aufgaben werden Fachpersonen eingestellt und diese Stellen sind befristet auf die dreijährige Pilotphase, bei einer Verstetigung der Massnahmen besteht die Möglichkeit auf eine Umwandlung in eine unbefristete Stelle. Über die dreijährige Pilotphase ergibt dies:

Massnahmen			1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Total
M1	SGD	Lohn 0,2 FTE	32 400	32 400	32 400	97 200
	SGD	Sachaufwand	20 000	20 000	20 000	60 000
M2	SWZ	Lohn 0,6 FTE	104 400	104 400	104 400	313 200
	SWZ	Sachaufwand	30'000	30 000	30 000	90 000
M3	GUD	--	0	0	0	0
M4	SGD	Lohn 0,1 FTE	16 200	16 200	16 200	48 600
M5	SGD	Lohn 0,3 FTE	52 200	0	0	52 200
	SGD	DL Dritter	0	17 400	17 400	34 800
	SGD	DL Dritter	100 000	100 000	100 000	300 000
M6	SWZ	Lohn 0,4 FTE	69 600	0	0	69 600
	SWZ	DL Dritter	75 000	75 000	75 000	225 000
Evaluation	DS GUD	DL Dritter	50 000	25 000	50 000	125 000
Total			549 800	420 400	445 400	1 415 600

Budgetnachweis: Die neuen Ausgaben für die Umsetzung der Massnahmen während der Pilotphase werden mit dem Budget 2019 (Novemberbrief) ordentlich beantragt und ab 2019 jeweils im Finanz- und Ausgabenplan 2020–2023 eingestellt. Die Kosten werden gemäss Art. 32 ff. des Finanzreglements (AS 611.110) durch die verantwortlichen Dienstabteilungen abgerechnet.

Gemäss Art. 92 Abs. 1 der Geschäftsordnung des Gemeinderats (AS 171.100) hat der Stadtrat innert zweier Jahre nach Überweisung der Motion die verlangten Anträge vorzulegen. Wenn nach seiner Beurteilung dem Begehren in anderer Form entsprochen werden konnte, so hat er einen qualifiziert begründeten Bericht vorzulegen. Mit der Vorlage des Konzepts «Palliative Care in der Stadt Zürich: Konzept zur Schliessung der wesentlichen Versorgungslücken» wird dem Gemeinderat ein derartiger qualifiziert begründeter Bericht vorgelegt und aufgezeigt, dass das Motionsbegehren in Form eines Stadtratsbeschlusses erfüllt werden kann, so dass die Motion zur Abschreibung beantragt wird.

Dem Gemeinderat wird beantragt:

Unter Ausschluss des Referendums:

- 1. Das Konzept «Palliative Care in der Stadt Zürich: Konzept zur Schliessung der wesentlichen Versorgungslücken» (Beilage vom 25. Oktober 2018) wird zustimmend**

zur Kenntnis genommen, ebenfalls die Zusicherung des Stadtrats, dem Gemeinderat einen Bericht über die Umsetzung der dreijährigen Pilotphase und allenfalls die notwendigen Beschlüsse zur Überführung in den Regelbetrieb zu unterbreiten.

2. Die Motion, GR Nr. 2016/81, von Marcel Savarioud (SP) und Karin Weyermann (CVP) vom 16. März 2016 betreffend Schliessung der Lücken in der Palliative Care-Versorgung der Stadt Zürich unter Berücksichtigung der nationalen Strategie wird als erledigt abgeschrieben.

Die Berichterstattung im Gemeinderat ist dem Vorsteher des Gesundheits- und Umweltschreibers übertragen.

Im Namen des Stadtrats

die Stadtpräsidentin

Corine Mauch

die Stadtschreiberin

Dr. Claudia Cuche-Curti

Beilage zu GR Nr. 2018/408

Palliative Care in der Stadt Zürich

Konzept zur Schliessung der wesentlichen
Versorgungslücken

Zürich, 25. Oktober 2018

Inhalt

1	Ausgangslage	4
1.1	Was ist Palliative Care?	4
1.1.1	Nationale Grundlagen und Rahmenbedingungen	5
1.1.2	Drei Ebenen der Palliative Care	9
1.1.3	Herausforderungen für die Palliative Care Versorgung	10
1.2	Palliative Care Versorgung für die Bevölkerung der Stadt Zürich: Auftrag und Vorgehen	12
1.2.1	Motion des Gemeinderats der Stadt Zürich	12
1.2.2	Projektorganisation und Vorgehen bei der Bearbeitung der Motion	13
1.2.3	Ein neues Palliative Care Konzept für die Bevölkerung der Stadt Zürich	13
2	Palliative Care in der Stadt Zürich: Angebote und Versorgungsbedarf	14
2.1	Verständnis von Palliative Care in der Bevölkerung	14
2.2	Allgemeine Palliative Care	15
2.2.1	Ambulante Grundversorgung	17
2.2.2	Institutionen der Langzeitpflege und des Alterswohnens	20
2.2.3	Stationärer Akutbereich (Spitäler)	24
2.2.4	Weitere Akteure in der Palliative Care Versorgung	25
2.3	Spezialisierte Palliative Care	28
2.3.1	Spezialisierte Palliative Care im ambulanten Setting	29
2.3.2	Spezialisierte Palliative Care im Akutspital	32
2.3.3	Spezialisierte Palliative Care in einem Hospiz oder einer Pflegeabteilung	34
2.4	Heutiger und künftiger Bedarf an Palliative Care	35
2.4.1	Datensituation zur Palliative Care	35
2.4.2	Heutige und künftige Bevölkerung, Sterbefälle, Sterbeort und Todesursachen	36
2.4.3	Bedarfsschätzung für Palliative Care	38

3	Handlungsbedarf und Massnahmen	45
3.1	Grundsätze und Rahmenbedingungen	45
3.1.1	Ausgangslage	45
3.1.2	Zielsetzungen	46
3.1.3	Handlungsebenen	47
3.1.4	Handlungsmöglichkeiten	47
3.1.5	Konkretisierungsgrad der Massnahmen	48
3.2	Ebene «Palliative-Care-Verständnis»	49
3.2.1	Handlungsbedarf	49
3.2.2	Massnahme 1 – Information über Palliative Care für die städtische Bevölkerung sowie für Betroffene und nahestehende Bezugspersonen	50
3.3	Ebene «allgemeine Palliative Care»	51
3.3.1	Handlungsbedarf	51
3.3.2	Massnahme 2 – Informations- und Bildungsangebote für Fachpersonen	52
3.3.3	Massnahme 3 – Systematische Erfüllung von Palliative Care Anforderungen durch Vertragspartner	54
3.3.4	Massnahme 4 – Systematische Erfüllung von Palliative Care Anforderungen durch Dienstabteilungen des GUD	55
3.4	Ebene «spezialisierte Palliative Care»	57
3.4.1	Handlungsbedarf	57
3.4.2	Massnahme 5 – Weiterentwicklung der Mobilien Palliative Care Teams	59
3.4.3	Massnahme 6 – Aufbau eines medizinischen Palliative Care Dienstes zur Unterstützung der Mobilien Palliative Care Teams	61
3.5	Evaluation	63
3.6	Mittel für die Pilotphase	64
4	Anhang	66

1 Ausgangslage

Um der Bevölkerung der Stadt Zürich trotz fortschreitender oder unheilbarer Krankheit eine möglichst hohe Lebensqualität zu ermöglichen, wird heute schon viel unternommen. Dennoch gibt es einige Lücken, neue Herausforderungen, auf die reagiert werden muss sowie Potenziale, die noch zu wenig genutzt werden.

Die Gemeinderätin Karin Weyermann (CVP) und Gemeinderat Marcel Savarioud (SP) haben dieses Thema in der vom Gemeinderat im November 2016 einstimmig überwiesenen Motion 2016/81 aufgenommen und beauftragen den Stadtrat, dem Gemeinderat eine Vorlage zu unterbreiten, welche die benötigten Mittel bereitstellt, um die noch bestehenden Lücken in der Palliative Care Versorgung der Stadt Zürich zu schliessen.

Mit dem vorliegenden Konzept und einer geplanten dreijährigen Pilotphase trägt der Stadtrat dem Wunsch des Parlaments Rechnung.

1.1 Was ist Palliative Care?

Palliative Care beinhaltet alle Massnahmen, die das Leiden eines unheilbar kranken Menschen lindern und ihm so eine bestmögliche Lebensqualität bis zum Lebensende verschaffen¹.

Eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe von nationalen Palliative Care Expertinnen und Experten hat Palliative Care so definiert²:

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

Palliative Care orientiert sich nicht an einzelnen Krankheitsbildern sondern an den individuellen Bedürfnissen, Symptomen und Problemstellungen der betroffenen Patientinnen und Patienten. Deshalb gehört zu Palliative Care auch eine einfühlsame Kommunikation, Unterstützung bei Entscheidungen, der Einbezug von nahestehenden Bezugspersonen und eine ganzheitliche Betreuung.

¹ www.palliative.ch

² siehe «Nationale Leitlinien Palliative Care», S. 9ff. – BAG, GDK (2014, aktualisierte Version)

Palliative Care ist einer Werthaltung verpflichtet, welche die Würde des Menschen achtet und seine Autonomie respektiert³. Die Behandlung und Begleitung orientiert sich an der Autonomie (Selbstbestimmung) der Patientinnen und Patienten; Behandelnde müssen sich immer wieder vergewissern, ob Patientenwünsche richtig verstanden werden und dass diesen Bedürfnissen im Rahmen des Möglichen entsprochen wird. Voraussetzung dafür ist, dass für den Entscheidungsprozess, z.B. hinsichtlich der Durchführung oder Unterlassung einer Behandlung, genügend Zeit eingeräumt wird und dass die Entscheidung schriftlich festgehalten und regelmässig überprüft werden. Bei urteilsunfähigen Patientinnen und Patienten ist es besonders wichtig sicherzustellen, dass Entscheidungen ihrem oder seinem mutmasslichen Willen und Interesse entsprechen.

Palliative Care entwickelte sich ursprünglich in der Onkologie. Auch heute noch wird der Begriff eng mit onkologischen Patientinnen und Patienten assoziiert, obwohl sich das Verständnis für Palliative Care inzwischen weiterentwickelt hat. «Den» Palliativpatienten oder «die» Palliativpatientin gibt es nicht mehr. Palliative Care kommt bei den verschiedensten Krankheiten zum Einsatz – bei Kindern und Erwachsenen mit Tumorerkrankungen, neurologischen Leiden, schweren Organleiden (Herz-, Lungen-, Lebererkrankungen), mehrfach kranken betagten Menschen, Menschen mit Demenz, psychisch kranken Menschen, Menschen auf einer Intensivstation und Menschen mit Behinderungen.

Das vorliegende Konzept ist ausgerichtet auf alle Palliative Care Patientinnen und Patienten. Spezifische Bedürfnisse von kleineren Patientengruppen wie z.B. Kindern oder Menschen mit Behinderungen oder psychiatrischen Erkrankungen werden hier jedoch nicht vertieft. Für diese Patientengruppen, sowie auch für Palliative Care Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund, müssen die individuelle Situation und die daraus entstehenden Bedürfnisse zusätzlich berücksichtigt werden. Entsprechende Informationen und Instrumente werden zurzeit auf nationaler Ebene erarbeitet (Plattform Palliative Care: Überregionale Zusammenarbeit für vulnerable Patientengruppen).

1.1.1 Nationale Grundlagen und Rahmenbedingungen

a) Nationale Strategie Palliative Care

Der Bundesrat hat 2009 aufgrund mehrerer politischer Vorstösse aus verschiedenen politischen Lagern entschieden, Palliative Care vermehrt zu fördern und eine nationale Strategie Palliative Care (2010–2012, Verlängerung 2013–2015) in Auftrag zu geben. Diese wurde in enger Zusammenarbeit zwischen dem Bundesamt für Gesundheit (BAG), der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) sowie der Schweizerischen Fachgesellschaft für Palliative Care erstellt. Erklärtes Ziel der Strategie war, dass Bund und Kantone Palliative Care gemeinsam mit den wichtigsten Akteuren aus Gesundheitswesen und anderen Bereichen verankern. Schwer kranke und sterbende Menschen erhalten dadurch ihren Bedürfnissen angepasste Palliative Care und ihre Lebensqualität wird verbessert.

Die nationale Strategie fokussierte auf folgende Bereiche und entsprechende Massnahmen:

³ siehe z.B. Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2018): Umgang mit Sterben und Tod.

- Versorgung und Finanzierung: Allgemeine und spezialisierte Palliative Care Versorgung soll bedarfsgerecht aufgebaut und finanziert werden. Der Zugang zu Palliative Care Leistungen soll für alle schwer kranken und sterbenden Menschen gewährleistet sein, unabhängig von Diagnose, Alter oder sozio-ökonomischem Status.
- Bildung und Forschung: Palliative Care soll fester Bestandteil von Aus-, Weiter- und Fortbildung relevanter Berufsgruppen sein und die in Palliative Care tätigen Fach- und Lehrpersonen sollen über die erforderlichen Kompetenzen in Palliative Care verfügen. Die Forschung soll weiter gefördert werden und zur Versorgungsqualität am Lebensende beitragen.
- Sensibilisierung: Bevölkerung und Fachpersonen sollen Angebote der Palliative Care und ihr Nutzen kennen.
- Freiwilligenarbeit und Unterstützung von Angehörigen: Die formelle Arbeit von Freiwilligen in Palliative Care soll gefördert werden. Ihre Angebote sollen für die Betreuung und Begleitung schwer kranker und sterbender Menschen genutzt werden.

b) Weitere Grundlegendokumente

Zusätzlich zu den Teilprojekten der nationalen Strategie und basierend auf den aktuellsten Kenntnissen aus Forschung und Praxis hat das BAG richtungsweisende Grundlegendokumente publiziert, welche die Palliative Care in der Schweiz auch in Zukunft prägen werden:

- Nationale Leitlinien Palliative Care (2011, 2014 aktualisiert) stärkt das gemeinsame Verständnis von Palliative Care und dient mit ihren Grundwerten und Prinzipien als Wegweiser für die weitere Entwicklung der Palliative Care in der Schweiz.
- Rahmenkonzept Palliative Care (2014) beschreibt vier Umsetzungsbereiche, welche sich aus den nationalen Strategien ergeben (Zielgruppen, Leistungen, Versorgungsstrukturen, Kompetenzen/Wissen).

c) Nationale Plattform Palliative Care

Im Anschluss an die nationalen Strategien wurde die Nationale Plattform Palliative Care gegründet, welche den durch das BAG koordinierten Erfahrungs- und Wissensaustausch zwischen den beteiligten Akteuren fördern und gezielt Fragestellungen und Probleme bearbeiten soll. Im Rahmen der nationalen Strategien wurde zudem das nationale Forschungsprogramm Lebensende (NFP 76) mit seinen über 30 Projekten umgesetzt, dessen Ergebnisse Ende 2017 vorgestellt wurden. Weitere Gremien erarbeiten laufend neue Arbeitsinstrumente und Grundlagen, allen voran die Schweizerische Fachgesellschaft für Palliative Care in Medizin, Pflege und Begleitung (palliative.ch). Weitere wichtige Akteure im Bereich Palliative Care sind die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren/innen, Curaviva Schweiz sowie die Alzheimer- und ALS-Vereinigung.

d) Nationales Bildungskonzept

Das BAG hat eine Grundlage «Nationales Bildungskonzept – Palliative Care und Bildung» (2012) erarbeitet mit dem Ziel, ein gesamtschweizerisch einheitliches Verständnis für Pal-

liative Care Bildung für verschiedene Berufsgruppen zu schaffen. Aufbauend auf das Konzept hat SwissEduc im Auftrag von palliative.ch (2008) die relevanten Kompetenzen definiert. Zur Ermöglichung einer stufengerechten Fort- und Weiterbildung der verschiedenen Leistungserbringer (Fachpersonen Medizin, Pflege, Psychologie, Seelsorge und Freiwillige) wurden fünf Qualifikationslevels definiert:

- A1 (Basiskurs): richtet sich an alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Grundversorgung (d.h. nicht spezialisierte Versorgung), die gelegentlich palliative Patientinnen und Patienten sowie ihre Familien begleiten.
- A2 (Basiskurs): richtet sich an Fachpersonen in der Grundversorgung, die gelegentlich palliative Patientinnen und Patienten sowie ihre Familien begleiten.
- B1 (Vertiefungskurs): richtet sich an Fachpersonen in der Grundversorgung, die oft mit palliativen Situationen zu tun haben.
- B2 (CAS): richtet sich an Fachpersonen in der spezialisierten palliativen Versorgung.
- C (MAS) richtet sich an Expertinnen und Experten der spezialisierten Palliative Care.

Die national empfohlenen Mindestanforderungen wurden aufgrund des Mangels an hochqualifiziertem Personal bewusst tief angesetzt. Fachpersonen in der Grundversorgung benötigen jedoch mindestens ein Basiswissen (A1-Level) für ein gemeinsames Verständnis von Behandlungs- und Betreuungszielen. Bei Fachpersonen aus Medizin und Pflege sind grosse Teile der Anforderungen auf Level A1 und A2 bereits im Rahmen der Grundausbildung abgedeckt. Da in der Palliative Care die multiprofessionelle Zusammenarbeit ein wesentlicher Schwerpunkt ist, hat das gemeinsame Lernen in Form von Qualitätszirkeln, Standards und Fallbesprechungen eine wichtige Bedeutung. Diese tragen wesentlich dazu bei, palliative Bedürfnisse von Patienten rechtzeitig zu erkennen und vorausschauend zu planen.

e) Nationales Qualitätslabel «qualité palliative»

Der Verein qualitépalliative erarbeitet Qualitätsstandards, welche den Leistungserbringern eine Grundlage für die Umsetzung in der Praxis bieten. Für folgende Settings wurden bereits Qualitätskriterien erarbeitet, deren Erfüllung durch ein Audit geprüft und mit dem Label «qualité palliative» zertifiziert werden:

- Allgemeine Palliative Care: Institutionen der Langzeitpflege;
- Spezialisierte Palliative Care: mobile Palliative Care Dienste, Palliativstationen und –kliniken.

Bereits der Zertifizierungsprozess kann die Qualität der Betreuung und Arbeitsweise steigern. Dank des Qualitätslabels kann sich der Leistungserbringer im Versorgungsgebiet positionieren und bei den Patientinnen und Patienten zusätzliches Vertrauen schaffen.

f) Nationales Rahmenkonzept für die gesundheitliche Vorausplanung

Ziel der gesundheitlichen Vorausplanung ist es, dass der Wille eines wohlinformierten Patienten bei fortschreitender Erkrankung einerseits den Behandlungsplan aller Beteiligten (Advance Care Planning, ACP), andererseits in Situationen des Notfalls (Notfallplan) und

der länger andauernden oder dauerhaften Urteilsunfähigkeit die Behandlungsentscheidungen leitet. Diese ist für die Situation der eigenen Urteilsunfähigkeit unerlässlich. Das Advance Care Planning ist für Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten essentiell wichtig und geht über eine allgemeine Patientenverfügung hinaus. Da die gesundheitliche Vorausplanung ein wichtiges Element der Palliative Care ist, wurde ein nationales Rahmenkonzept erarbeitet⁴.

Bei der ACP-Beratung geht es darum, die Erwartungen der Patientinnen und Patienten an ihre Behandlung eindeutig und verständlich zu formulieren. Diskutiert werden krankheitsspezifische Behandlungsmöglichkeiten, zu erwartende Komplikationen, das Vorgehen bei Krisen und in Notfällen sowie individuelle Wünsche und Präferenzen im Fall einer Urteilsunfähigkeit (insbesondere betreffend lebenserhaltende Massnahmen) und für die Sterbephase. Ergänzend zum ACP wird empfohlen einen Notfallplan zu erstellen, der das Vorgehen im Falle einer Verschlechterung des Gesundheitszustands oder einer Notfallsituation regelt. Ein Notfallplan ermöglicht, absehbare Komplikationen frühzeitig mit den Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen zu besprechen und entsprechende Massnahmen festzulegen.

Für die gesundheitliche Vorausplanung braucht es zu verschiedenen Zeitpunkten Leistungen von Fachpersonen (z.B. für Gespräche, Beratung, Dokumentation, Koordination), die auch angemessen vergütet werden müssen. Neben den zeitlichen Ressourcen sind auch kommunikative Fähigkeiten sowie ein breites Wissen notwendig, um die möglichen Situationen im Detail mit den Betroffenen besprechen zu können. Es wird eine einheitliche Dokumentation empfohlen, so dass sämtliche Informationen für die verschiedenen Leistungserbringer eines Behandlungsnetzes verfügbar sind.

In der ambulanten Versorgung sind vor allem die Hausärztinnen und Hausärzte oder die Spitex für die ersten Schritte verantwortlich, z.B. für die Erstellung eines ACP oder eines Notfallplans. In Institutionen der Langzeitpflege kann die gesundheitliche Vorausplanung nachhaltig verankert werden, z.B., indem Bewohnerinnen und Bewohner beim Eintritt in die Institution entsprechend beraten und anschliessend wiederholt und routinemässig dazu befragt werden. Im Spital geht es nach der Akutphase häufig darum, die gesundheitliche Vorausplanung entweder zu reevaluiieren oder neu vorzubereiten.

g) Umsetzung auf lokaler Ebene

Diese vorgängig erwähnten Grundlagen gewährleisten, dass die vielfältige Umsetzung der nationalen Strategie sich auf eine gemeinsame Basis beziehen kann. So wurden auch bei der Erarbeitung dieses Konzepts für die Stadt Zürich diese nationalen Grundlagendokumente mitberücksichtigt.

Ein Beispiel für die lokale Umsetzung von national erarbeiteten Grundlagen ist das Gemeinschaftsprojekt ACP-NOPA-Konzept (Advance Care Planning, Notfallplanung Palliative), für welches palliative zh+sh und das UniversitätsSpital Zürich (USZ) verantwortlich sind und welches von der Stadt Zürich mitfinanziert und mitgetragen wird. Im Rahmen des Projekts wurde eine internetbasierte Notfallplanung und erweiterte Patientenverfügung

⁴ BAG (2018): Gesundheitliche Vorausplanung mit Schwerpunkt «Advance Care Planning». Nationales Rahmenkonzept für die Schweiz.

(ACP) entwickelt. Das Projekt hat 2017 den Förderpreis des Forum Managed Care erhalten und stellt einen wichtigen Meilenstein in der Verbesserung der gesundheitlichen Vorausplanung dar.

1.1.2 Drei Ebenen der Palliative Care

Das 2014 erlassene Rahmenkonzept Palliative Care unterscheidet zwischen drei Ebenen von Palliative Care Kompetenzen, Angeboten und Leistungen:

1. Ebene «Palliative-Care-Verständnis»

Die unterste Ebene ist die grundlegende Ebene der Gesellschaft, mit ihrem Verständnis von Lebensende, Tod, Palliation etc. Auf dieser Ebene geht es darum, Menschen zu befähigen, über die Thematik nachzudenken und Vorkehrungen zu treffen, für sich und für ihre Angehörigen. Das ist sowohl für die individuelle Lebensplanung von Bedeutung als auch für das allgemeine Verständnis in der Gesellschaft (Kultur im Umgang mit Krankheit und Tod). Auf dieser Ebene sind alle, resp. die gesamte Bevölkerung, betroffen.

2. Ebene «allgemeine Palliative Care»

Auf der nächsthöheren Ebene geht es um die Bedürfnisse von Menschen, die sich auf Grund ihres Lebens- und Krankheitsverlaufs mit dem Lebensende vorausschauend auseinandersetzen oder am Lebensende resp. in bestimmten Krankheitsphasen Begleitung und Unterstützung brauchen, einschliesslich weniger komplexen Formen von Palliative Care. Gemäss Schätzungen betrifft dies gut 70 Prozent der Menschen am Lebensende.

3. Ebene «spezialisierte Palliative Care»

Die dritte Ebene betrifft Patientinnen und Patienten mit spezialisierten Bedürfnissen. Diese sind auf die Unterstützung spezialisierter Teams angewiesen, weil sie eine instabile und/oder sehr komplexe Krankheitssituation aufweisen und/oder weil ihre Bezugspersonen (Angehörige, Betreuende) die eigene Belastungsgrenze überschreiten. Es wird geschätzt, dass rund 20 Prozent der Palliative Care Patientinnen und Patienten im Verlauf ihrer Erkrankung ein- oder mehrmals Bedarf nach spezialisierter Palliative Care haben.

Das vorliegende Konzept orientiert sich an dieser Systematik des nationalen Rahmenkonzepts (vgl. Abb. 1).

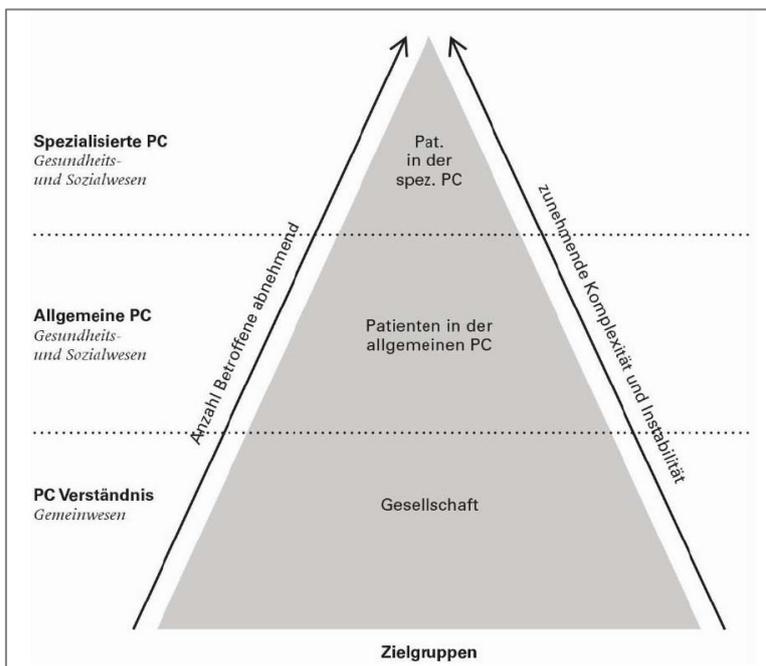


Abb. 1: Die drei Ebenen der Palliative Care, Rahmenkonzept Palliative Care Schweiz, 2014

1.1.3 Herausforderungen für die Palliative Care Versorgung

a) unzureichende Vergütung

Besonders bedeutsam für die Palliative Care Versorgung ist die unzureichende Vergütung von Palliative Care Leistungen, welche in fast jedem Versorgungssetting festzustellen ist⁵:

Allgemeine Palliative Care:

- Die ambulante ärztliche Versorgung wird über das TARMED-Tariffsystem mit den Krankenkassen abgerechnet. Hier werden Leistungen von niedergelassenen Hausärztinnen und -ärzten, welche bei Palliative Care Patientinnen und Patienten einen wichtigen Anteil ausmachen, unzureichend vergütet. Dazu gehören z.B. Hausbesuche, Gespräche mit Betroffenen und Angehörigen oder Leistungen in Abwesenheit der Patientinnen und Patienten (z.B. Planung der Behandlung, Austrittsgespräche).
- Die Pflegeleistungen der Spitex werden ärztlich angeordnet und die vereinbarten Stundentarife werden durch verschiedene Kostenträger finanziert (Krankenkasse, Gemeinde, Kundinnen und Kunden). Im nationalen Bericht wird festgestellt, dass z.B. psychosoziale Unterstützung von Betroffenen oder Angehörigen, zusätzliche Präsenzzeiten und Nachwachen manchmal nicht rechtzeitig verordnet oder nicht ausreichend vergütet werden.

⁵ BAG (2013): Finanzierung von Palliative Care Leistungen der Grundversorgung und der spezialisierten Palliative Care (ambulante Pflege und Langzeitpflege).

- Die Pflegeleistungen in Institutionen der Langzeitpflege (z.B. Altersheim oder Pflegeheim) werden auch über verschiedene Kostenträger finanziert (Krankenkasse, Gemeinde, Kundinnen und Kunden). Die Kosten für Betreuung und Hotellerie tragen die Patientinnen und Patienten selbst bzw. übernimmt das Amt für Zusatzleistungen.

Spezialisierte Palliative Care:

- Die niedergelassenen Palliativärztinnen und -ärzte rechnen auch mit dem TARMED ab und sind von der gleichen Unterfinanzierung betroffen wie die Hausärztinnen und -ärzte.
 - Mobile Palliative Care Dienste werden wie die Spitex finanziert. In der Stadt Zürich können die mobilen Teams mit dem entsprechenden Leistungsauftrag höhere Stundenansätze verrechnen, um die Kosten für ihre spezialisierten Leistungen zu decken.
 - In Palliativabteilungen im Akutspital wird mit dem DRG-Tarifsysteem über Fallpauschalen abgerechnet, die Kostenträger sind die Krankenkassen und Kantone. Trotz der Pauschale für palliativmedizinische Komplexbehandlung, können diese Abteilungen aus verschiedenen Gründen selten kostendeckend betrieben werden (vgl. Kap. 2.3.2).
 - Hospize und spezialisierte Palliativabteilungen werden im Kanton Zürich wie andere Pflegeheime finanziert. Die spezialisierte Palliative Care Versorgung ist jedoch aufwändiger und personalintensiver und die zusätzlichen Kosten werden von den Gemeinden in Einzelfällen zu einem Teil übernommen (z.B. indem Beiträge oberhalb der Normkosten entrichtet werden) und/oder über Spenden und Legate gedeckt.
- b) Die unzureichende Vergütung von Palliative Care Leistungen kann zu einer Unterversorgung führen und stellt deshalb ein prioritäres Handlungsfeld auf nationaler Ebene dar. Zudem können die unterschiedlichen Tarifsysteme und verschiedenen Kostenträger die Zusammenarbeit zwischen Organisationen und lokale Versorgung erschweren. Fachkräftemangel

Eine mit der unzureichenden Vergütung und dem vergleichsweise geringen Stellenwert des Fachgebiets verbundene Herausforderung stellt der Mangel an qualifizierten Fachkräften in der spezialisierten Palliative Care dar. Die Weiterbildung ist sowohl in der Pflege wie in der Medizin anspruchsvoll und aufwändig und die ärztlichen Weiterbildungsplätze sind knapp. Wegen Rekrutierungsproblemen konnte die neueröffnete Palliativstation des Stadtspitals Waid nicht wie geplant alle zehn Betten von Anfang betreiben. Auch im ambulanten Bereich mangelt es an Palliativärztinnen und -ärzten (vgl. Kap. 2.3).c) Zusammenarbeit und Koordination

Palliative Care ist definitionsgemäss umfassend und wird mit zunehmender Komplexität und Instabilität der Patientinnen und Patienten aufwändiger. Damit Betreuungsqualität und Behandlungskontinuität auch bei rasch ändernden Patientenbedürfnissen gewährleistet werden können, braucht es eine vorausschauende Planung, gute Koordination der verschiedenen Aufgaben sowie ein effizientes Management der Schnittstellen zwischen den verschiedenen Leistungserbringenden. Diese Leistungen der Kommunikation, Koordination und Dokumentation sind in den meisten Versorgungssettings unzureichend vergütet, was das Arbeiten in Silos begünstigt. Die wichtigsten Hürden, potenzielle Bruchstellen im Behandlungsverlauf sowie mögliche Lösungsansätze werden an den geeigneten Stellen in diesem Konzept aufgeführt.

1.2 Palliative Care Versorgung für die Bevölkerung der Stadt Zürich: Auftrag und Vorgehen

1.2.1 Motion des Gemeinderats der Stadt Zürich

Im November 2016 hat der Gemeinderat der Stadt Zürich einstimmig die Motion «Schliessung der Lücken in der Palliative Care Versorgung der Stadt unter Berücksichtigung der nationalen Strategie» von Marcel Savarioud (SP) und Karin Weyermann (CVP) überwiesen (GR Nr. 2016/81). Dieser Motion sind zwei gemeinderätliche Vorstösse vorangegangen:

- Schriftliche Anfrage von Gerhard Bosshard und Dr. Martin Mächler (beide EVP) zum Stand der Umsetzung der nationalen Strategie Palliative Care in den Stadtspitälern und in den Alters- und Pflegezentren der Stadt Zürich (GR Nr. 2013/126). Der Antwort des Stadtrats (STRB Nr. 568/2013) ist zu entnehmen, dass sich die im GUD betroffenen Dienstabteilungen mit der Thematik auseinandersetzen und ihre Angebote der nationalen Strategie entsprechend weiter entwickeln.
- Schriftliche Anfrage von Marcel Savarioud und Dr. Jean-Daniel Strub (beide SP) zu den Palliative Care Leistungen für die städtische Bevölkerung, insbesondere in den Stadtspitälern und in den Alters- und Pflegezentren der Stadt Zürich sowie deren Zugänglichkeit für die Bevölkerung (GR Nr. 2015/218). In seiner Antwort kommt der Stadtrat (STRB Nr. 813/2015) zum Schluss, dass die Palliative Care Versorgung in der Stadt Zürich bereits gut ausgebaut ist und identifiziert gleichzeitig mögliche Handlungsfelder innerhalb der Dienstabteilungen des GUD (z.B. gezielter Einsatz von Palliative Care Fachwissen innerhalb der Versorgungskette) und in der gesamtstädtischen Versorgung (z.B. ambulante Palliative Care Versorgung, Umgang mit Krisen und Notfällen).

Die Motionäre der Motion 2016/81 richten ihren Fokus auf die spitalexterne Versorgung, insbesondere auf die spezialisierten mobilen Dienste der Palliative Care. Gleichzeitig soll die allgemeine Palliative Care bei allen ambulanten und stationären Leistungserbringern verankert und dadurch die Kontinuität im Behandlungsverlauf gewährleistet werden. Weiter fordert die Motion, dass betroffene Patientinnen und Patienten und ihnen nahestehende Bezugspersonen beraten, unterstützt und entlastet werden und dass die dadurch entstehenden Kosten nicht über zusätzliche Gebühren weitergegeben werden. Die Motion bezweckt, dass durch eine bessere Palliative Care Versorgung die Lebensqualität von schwer kranken oder sterbenden Menschen und ihren Bezugspersonen so gut wie möglich erhalten bleibt.

Der Stadtrat wurde mit der Überweisung der Motion beauftragt, dem Gemeinderat fristgerecht eine Vorlage zu unterbreiten, welche die Mittel bereitstellt, um die noch bestehenden Lücken in der Palliative Care Versorgung der Stadt Zürich zu schliessen.

1.2.2 Projektorganisation und Vorgehen bei der Bearbeitung der Motion

Die Bearbeitung der Motion wurde dem Gesundheits- und Umweltdepartement (GUD) der Stadt Zürich übertragen. Nach einer ersten Analysephase beauftragte die Geschäftsleitung des GUD im Sommer 2017 ein Projektteam (vgl. Namensliste im Anhang) mit dem Vorprojekt Palliative Care Stadt Zürich und bat um die Bearbeitung und Klärung folgender Fragestellungen:

- Beschreibung von Bedarf und Versorgung der städtischen Bevölkerung betreffend Palliative Care, um prioritäre Handlungsfelder zu identifizieren;
- Entwicklung von zielführenden Massnahmen, um die wichtigsten Lücken der Palliative Care zu schliessen und die städtische Bevölkerung bedarfsgerecht mit Palliative Care zu versorgen.

Um die Projektziele zu erreichen, arbeitete das Projektteam mit verschiedenen Methoden:

- Einbezug von Grundlagen, welche im Rahmen der Nationalen Strategie Palliative Care erarbeitet wurden.
- Epidemiologische Analyse von Todesursachenstatistik und Bevölkerungsdaten zur Schätzung des Bedarfs in der städtischen Bevölkerung.
- Systematische Sammlung und Verwertung von Informationen zur Palliative Care Versorgung in der Stadt Zürich.
- Leitfadengestützte Interviews von Fachpersonen in verschiedenen Settings der allgemeinen und spezialisierten Palliative Care.
- Durchführung und Auswertung von vier Workshops mit Expertinnen und Experten der Palliative Care in der Stadt Zürich.

Die Expertengruppe (vgl. Namensliste im Anhang), bestehend aus Palliative Care Fachkräften verschiedener Settings, traf sich zu insgesamt vier Workshops.

Im ersten Workshop (Januar 2018) wurde die Versorgungssituation in der Stadt Zürich thematisiert, im zweiten und dritten Workshop (März 2018) wurden Aspekte der ambulanten Versorgung vertieft und im letzten Workshop (Juli 2018) wurden die identifizierten Massnahmen diskutiert. Die Rückmeldungen der Expertinnen und Experten wurden während und nach den Workshops gesammelt und flossen in die Erarbeitung des vorliegenden Konzepts ein. Der Expertengruppe gebührt an dieser Stelle ein grosser Dank für die Mitarbeit in diesem Projekt.

1.2.3 Ein neues Palliative Care Konzept für die Bevölkerung der Stadt Zürich

Die «Nationale Strategie Palliative Care» hat in einigen Gemeinden, Regionen oder Kantonen eine Erarbeitung oder Überarbeitung von Palliative Care Konzepten ausgelöst. Im Kanton Zürich gilt weiterhin das «Konzept für die Palliative Care in der stationären Akutsomatik» aus dem Jahr 2006. Das Konzept hält fest, dass Palliative Care angebotsgesteuert sein und nur in Ausnahmefällen stationär erbracht werden soll. Einzelne

Handlungsfelder wurden identifiziert (z.B. Aus- und Weiterbildung Fachpersonen, zusätzlicher Personalaufwand, Koordination zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, Aufbau Kompetenzzentren Akutspital) und z.T. im Rahmen von Leistungsaufträgen für Akutspitäler oder andere Akteure angegangen.

Im Rahmen des Vorprojekts hat die Geschäftsleitung des GUD entschieden, die geleistete Vorarbeit und die geplanten Massnahmen in Form des vorliegenden Palliative Care Konzepts für die Bevölkerung der Stadt Zürich festzuhalten. Das vorliegende Konzept beschreibt die Ausgangslage in der Stadt Zürich und definiert Massnahmen, die während einer Pilotphase von den leistungserbringenden städtischen Dienstabteilungen und – wo sinnvoll – unter Einbezug weiterer Versorgungspartner im Bereich der Palliative Care konkretisiert, getestet und evaluiert werden sollen. Auf der Basis dieser Erkenntnisse und nach Abschluss der Pilotphase soll dem Gemeinderat eine Vorlage zur langfristigen Sicherung der umgesetzten Massnahmen und zur Überführung des Projekts von der Pilotphase in den Regelbetrieb unterbreitet werden.

2 Palliative Care in der Stadt Zürich: Angebote und Versorgungsbedarf

Basierend auf den drei Ebenen der Palliative Care (vgl. Kap. 1.1.2), werden nachfolgend die bestehenden Angebote der Stadt Zürich genauer beleuchtet sowie deren Herausforderungen und Lücken thematisiert.

2.1 Verständnis von Palliative Care in der Bevölkerung

Es ist wichtig, auf gesellschaftlicher Ebene Voraussetzungen zu schaffen, damit sich Einzelne mit dem Lebensende auseinandersetzen und sich auch über Palliative Care informieren können. Zielgruppe ist die gesamte Bevölkerung. Nur durch vorgängige Sensibilisierung und Information kann eine bedarfsgerechte Nachfrage nach Palliative Care Leistungen entstehen.

Es geht darum, Themen wie unheilbare Krankheiten, Sterben oder Tod zu thematisieren und vor allen Dingen zu enttabuisieren. Ein wesentlicher Grund für die Tabuisierung liegt darin, dass Palliative Care einseitig auf die Sterbebegleitung reduziert wird. Der Bevölkerung soll ein breiter Zugang zu Informationen über Palliative Care schon ab dem Zeitpunkt der Diagnose (Early Palliative Care) verschafft werden (z.B. lokale Versorgungs-, Unterstützungs- und Beratungsangebote). Diese Informationen sollen die Bevölkerung dazu befähigen, im Umgang mit der fortschreitenden Erkrankung eigene Präferenzen für die Entscheidungsfindung oder Vorausplanung zu definieren.

Sind diese Voraussetzungen erfüllt, verbessern sich auch die Chancen auf eine rechtzeitige, bedarfsgerechte Inanspruchnahme von Palliative Care Leistungen und/oder ein

selbstbestimmtes Lebensende⁶. Aktuelle Zahlen aus der Bevölkerungsbefragung im Auftrag des BAG zu Palliative Care⁷ zeigen, dass die Mehrheit der Bevölkerung (82 Prozent) manchmal über das Lebensende nachdenkt und über die Hälfte der Bevölkerung (60 Prozent) schon einmal mit jemandem darüber gesprochen hat. Rund 70 Prozent der Erwachsenen wissen, was eine Patientenverfügung ist, hingegen hat nur eine Minderheit eine solche vorbereitet und hinterlegt (16 Prozent). Mit 74 Prozent ist der Begriff Palliative Care relativ bekannt, wobei Hospize und Palliativstationen deutlich bekannter sind (rund 50 Prozent) als die mobilen Angebote (weniger als 20 Prozent).

Im Kanton Zürich hat die regionale Fachgesellschaft für Palliative Care (palliative zh+sh) einen kantonalen Leistungsauftrag für die Sensibilisierung der Zürcher Bevölkerung und für die Information und Beratung über bestehende Palliative Care Angebote. Mit Veranstaltungen, Büchern, Publikationen, Öffentlichkeitsarbeit sowie einer aktuellen Newsplattform auf der Website und in Social Media, widmet sich die Fachgesellschaft Palliative Care einer breiten Aufklärungsarbeit für die Bevölkerung. Sie berät Betroffene und Angehörige über unterstützende und spezialisierte Angebote, vermittelt Fachpersonen und hilft, sich aktiv mit der Entscheidungsfindung, der Planung des Lebens mit einer fortschreitenden Erkrankung oder dem Lebensende auseinanderzusetzen. Dabei ist die Geschäftsstelle Anlaufstelle für Fragen rund um Palliative Care für die Kantone Zürich und Schaffhausen.

2.2 Allgemeine Palliative Care

Die grosse Mehrheit von Palliative Care Patientinnen und Patienten wird durch Fachpersonen in der Grundversorgung betreut. Im Fokus stehen neben dem Symptommanagement auch die gesundheitliche Vorausplanung (vgl. Kap. 1.1.1), die Organisation von Behandlung, Pflege und Betreuung sowie die Unterstützung von nahestehenden Bezugspersonen.

a) Zielgruppen der allgemeinen Palliative Care und ihre Bedürfnisse

Der weitaus grösste Anteil der Palliative Care Patientinnen und Patienten wird im Rahmen von bestehenden Strukturen der medizinisch-pflegerischen Grundversorgung (im ambulanten Bereich durch niedergelassene Ärzte und Ärztinnen sowie Spitexdienste, in Institutionen der Langzeitpflege sowie in Akutspitälern) behandelt und begleitet. Es sind Patientinnen und Patienten aller Altersklassen mit einem breiten Spektrum an Diagnosen, die sich aufgrund einer unheilbaren oder fortschreitenden Erkrankung mit dem Lebensende auseinandersetzen oder sich in der letzten Lebensphase befinden.

Bei Patientinnen und Patienten in der allgemeinen Palliative Care stehen gemäss dem nationalen Rahmenkonzept folgende Bedürfnisse im Vordergrund:

- Konkrete Evaluation und Definition individueller Prioritäten und Bedürfnisse in Bezug auf die Gestaltung der letzten Lebensphase;

⁶ Rahmenkonzept Palliative Care Schweiz, 2014

⁷ Stettler, Bischof, Bannwart (2018): Bevölkerungsbefragung Palliative Care 2017, Ergebnisse der Befragung 2017 und Vergleich zur Erhebung 2009, Bern: Bundesamt für Gesundheit.

- Kommunikation, um die medizinische, pflegerische und psychosoziale Entscheidungsfindung und Vorausplanung zu ermöglichen;
- Behandlung von bestehenden oder zu erwartenden Symptomen und Informationen mit dem Ziel, die Autonomie zu erhalten und die Fähigkeit zum Selbstmanagement belastender Symptome zu stärken;
- Vorausplanung für Notfallsituationen zu Hause bzw. im gewählten Umfeld;
- Evaluation bestehender oder möglicher Belastungsgrenzen für die Bezugspersonen, Planung alternativer Aufenthaltsorte, Information über regionale Palliativnetzwerke inkl. Freiwilligenunterstützung und Unterstützung für die Bezugspersonen, Klärung der Vergütung von zu beziehenden Leistungen.

b) Aufgaben und Leistungen der Allgemeinen Palliative Care

Allgemeine Palliative Care orientiert sich an den Bedürfnissen dieser Vielfalt an Patientinnen und Patienten und hat zum Ziel, ihre Lebensqualität und Selbstbestimmung zu fördern und möglichst zu erhalten. Die Aufgaben der allgemeinen Palliative Care umfassen entsprechend das Symptommanagement (Lindern von körperlich, psychisch, sozial und spirituell belastenden Symptomen), die Unterstützung von Betroffenen und Nahestehenden bei der Entscheidungsfindung, Vorausplanung und Gestaltung der letzten Lebensphase, Etablierung und Koordination des Betreuungsnetzwerks, Unterstützung von Angehörigen inkl. deren Begleitung in der Trauerphase (vgl. Abb. 2).

Diese Leistungen werden von Fachpersonen des Gesundheits- und Sozialwesens im Rahmen der Grundversorgung und der etablierten Tarifstrukturen erbracht. Im Vergleich zur «herkömmlichen» kurativen oder rehabilitativen Versorgungsform ist der zeitliche Aufwand für die Erbringung von guter Palliative Care häufig höher. Vorausschauende Gespräche im Rahmen der gesundheitlichen Vorausplanung und zur Festlegung individueller Therapieziele sind zeitintensiv und müssen von geschulten Fachleuten geführt werden. Aber auch das fallbezogene Organisieren und Pflegen von Betreuungsnetzwerken oder die Instruktion von betroffenen Familien zum Vorgehen im Notfall braucht Zeit. Nicht immer können die erforderlichen Leistungen im Rahmen der bestehenden Tarifstrukturen geltend gemacht werden (vgl. Kap. 1.1.3).

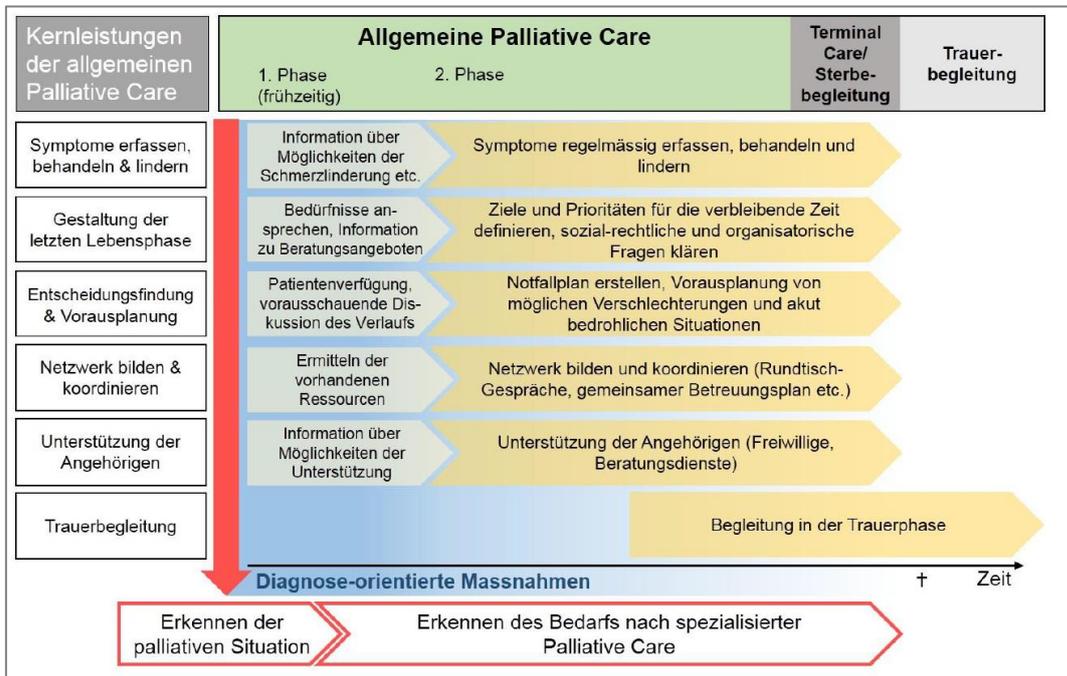


Abb. 2: Leistungen der allgemeinen Palliative Care, BAG, GDK und palliativ.ch, 2015

c) Palliative Care Bedürfnisse rechtzeitig erkennen und vorausschauend planen

Eine zentrale Voraussetzung für die Erbringung von guter Palliative Care ist, dass die bestehenden Strukturen der medizinisch-pflegerischen Grundversorgung es ermöglichen, rechtzeitig zu erkennen, bei welchen Personen eine palliative Situation vorliegt (oder künftig zu erwarten ist) und die entsprechende palliative Grundversorgung sicherzustellen. Eine möglichst frühe Identifikation oder Vorwegnahme von palliativen Bedürfnissen ist dabei wesentlich, um individuelle Therapieziele gemäss dem Grundwert der Selbstbestimmung vorausschauend festzulegen, ein tragfähiges Betreuungsnetz aufzubauen und umfassende Vorkehrungen für mögliche Komplikationen und Notfälle treffen zu können (gesundheitliche Vorausplanung, vgl. Kap. 1.1.1).

Auch müssen Leistungserbringende der medizinisch-pflegerischen Grundversorgung in der Lage sein, rechtzeitig zu erkennen, bei welchen Personen aufgrund der Komplexität und/oder Instabilität des Krankheitsverlaufs oder aufgrund von Belastungsgrenzen des betreuenden Umfelds ein Bedarf nach spezialisierter Palliative Care vorliegt und wo entsprechend spezialisierte Palliative Care Dienste und Strukturen hinzugezogen werden müssen (vgl. Kap. 2.3).

2.2.1 Ambulante Grundversorgung

a) Ambulante ärztliche Versorgung

Gemäss Erhebungen des statistischen Amtes des Kantons Zürich waren 2016 in der Stadt Zürich 1890 Ärztinnen und Ärzte mit Hauptberufstätigkeit im ambulanten Sektor

tätig⁸ Insbesondere Hausärztinnen und Hausärzte sind im Falle einer unheilbaren Krankheit oft erste und wichtigste Ansprechperson, nicht nur für zu Hause lebende Betroffene, sondern auch für viele Heimbewohnerinnen und Bewohner. Sie arbeiten zudem mit Spitexdiensten zusammen und sind mit weiteren lokalen Akteuren der Gesundheitsversorgung vernetzt.

Palliative Care in der ärztlichen Grundversorgung

Nicht alle niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte – auch nicht alle Hausärztinnen und -ärzte – sind gleich gut in die Palliativ Care Versorgung eingebunden bzw. über Palliative Care Angebote informiert. Gemäss Einschätzung der Expertengruppe muss von einer recht heterogenen Situation ausgegangen werden, was das Interesse und die Fachkenntnisse über und das Engagement für Palliative Care unter den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten betrifft. Dies hat zur Folge, dass Palliative Care Bedürfnisse teilweise nicht oder erst spät im Krankheitsverlauf erkannt werden.

Herausforderungen und Lücken

Palliative Care ist im Curriculum angehender Medizinerinnen und Mediziner nur von marginaler Bedeutung; während der darauffolgenden assistenzärztlichen Weiterbildung (v.a. im Spitalbereich) setzt sich nur eine kleine Minderheit mit Palliativer Medizin auseinander. Palliativmedizinerinnen und -mediziner bzw. Fachärztinnen und -ärzte mit Kenntnissen in palliativer Medizin sind nach wie vor selten und können – insbesondere im ambulanten Bereich – den geschätzten Bedarf bei weitem nicht decken.

Eine weitere Herausforderung, die selbstverständlich nicht nur auf nationaler Ebene, sondern auch in der Stadt Zürich besteht, sind (vgl. Kap. 1.1.3.) die durch den TARMED teilweise unzureichend vergüteten Leistungen und die Tatsache, dass nur vergleichsweise wenige Hausärztinnen und -ärzte Hausbesuche anbieten. Es kann also davon ausgegangen werden, dass Palliative Care heute in der ärztlichen Grundversorgung noch Lücken aufweist.

b) Spitex: Hilfe und Pflege zu Hause

Die Spitex ermöglicht vielen Patientinnen und Patienten, sich zu Hause behandeln oder pflegen zu lassen oder nach einem Eingriff im Spital möglichst rasch nach Hause in die vertraute Umgebung zurückzukehren. Gemäss kantonalem Pflegegesetz sind die Gemeinden für eine bedarfsgerechte Versorgung mit ambulanter Pflege (Spitex) verantwortlich. Die Stadt Zürich sichert mittels Leistungsvereinbarungen mit Spitex Zürich (bestehend aus den Organisationen Spitex Zürich Limmat, Spitex Zürich Sihl und Spitex SAW Stiftung Alterswohnungen der Stadt Zürich) eine qualitativ hochstehende und wirtschaftliche Versorgung der Einwohnerinnen und Einwohner mit Spitex-Leistungen (pflegerische Leistungen nach Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) sowie hauswirtschaftliche Leistungen). Insgesamt betreuen die Spitex Zürich Limmat rund 6700 und die Spitex Zürich Sihl rund 3000 Kundinnen und Kunden pro Jahr (hauswirtschaftliche Leistungen jeweils mitgezählt). Die Spitex der Stiftung für Alterswohnungen der Stadt Zürich (SAW) ist in 34 Siedlungen tätig und betreut rund 750 Kundinnen und Kunden pro Jahr.

⁸ FMH-Mitgliederstatistik 2017, www.fmh.ch

Knapp die Hälfte der Kundinnen und Kunden von Spitex Zürich ist über 80 Jahre alt (vgl. Tab. 1).

Neben den städtischen Vertragspartnerinnen sind rund 40 private Spitex-Organisationen sowie freiberuflich tätige Pflegefachpersonen in der Stadt Zürich tätig. Sie versorgen zusammen rund 2500 Kundinnen und Kunden mit Pflegeleistungen nach KLV. Die kispex (Kinderspitex Kanton Zürich) versorgt pflegebedürftige, schwer kranke und sterbende Kinder ab Geburt bis 16 Jahre; in der Stadt Zürich pflegte die kispex im vergangenen Jahr 60 Kinder.

Gesamter Spitex-KLV-Markt in der Stadt Zürich 2017	Spitex Zürich	Kommerzielle	Freiberufliche	kispex	Auswärtige*
Anzahl Kundinnen und Kunden	7191	1596	887	60	145
Kunden / Kundinnen in % des Spitex-KLV-Marktes	72,8	16,2	9	0,6	1,5
Anzahl Stunden	510 430	299 798	38 372	11 702	3130
Stunden in % des Spitex-KLV-Marktes	59,1	34,7	4,4	1,4	0,4
Anzahl Stunden pro Kundin und Kunde	71	187,8	43,3	195	21,6

Tab. 1: In der Stadt Zürich geleistete ambulante Pflege nach KLV im Jahr 2017 durch die beauftragten Spitex-Organisationen (Spitex Zürich), kommerziellen Spitex-Organisationen, freiberuflich tätigen Pflegefachpersonen, kispex und auswärtige Organisationen. Hauswirtschaftliche Leistungen sind nicht mitgezählt. Geschäftsbericht 2017 des Stadtrats.* = Personen mit Wohnsitz in der Stadt Zürich, die ausserhalb der Stadt betreut werden.

Palliative Care in der Spitex

Die von der Stadt Zürich beauftragten Spitex Organisationen sind verpflichtet, sämtliche Leistungen gemäss kantonaler Verordnung über die Pflegeversorgung zu erbringen. Zum Leistungsrahmen gehört auch die umfassende Betreuung und Begleitung im Rahmen von Palliative Care bei Menschen, deren Erkrankung auf eine kurative Behandlung nicht mehr anspricht sowie bei sterbenden Menschen. Das Ziel ist, die Lebensqualität möglichst zu erhalten und das Leben zu Hause trotz schwerer Krankheit und in der Sterbephase zu ermöglichen, wenn es die Beteiligten wünschen; Spital- und Pflegeheimen-tritte sollen wenn möglich verhindert oder hinausgezögert werden. Bei Bedarf können Spitexmitarbeiterinnen und -mitarbeiter weitere Pflegefachpersonen mit einer Zusatzausbildung in Palliative Care beiziehen. Bei besonders komplexen und instabilen Palliative Care Situationen können spezialisierte Palliative Care Dienste der Spitex hinzugezogen werden (vgl. Kap. 2.3.1).

Betreuerische und pflegerische Leistungen bei Palliative Care Patientinnen und Patienten sind in den gängigen Instrumenten zur Pflegebedarfserfassung nicht separat abgebildet. Gemäss Einschätzungen der Fachstelle für Palliative Care der Spitex Zürich Limmat und dem Fachdienst Palliative Care der Spitex Zürich Sihl wurden im Versorgungsgebiet von Spitex Zürich im Jahr 2017 mindestens 450 Klientinnen und Klienten mit Palliative Care zu Hause versorgt (also knapp 5 % der jährlichen Gesamtkundschaft). Laut Erfahrungen der Spitex und aus Sicht der Expertengruppe müsse hierbei berücksichtigt werden, dass bislang nicht immer alle Patientinnen und Patienten mit Palliative Care Bedürfnissen rechtzeitig durch Spitexmitarbeiterinnen und -mitarbeiter identifiziert wurden. Es kann hier von einer gewissen Dunkelziffer an nicht erkannten Palliative Care Situationen ausgegangen werden.

Herausforderungen und Lücken

Erhebungen der mobilen Palliative Care Teams von Spitex Zürich legen nahe, dass nur eine Minderheit der Kundschaft von Spitex Zürich eine Patientenverfügung und praktisch niemand einen ACP hat. So sind die Behandlungswünsche oft ungeklärt. Eine frühzeitige gesundheitliche Vorausplanung (vgl. Kap. 1.1.1) ermöglicht den Betroffenen, sich mit einer Fachperson über die Krankheit und das eigene Lebensende auseinanderzusetzen. In Krisen ermöglicht die gesundheitliche Vorausplanung dem Behandlungsteam und den Bezugspersonen, dass sie im Sinne der Patientinnen und Patienten handeln.

Die grosse Mehrheit der von den spezialisierten Spitexdiensten betreuten Palliative Care Patientinnen und Patienten leiden an Krebserkrankungen. Dies lässt vermuten, dass häufig das Bewusstsein dafür fehlt, dass Palliative Care auch für Menschen mit anderen chronischen und unheilbaren Erkrankungen geeignet ist. Palliative Care Bedürfnisse werden in der Spitex-Grundversorgung bislang noch nicht systematisch erfasst (etwa anhand von Screening-Tools). Die relativ breite Definition von Palliative Care gemäss nationaler Strategie dürfte zusätzlich dazu beitragen, dass Spitexmitarbeiterinnen und -mitarbeiter die Palliative Care Bedürfnisse ohne den systematischen Einsatz von standardisierten Tools unterschiedlich identifizieren.

Über Palliativversorgung durch private Spitex-Organisationen liegen keine quantitativen Informationen vor. Die Fachstelle Palliative Care der Spitex Zürich Limmat betreut jährlich

fünf bis zehn Patientinnen und Patienten privater Spitexanbieter. Rund sechs der insgesamt rund 40 in der Stadt Zürich tätigen privaten Spitex-Organisationen weisen auf ihrer Homepage explizit Palliative Care Expertise aus. Auf der Homepage der IG Freiberufliche Pflege des Schweizerischen Berufsverbands der Pflegefachfrauen und -männer sind in der Stadt Zürich sechs freiberuflich tätige Pflegefachpersonen mit Angeboten in allgemeiner Palliative Care aufgeführt. Spezialisierte Palliative Care Leistungen werden von keinen weiteren Spitex-Organisation oder freiberuflich tätigen Fachperson in der Stadt Zürich angeboten.

2.2.2 Institutionen der Langzeitpflege und des Alterswohnens

Allgemeine Palliative Care sollte in allen sozialmedizinischen Institutionen verankert sein, in denen auch Menschen in palliativen Situationen betreut werden: in Alters- und

Pflegeheimen, Institutionen für Menschen mit Behinderungen sowie (Langzeit-)Institutionen für Menschen mit psychosozialen Problemen oder Suchtkrankheiten. So soll sichergestellt werden, dass Menschen mit unheilbaren Erkrankungen und/oder am Lebensende weiterhin in der angestammten Institution gemäss ihren Wünschen und Präferenzen betreut und behandelt werden können und Verlegungen ins Spital möglichst vermieden werden. Um diese Ziele zu erreichen, müssen die betreuenden Fachpersonen befähigt sein, die Palliative Care Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner rechtzeitig zu erkennen und entsprechend zu handeln. Wenn Institutionen bestimmte Qualitätskriterien erfüllen, steigen die Chancen für eine bedarfsgerechte Versorgung. Andererseits müssen die Institutionen der Langzeitpflege, Wohnheime etc. bei komplexen Palliative Care Situationen, Krisen oder Notfällen jederzeit auf spezialisiertes Fachwissen zugreifen können, z.B. die spezialisierten mobilen Dienste der Spitex, spezialisierte Palliativstationen oder Hospize (vgl. Kap. 2.3).

In der Stadt Zürich besteht ein Angebot von rund 6500 bewilligten Pflegeplätzen in rund 90 Institutionen der Langzeitpflege und -betreuung,⁹ pro Jahr weisen diese Institution zusammen über 2 Mio. Aufenthaltstage aus¹⁰ (siehe auch Tab. 2). Die Stadt Zürich ist mit ihren Pflegezentren und Alterszentren direkt als Leistungserbringerin tätig: Etwas mehr als die Hälfte des Angebots wird von den städtischen Pflegezentren (rund 1500 Plätze) und Alterszentren (knapp 2000 Plätze) abgedeckt, die restlichen Plätze werden von privaten, grösstenteils gemeinnützigen Institutionen getragen. Hinzu kommen rund 2200 grösstenteils betagte Mieterinnen und Mieter der Stiftung Alterswohnungen der Stadt Zürich (SAW), die jedoch hier nicht als sozialmedizinische Institution gezählt wird; mit der pflegerischen Versorgung via Spitex SAW (Mitgliedorganisation der städtisch beauftragten Spitex Zürich) sind die Angebote der SAW im Kontext der Palliative Care Versorgung dem ambulanten Sektor zuzuordnen (vgl. Kap. 2.2.1).

	Altersgruppen (Jahre)							Gesamt
	bis 64	65 - 69	70 - 74	75- 79	80 - 84	85 - 89	90+	
Bewohnende am 13.12.2016	421	176	321	470	905	1 566	1 938	5 797
Eintritte im Jahr 2016	267	138	246	420	693	1 007	876	3 647

Tab. 2: Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner sowie jährliche Eintritte in Institutionen der Langzeitpflege in der Stadt Zürich (städtische und private Institutionen) nach Alter; Quelle: Gesundheitsdirektion, Kenndaten Langzeit, 2016 (eigene Darstellung)

Palliative Care in den Pflegezentren und Alterszentren des GUD

⁹ Kantonale Pflegeheimliste, GD Zürich, www.gd.zh.ch/heime

¹⁰ Kenndaten Langzeit, GD Zürich, www.gd.zh.ch

Die städtischen Pflegezentren (PZZ) umfassen sieben Betriebe an neun Standorten sowie 12 Pflegewohngruppen und verfügen insgesamt über 1500 Pflegebetten. Die PZZ versorgen vor allem hochbetagte Menschen, die intensive Pflege, Betreuung und medizinische Versorgung benötigen. Etwa die Hälfte der Bewohnerinnen und Bewohner lebt in einer auf Demenz spezialisierten Abteilung.

Die PZZ verfügen über eine vergleichsweise gute Fachexpertise in Palliative Care: Mit eigenen Fachärztinnen und Fachärzten für Allgemeine Innere Medizin und Geriatrie und einer mindestens eintägigen Grundschulung in Palliative Care für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Pflege und Betreuung, bieten die PZZ eine kompetente palliative Betreuung. Seit 2013 besteht bei den PZZ ein übergeordnetes, interprofessionelles Konzept, das auf den nationalen Strategie und der Vorgaben aufbaut. Die Pflegezentren Mattenhof und Irchelpark tragen zudem seit 2014 das Label «Qualität in Palliative Care» von *qualité palliative*. Kürzlich wurde im Pflegezentrum Mattenhof eine spezialisierte Abteilung für Palliative Care eröffnet (für Erwachsene ab 18 Jahren; vgl. Kap. 2.3.3).

Im Vergleich zu den PZZ benötigen die Bewohnerinnen und Bewohner der 23 städtischen Alterszentren (ASZ) im Durchschnitt weniger Pflege; aber auch bei erhöhtem Pflege- und Betreuungsbedarf können Bewohnerinnen und Bewohner grundsätzlich bis ans Lebensende im Alterszentrum wohnen. 2017 haben die ASZ ein für alle Zentren einheitliches Konzept Palliative Care erarbeitet und gegenwärtig wird ein Bildungskonzept Palliative Care erstellt, welches die Anforderungsprofile für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hinsichtlich Palliative Care definiert. Ziel ist, dass in jedem Zentrum eine fachverantwortliche Person über vertieftes Fachwissen in Palliative Care verfügt und alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Bereich Betreuung und Pflege ein Grundlagenwissen in Palliative Care aufweisen. Bei Bedarf erhalten Bewohnerinnen und Bewohner ein Palliative Care spezifisches Assessment. In den ASZ sind niedergelassene Hausärztinnen und -ärzte für die medizinische Versorgung verantwortlich; bei komplexen Situationen im Rahmen einer Palliative Care Betreuung steht auch der geriatrische Konsiliardienst des Stadtspitals Waid zur Unterstützung der Hausärztinnen und -ärzte zur Verfügung. Die ASZ kooperieren entsprechend in der Palliative Care interprofessionell mit externen Ärztinnen und Ärzten, aber auch mit Fachpersonen aus Psychologie, Pharmazie, Seelsorge und weiteren Therapieberufen.

Palliative Care in privaten Institutionen der Langzeitpflege

In der Stadt Zürich existieren 26 private Institutionen mit rund 1700 Plätzen. Hinsichtlich der Versorgung mit Palliative Care in diesen grösstenteils gemeinnützigen Institutionen der Langzeitpflege fehlen systematische Daten. Die Expertengruppe schätzt die Situation als heterogen ein.

Herausforderungen und Lücken

Eine zentrale Lücke im Bereich der stationären Langzeitpflege ist aus Sicht der Expertengruppe der bislang fehlende Zugang zu spezialisierten Palliative Care Leistungen (vgl. Kap. 2.3) für Bewohnerinnen und Bewohner *innerhalb* der Institutionen. Davon ausgenommen sind die städtischen Pflegezentren mit ihrem umfassenden Palliative Care Angebot. In den übrigen Institutionen müssen Bewohnerinnen und Bewohner in instabilen Situationen und Krisen bzw. mit komplexen Palliative Care Bedürfnissen in der Regel verlegt werden – in Spitäler, Palliativstationen oder Hospize. Da spezialisierte mobile

Dienste zu ambulanten Tarifen und Leistungen der Pflege in Heimen nach stationären Tarifen abgerechnet werden, ist eine «Parallelfianzierung» momentan nicht möglich. Alters- und Pflegeheime, die spezialisierte mobile Spitexdienste in Anspruch nehmen, können diese nicht weiterverrechnen. Entsprechend sind solche Fälle in der Praxis sehr selten (die Fachstelle Palliative Care der Spitex Zürich Limmat berichtet aktuell von einem Fall). Auch der grosse Mangel an ambulant tätigen Palliative Care Ärztinnen und Ärzten erschwert eine spezialisierte Versorgung in den Institutionen der Langzeitpflege.

Um die Situation für die Bewohnerinnen und Bewohner von Institutionen der Langzeitpflege zu verbessern, soll in Zukunft auch der Bedarf nach spezialisierter Palliative Care möglichst im Heim in der gewohnten Umgebung abgedeckt werden können. Pflege- und Betreuungspersonen sollen darin unterstützt werden, Bewohnerinnen und Bewohner auch in komplexen und instabilen Palliative Care Situationen in den Institutionen der Langzeitpflege zu betreuen. Damit würden die Bewohnerinnen und Bewohner von Institutionen der Langzeitpflege den von der Spitex betreuten, zu Hause lebenden Pflegebedürftigen, gleichgestellt.

Ähnlich wie in der ambulanten Grundversorgung werden Palliative Care Bedürfnisse bei Patientinnen und Patienten in der stationären Langzeitpflege nach Meinung der Expertengruppe teils ungenügend, unsystematisch, oder verspätet identifiziert (hierbei wurde nicht explizit zwischen städtischen und privaten Institutionen unterschieden). Standardisierte, Palliative Care spezifische Assessment- und Verlaufsinstrumente würden im Langzeitbereich selten bis gar nicht verwendet. Die Einschätzung hinsichtlich der palliativen Bedürfnisse geht bei Pflegepersonen offenbar auseinander (es herrscht kein einheitliches Verständnis, welche Bewohnerinnen und Bewohner «Palliative Care Patienten» sind).

Gemäss Erfahrungen aus den Spitälern und der spezialisierten Palliative Care Dienste sind die Wünsche von Patientinnen und Patienten in Institutionen der Langzeitpflege nicht in allen Fällen bekannt bzw. dokumentiert. Das erschwert die Wahrung der Selbstbestimmung von Patientinnen und Patienten. Angehörige und Fachpersonen werden z.B. in Krisen unter Zeitdruck mit schwierigen Entscheidungen konfrontiert, die bei gezielter vorausschauender Planung vorweggenommen werden könnten.

Zu den grössten Herausforderungen in der palliativen Versorgung betagter Menschen gehört der fließende Übergang zwischen «normaler» geriatrischer und palliativer geriatrischer Versorgung¹¹. In den Expertenworkshops wurde bestätigt, dass palliative Bedürfnisse von geriatrischen Patientinnen und Patienten oft sehr spät erkannt werden. Auch die Symptombehandlung kann durch Komorbiditäten und Arzneimittelreaktionen erschwert sein. So haben ältere Menschen ein höheres Risiko, dass Gesundheitsbeschwerden chronisch werden und sie in der Folge ihre Autonomie verlieren. Diese Besonderheiten müssen in der palliativen Versorgung von geriatrischen Patienten berücksichtigt werden. Inzwischen hat sich in der Behandlung und Pflege von schwer chronisch kranken betagten Menschen der Begriff «Geropalliative Care»¹² etabliert. Der Ansatz der

¹¹ Steudter, E. (2018). Palliative Care bei alten Menschen. *NOVAcura* 1/18

¹² Lee, S. & Coakley, E. (2011). Geropalliative Care A Concept Synthesis. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 13 (4), p. 242–248.

geropalliativen Pflege umfasst die reflektierte Auseinandersetzung darüber, wie unnötiges Leiden von betagten Menschen vermieden und die Lebensqualität aufrecht erhalten werden kann. Deshalb gilt es, die Behandlungsansätze der geriatrischen und palliativen Behandlung und Pflege frühzeitig zu kombinieren. Regelmässige geleitete Fallbesprechungen könnten einen wichtigen Beitrag dazu leisten, die Palliative Care Expertise bei geriatrischen Patientinnen und Patienten in der Stadt Zürich auszubauen und zu vertiefen.

2.2.3 Stationärer Akutbereich (Spitäler)

Leistungen der allgemeinen Palliative Care gehören grundsätzlich zur Basisversorgung aller Akutspitäler (Gesundheitsdirektion Kanton Zürich; Basispaket Version 2017.2). Lediglich Patientinnen und Patienten, die auf spezialisierte Palliative Care Leistungen angewiesen sind, sollen an einem Kompetenzzentrum für Palliative Care behandelt werden. Die palliative Grundversorgung im Spital umfasst neben der körperlichen Symptombehandlung (z.B. Schmerztherapie) auch rehabilitative und präventive Massnahmen sowie psychosoziale Betreuung. Akutspitäler spielen auch eine wichtige Rolle bei der anfänglichen Erkennung von palliativen Bedürfnissen – etwa wenn sich die Behandlungsmöglichkeiten im Rahmen einer chronischen Erkrankung erschöpfen oder phasenweise unterbrochen werden müssen. Gewisse Fachbereiche – z.B. Akutgeriatrie, Onkologie oder Intensivmedizin sind dabei häufiger betroffen. Es gilt in diesen Bereichen auch zu erkennen, wann sich kurative und palliative Massnahmen ergänzen können.

Die grössten Spitäler, welche die Bevölkerung der Stadt Zürich und der umliegenden Gebiete versorgen und einen wichtigen Beitrag in der allgemeinen Palliative Care leisten, sind:

- Das UniversitätsSpital Zürich: Es versorgt jährlich über 40 000 stationäre Patientinnen und Patienten, bietet eine breite medizinische Grundversorgung sowie Spitzenmedizin und ist zusätzlich aktiv in Forschung und Lehre.
- Das Stadtspital Triemli: Es versorgt jährlich über 20 000 stationäre Patientinnen und Patienten und bietet eine breite medizinische Grundversorgung als auch hochspezialisierte Medizin.
- Das Stadtspital Waid: Es versorgt jährlich knapp 9000 stationäre Patientinnen und Patienten, bietet eine breite medizinische Grundversorgung und betreibt die universitäre Klinik für Akutgeriatrie.
- Spital Zollikerberg: Es versorgt jährlich über 10 000 stationäre Patientinnen und Patienten und bietet eine breite medizinische Grundversorgung.
- Die Klinik Hirslanden (Standort Hirslanden): Sie versorgt jährlich über 18 000 stationäre Patientinnen und Patienten, wobei der Anteil zusatzversicherter Patientinnen und Patienten hoch ist.

Herausforderungen und Lücken

Beim Spitaleintritt oder im Verlaufe einer stationären Therapie werden die Palliative Care Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten gemäss Expertengruppe nicht immer rechtzeitig erkannt. So kann es vorkommen, dass bei einem (meist notfallmässigen) Spitaleintritt die Behandlungsziele nicht rasch geklärt werden und es zu Abklärungen und Behandlungen kommen kann, die bei einer besseren Dokumentation der Behandlungsziele vermeidbar wären. Zusätzlich verweist die Expertengruppe darauf, dass palliative Massnahmen auch in Zürcher Akutspitälern teilweise eher zu spät eingeleitet werden. Deshalb ist es wichtig, dass Fachpersonen in Akutspitälern vermehrt erkennen, wann palliative Massnahmen die kurativen Massnahmen ergänzen könnten und diese Thematik auch gegenüber den Patientinnen und Patienten frühzeitig angesprochen wird.

2.2.4 Weitere Akteure in der Palliative Care Versorgung

a) Angehörige und nahestehende Bezugspersonen

Die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen bzw. nahestehenden Bezugspersonen stehen im Zentrum der palliativen Behandlung und Betreuung. Die schwere Krankheit und die Zeit des Sterbens einer nahestehenden Person ist für viele Angehörige eine in vielerlei Hinsicht belastende Situation, da sie zugleich Betreuende und emotional Betroffene sind. Es ist deshalb wichtig, dass sie entsprechende Unterstützung erhalten und in Entscheidungen miteinbezogen werden.

Im Kanton Zürich ist die Zahl der Ein-Personen-Haushalte in den letzten vierzig Jahren von 22 auf 40 Prozent angestiegen. Dies macht deutlich, dass Freiwillige in der Begleitung von schwer kranken und sterbenden Menschen eine immer wichtigere Bedeutung haben. Die Stadt Zürich wie auch andere Fachorganisationen setzen sich für eine gute Unterstützung von Angehörigen und Freiwilligen sowie für ein gut funktionierendes Netzwerk mit den behandelnden Fachpersonen und Institutionen ein.

b) Freiwilligenorganisationen im Bereich Palliative Care

Die Freiwilligenorganisationen im Bereich Palliative Care, welche in der Stadt Zürich tätig sind, arbeiten eng mit der Spitex, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, Spitälern und Heimen zusammen. Die freiwilligen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden in Kursen auf die anspruchsvolle Aufgabe vorbereitet, schwer kranke und sterbende Menschen und ihre Angehörigen zu begleiten. Drei Freiwilligenorganisationen sind in der Stadt Zürich tätig:

- Zürcher Vereinigung zur Begleitung Schwerkranker ist seit über 30 Jahren aktiv. In den letzten Jahren waren rund 20 freiwillige Helferinnen und Helfer für jährlich 1000 Betreuungsstunden im ganzen Kanton Zürich im Einsatz.
- Wollishofer Vereinigung Begleitung in der letzten Lebensphase wird von Wollishofer Institutionen im Pflegebereich, den Kirchgemeinden und weiteren Körperschaften getragen. In den letzten Jahren waren 10 freiwillige Helferinnen und Helfer für jährlich rund 300 Betreuungsstunden im Einsatz.
- PACE (Palliative Care ergänzender Begleitsdienst) bietet Nacht- und Krisenbegleitung in sämtlichen Häusern der Pflegezentren der Stadt Zürich an. Im 2017 waren 60 freiwillige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter rund 300 Mal im Einsatz.

c) Fachorganisationen und Fachdienste für Palliative Care

Palliative zh+sh: Die regionale Fachgesellschaft für Palliative Care vertritt Palliative Care spezifische Anliegen regional und kantonale. Sie fördert den gegenseitigen Erfahrungsaustausch von im Kanton tätigen Fachpersonen und Institutionen und erleichtert dadurch Übergänge zwischen den verschiedenen Anbietern. Erreicht wird dies durch regelmässig stattfindende Veranstaltungen, durch die Entwicklung von Arbeitsinstrumenten, welche auf der Website heruntergeladen werden können und durch den Aufbau einer themenspezifischen Datenbank.

Damit Menschen am Ort ihrer Wahl gepflegt werden können, bietet die Fachgesellschaft beispielsweise eine 24h-Beratungshotline für Fachpersonen und Spezialistinnen, die so in besonders schwierigen Situationen Unterstützung erhalten. Palliative zh+sh engagiert sich mit politischen Vorstössen, konzeptioneller Arbeit, mit dem Aufbau von Spezialangeboten und im Rahmen des kantonalen Leistungsauftrags mit Öffentlichkeitsarbeit, um Palliative Care bei Fachpersonen und der breiten Bevölkerung bekannt zu machen.

Pallifon: Das Pallifon ist eine kostenlose Notrufnummer für Palliativpatientinnen und -patienten, ihre Angehörigen und Betreuungspersonen. Ein speziell geschultes Fachteam des Ärztelefons steht kompetent rund um die Uhr und kostenlos zur Verfügung. Das Pallifon bietet Unterstützung für Palliativpatientinnen und -patienten, die in eine Notsituation geraten. Kann die Notsituation vor Ort behoben werden, erspart dies Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen eine belastende Notfallhospitalisierung.

d) Nicht palliativ-spezifische Unterstützungsdienste

Ärztefon: Seit Anfang 2018 gibt es im ganzen Kanton Zürich eine rund um die Uhr verfügbare Notfallnummer, die Patientinnen und Patienten anrufen können, die zwar krank sind, aber nicht notfallmässig ins Spital eingeliefert werden müssen. Je nachdem werden die Anruferinnen und Anrufer an die Notfalldienst leistenden Ärztinnen und Ärzte vermittelt oder im Bedarfsfall auch an andere geeignete Leistungserbringer wie Spitäler, Spitex oder den Rettungsdienst. Das Pallifon wird durch das Ärztefon betrieben. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind in der Lage Palliative Care Situationen zu erkennen und entsprechend zu handeln.

Schutz und Rettung: Der Rettungsdienst von Schutz & Rettung setzt rund um die Uhr gut ausgebildete, diplomierte Rettungssanitäterinnen und -sanitäter ein und verfügt über ein umfassendes Notarztsystem.

e) Gemeinnützige Gesundheitsorganisationen mit Bezug zu Palliative Care

Verschiedene Gesundheitsligen und Vereine setzen sich für die Anliegen von Patientinnen und Patienten mit chronischen, unheilbaren Krankheiten ein. Ihre Aktivitäten sind vielseitig und erstrecken sich von Information und Beratung über Therapie, Betreuung und Begleitung bis zum Lobbying. Folgende Organisationen können bei der Palliative Care eine Rolle spielen: Krebsliga, Lungenliga, Alzheimervereinigung, ALS Verein, Herzstiftung (keine abschliessende Aufzählung).

- f) Fachärztinnen und -ärzte mit Bezug zu Palliative Care (Onkologie, Geriatrie, Kardiologie, Pneumologie, Nephrologie, Hepatologie)

Die moderne Palliativmedizin ist breit gefächert und die «Sterbenden der Zukunft» werden zu einem hohen Anteil an Multimorbidität und Demenz leiden. In diesem Sinne betrifft Palliative Care als übergeordnete Disziplin die Fachbereiche Onkologie, Geriatrie, Innere Medizin und Disziplinen, die Patientinnen und Patienten mit chronisch fortschreitenden Krankheiten behandeln.

- g) Weitere Berufsgruppen mit Bezug zu Palliative Care

Als medizinisches Querschnittsfach basiert die Palliative Care neben einer guten Zusammenarbeit von verschiedenen Fachdisziplinen auch auf einer guten Zusammenarbeit der verschiedenen beteiligten Berufsgruppen. Neben den Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegerinnen und Pflegern leisten auch Psychologinnen und Psychologen, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter sowie Seelsorgerinnen und Seelsorger einen wichtigen Beitrag zur bestmöglichen Lebensqualität von schwer kranken Menschen.

Fachpersonen der Psychologie und Psychoonkologie

Bei vielen Patientinnen und Patienten in palliativen Situationen sind neben körperlichen Beschwerden auch psychische Belastungen vorhanden. Im palliativen Behandlungskontext sind vor allem unterstützende und bedürfnisorientierte Interventionen wichtig. Im Allgemeinen besteht das Ziel des psychologischen/therapeutischen Angebots darin, die emotionale Belastung zu lindern und das psychische Wohlbefinden zu fördern. Auf den Palliativstationen sind Psychologinnen und Psychologen Teil des interprofessionellen Teams.

Fachpersonen der Sozialen Arbeit

Die Bedürfnisse und Probleme eines unheilbar kranken Menschen können neben dem gesundheitlichen Zustand auch sein persönliches Umfeld, das Berufs- und Sozialleben, die Wohnsituation oder die finanzielle und sozialrechtliche Lage betreffen. Fachpersonen der Sozialen Arbeit können fehlende Behandlungs- und Betreuungsmöglichkeiten wie auch schwierige finanzielle Situationen identifizieren sowie entsprechende Massnahmen planen und organisieren. Angebote der Sozialen Arbeit gibt es im Spital mit dem Spitalsozialdienst sowie in Behindertenheimen und Tageseinrichtungen. Im ambulanten Bereich gibt es unter anderem Angebote der Pro Infirmis (für Personen mit IV-Rente), Pro Senectute oder Gesundheitsligen.

Allerdings ist der Zugang zu psychologischer und sozialer Unterstützung für Palliative Care Patientinnen und Patienten zu Hause erschwert, weil Hausbesuche von diesen Berufsgruppen durch die Krankenkassen nicht abgegolten werden. Für eine Kostenübernahme durch die Krankenkassen müssen Psychologinnen und Psychologen unter einem Dach mit einer Psychiaterin/einem Psychiater oder mit entsprechend ausgebildeten Ärztinnen/Ärzten arbeiten und von diesen delegiert werden. Auf Grund dieser Hürde werden sie von den Mobilien Palliative Care Teams nur punktuell beigezogen und sind momentan nicht Teil der ambulanten interprofessionellen Teams.

Seelsorgerinnen und Seelsorger

Mit fortschreitender Krankheit nimmt für unheilbar kranke Menschen häufig die Bedeutung religiös-spiritueller Fragen zu. Die spirituelle Unterstützung wird oft im Rahmen der «Spiritual Care» angeboten. In der Stadt Zürich verfügen Spitäler und Pflegeheime meist über interne oder für die Institution zuständige Seelsorgerinnen und Seelsorger, welche regelmässig Besuche bei den Patientinnen und Patienten oder Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern tätigen. Im ambulanten Bereich sind die regionalen Kirchgemeinden für die Zusammenarbeit mit den medizinischen Fachpersonen zuständig. Im letzten Jahr wurde eine Seelsorge-Hotline eingerichtet, die eng mit der öffentlichen Spitex zusammenarbeitet und innerhalb von 24-Stunden eine Begleitperson organisiert. Die Kosten für die Seelsorge-Hotline werden von der katholischen und reformierten Kirche getragen, das Angebot ist für alle Anrufenden kostenlos.

2.3 Spezialisierte Palliative Care

Patientinnen und Patienten der spezialisierten Palliative Care stellen im Vergleich zur allgemeinen Palliative Care eine kleinere Gruppe dar. Schätzungsweise 20 Prozent aller Personen in einer palliativen Situation benötigen im Verlauf ihrer Behandlung und Betreuung einmal oder mehrmals spezialisierte Palliative Care Leistungen, sei es vorübergehend bei Krisen und zur Stabilisierung komplexer Symptome oder über längere Phasen, teilweise auch weil das bisherige Betreuungsnetz an die Grenzen von Belastbarkeit und Kompetenzen stösst.

Die Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten der spezialisierten Palliative Care umfassen laut nationalem Rahmenkonzept:

- Linderung schwer belastender Symptome, das heisst einer Kombination von solchen Symptomen, die durch die bisherigen Massnahmen nicht verbessert werden konnten und die Lebensqualität massiv beeinträchtigen;
- schwierige Entscheidungsfindungen unter Einschluss der Beendigung lebensverlängernder Massnahmen, die ein interprofessionelles Palliative Care Team nötig machen;
- intensive Unterstützung aufgrund des schlechten Allgemeinzustands, etwa bei der Klärung der ambulanten oder stationären Unterbringung, bei besonderen Herausforderungen im Umfeld der Betreuung, bei einer Überlagerung von physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Leiden;
- intensive Unterstützung der Bezugspersonen, die durch den bisherigen Krankheitsverlauf und durch andere Faktoren grossem Stress ausgesetzt sind.

Aufgrund der Komplexität der Patientenbedürfnisse benötigen Leistungserbringende in der spezialisierten Palliative Care ein spezialisiertes Kompetenzniveau und Fachwissen (vgl. Kap. 1.1.1). Wie auch in der allgemeinen Palliativen Care ist ein interprofessionelles Team erforderlich und die Patientinnen und Patienten werden in verschiedenen Settings betreut:

- Ambulante Versorgung: Mobile Palliative Care Teams und niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte mit Palliative Care Spezialisierung;

- Akut-stationäre Versorgung: Spezialisierte Palliative Care Konsiliardienste in Akutspitälern, spezialisierte Palliativstationen in Akutspitälern;
- Langzeitpflege: Hospize oder spezialisierte Palliative Care Abteilungen in Pflegeheimen.

Spezialisierte Dienste und Fachpersonen haben eine doppelte Funktion: Sie unterstützen die Leistungserbringer in der allgemeinen Palliative Care, indem sie diese beraten oder anleiten (sogenannte «second line» Versorgung) und sie betreuen Patientinnen und Patienten direkt (sogenannte «first line» Versorgung). Der rechtzeitige Beizug von Palliative Care Spezialisten und das Zusammenspiel zwischen der spezialisierten und allgemeinen Palliative Care ist für die bedarfsgerechte Versorgung von Patientinnen und Patienten äusserst wichtig. Deshalb wurden Indikationskriterien entwickelt¹³, welche die Übergänge von der allgemeinen in die spezialisierte Palliative Care klären sollen.

Besondere Herausforderungen der spezialisierten Palliative Care betreffen die Schnittstellen mit anderen Leistungserbringern, so zum Beispiel:

- kurzfristige und/oder späte Zuweisungen von Palliative Care Patientinnen und Patienten von anderen Leistungserbringern;
- Gewährleistung der Behandlungskontinuität einzelner Patientinnen und Patienten über verschiedene Settings hinweg, sowohl in Notfallsituationen als auch während längerer Zeit.

2.3.1 Spezialisierte Palliative Care im ambulanten Setting

Die meisten Palliative Care Patientinnen und Patienten, auch solche in instabilen Situationen und mit komplexen Bedürfnissen, möchten möglichst im gewohnten Umfeld – sei das zu Hause oder in einer Institution der Langzeitpflege – betreut werden. Durch den Einbezug des bestehenden Versorgungsnetzes, vorausschauende Planung und Dank spezialisierten mobilen Palliative Care Diensten, kann dies in den meisten Fällen ermöglicht werden, evtl. in Kombination mit einem (vorübergehenden, geplanten) stationären Aufenthalt und einer möglichst nicht verzögerten Rückverlegung in das gewohnte Umfeld.

a) Mobile Palliative Care Dienste

In der Stadt Zürich sind hauptsächlich zwei spezialisierte mobile Palliative Care Teams tätig: Die Fachstelle Palliative Care der Spitex Zürich Limmat und der Fachdienst Palliative Care der Spitex Zürich Sihl. In beiden Teams sind speziell qualifizierte Pflegefachpersonen tätig, die untereinander einen intensiven fachlichen Austausch pflegen und eng mit ihren Kolleginnen und Kollegen der öffentlichen Spitex Zürich oder mit privaten Spitex-Organisationen zusammenarbeiten. In Ausnahmefällen und in Absprache mit den städtischen Teams übernimmt die Onko-Spitex krebserkrankte Patientinnen und Patienten in der Stadt Zürich. Die Kinder-Spitex Kanton Zürich (kispex) versorgt schwer kranke

¹³ BAG (2011): Indikationskriterien für spezialisierte Palliative Care

Kinder zu Hause mit Leistungen der allgemeinen wie auch der spezialisierten Palliative Care.

Das spezialisierte Palliative Care Pflorgeteam der Fachstelle Palliative Care von Spitex Zürich Limmat betreut mit etwa sechs Vollzeitstellen rund 350 Patientinnen und Patienten, das spezialisierte Palliative Care Team des Fachdienstes von Spitex Zürich Sihl mit etwa zweieinhalb Vollzeitstellen rund 100 Patientinnen und Patienten pro Jahr (Angaben aus dem Jahr 2018). Die überwiegende Mehrheit dieser Patientinnen und Patienten sind krebskrank (rund 80 Prozent, Angaben der Fachstelle Palliative Care von Spitex Zürich Limmat). Die meisten Patientinnen und Patienten werden von der Spitex oder dem Spital (je rund ein Drittel), einige von Hausärztinnen und -ärzten überwiesen. Weitere Überweisungen stammen aus Spitalambulatorien oder aber die Angehörigen avisieren die Fachstelle bzw. den Fachdienst (je ca. 10 Prozent). Nur ausnahmsweise werden Patientinnen und Patienten aus der stationären Langzeitpflege angemeldet.

Für mobile Palliative Care Dienste sind Leistungs- und Qualitätskriterien definiert¹⁴. Das GUD hat mit Spitex Zürich im Jahr 2013 vereinbart, dass für diese spezialisierten Leistungen zusätzliche Beiträge entrichtet werden. Die Kosten von jährlich rund einer halben Million Franken sind vergleichsweise gering (die gesamten Pflegebeiträge der Gemeinde an öffentliche und private Spitex-Organisationen belaufen sich auf mehr als 39 Mio. Franken jährlich), insbesondere wenn bedacht wird, dass durch den Einsatz mobiler Teams auch Notfallhospitalisationen und stationäre Aufenthalte reduziert werden können.

Herausforderungen und Lücken

Obwohl die mobilen Palliative Care Dienste in der Stadt Zürich vergleichsweise gut etabliert sind, ist nicht auszuschliessen, dass Patientinnen und Patienten zu Hause trotz Bedarf eher zu spät oder gar nicht durch mobile Palliative Care Teams versorgt werden. Der Anteil von lediglich 20 % der Patientinnen und Patienten, die keine Krebserkrankung haben, ist ein Hinweis darauf, dass noch nicht alle Betroffenen Zugang zur spezialisierten Versorgung erhalten. Für diese Patientinnen und Patienten bieten Informationen über Palliative Care oder auch das Pallifon Zugang zur spezialisierten Versorgung.

Eine weitere Versorgungslücke besteht darin, dass die mobilen Palliative Care Teams in der Stadt Zürich zwar rund um die Uhr erreichbar, aber nicht ständig einsatzbereit sind. Bei Bedarf übernimmt die Nacht-Spitex diese Fälle unter Anleitung der spezialisierten Teams. Auch der Zugang zu psychologischer, sozialer oder spiritueller Unterstützung ist für Palliative Care Patientinnen und Patienten zu Hause erschwert, da – wie bereits mehrfach ausgeführt – diese Berufsgruppen Hausbesuche nicht verrechnen können bzw. Seelsorgerinnen und Seelsorger auch wenig Hausbesuche machen. Deshalb wird empfohlen, dass mobile Teams möglichst interprofessionell zusammengesetzt sind.

In den Workshops haben die Expertinnen und Experten von weiteren Herausforderungen im ambulanten Setting berichtet, die die Versorgung von Palliative Care Patientinnen und Patienten in der Stadt Zürich erschweren können, allen voran Folgende:

- Bedingt durch eine fehlende Definition von verbindlichen Prozessen kommt es zu einer Schnittstellenproblematik zwischen dem Spital und der Pflege zu Hause. Oft fehlt

¹⁴ Qualitätslabel, SPaC-Leistungsvertrag, Muster, www.spac.ch

eine systematische und strukturierte Übergabe und Übernahme von Patientinnen und Patienten zur Sicherstellung einer optimalen Kontinuität der Betreuung. Wegen mangelnder vorausschauender Planung finden Überweisungen häufig noch zu kurzfristig statt, die Patientendokumentation ist unvollständig, die Behandlungsziele ungeklärt und die Wünsche der Patientinnen und Patienten unbekannt.

- Patientinnen und Patienten und ihnen nahestehende Bezugspersonen sind nicht vorbereitet auf die neue Situation und von der plötzlichen Auseinandersetzung mit dem Lebensende überfordert.
- Nicht immer ist die Versorgung von Palliative Care Patientinnen und Patienten zu Hause mit dringend benötigten, verschreibungspflichtigen Medikamenten und Hilfsmitteln (z.B. Sauerstoff) sichergestellt. Sind diese nicht rechtzeitig verfügbar, kann dies zu Krisensituationen und im schlimmsten Fall zu Hospitalisationen führen.
- Die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Hausärztinnen und -ärzten kann aufgrund geringer Ressourcen, Kenntnissen oder Kompetenzen oder wegen mangelnder Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit den mobilen Teams schwierig sein und zu Verzögerungen bei klinischen Entscheidungen führen (z.B. Verordnung, Verschreibung).
- In der Stadt Zürich gibt es zu wenig ärztliche Palliativspezialistinnen und -spezialisten, die ambulant tätig sind und die mobilen Teams unterstützen. Die mobilen Palliative Care Dienste sind auf ärztliche Palliativspezialistinnen und -spezialisten angewiesen, die sich aktiv an der Betreuung der Patientinnen und Patienten beteiligen und durchgehend telefonisch erreichbar sind.

b) Niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte mit Spezialisierung Palliative Care

In der Stadt Zürich praktizieren zur Zeit drei Fachärztinnen, die in Palliative Care Medizin spezialisiert sind, die mobilen Palliative Care Teams unterstützen, an gemeinsamen Besprechungen teilnehmen und Patientinnen und Patienten auch zu Hause oder in einer Institution der Langzeitpflege besuchen und betreuen. Eine dieser drei Fachärztinnen ist ab November 2018 nicht mehr in der Stadt Zürich tätig.

Herausforderungen und Lücken

Die Expertengruppe ist sich einig, dass diese Versorgung durch die in Palliative Care spezialisierten Fachärztinnen aktuell unzureichend ist. Für diese Unterversorgung gibt es mehrere Gründe, wie z.B.:

- die unzureichende Vergütung der ärztlichen Leistungen über den TARMED-Tarif. Durch diese Sparmassnahme kann sich die aktuelle Unterversorgung von Palliative Care Patientinnen und Patienten zu Hause weiter verschärfen und sogar zu unerwünschten und teuren Hospitalisationen führen;
- die geringe Anzahl an Weiterbildungsplätzen, die anspruchsvolle ärztliche Weiterbildung und der vergleichsweise geringe Stellenwert des Fachgebiets innerhalb der Medizin.

2.3.2 Spezialisierte Palliative Care im Akutspital

Im Stadtspital Triemli gibt es seit fast sieben Jahren statt einer Palliativabteilung einen interprofessionellen Konsiliardienst für spezialisierte Palliative Care, der kürzlich mit dem Qualitätslabel für Palliative Care zertifiziert wurde. Dieser kann in besonders komplexen, instabilen Betreuungssituationen von den internen Behandlungsteams hinzugezogen werden. Der Dienst besteht aus zwei Palliativmedizinerinnen und einer Palliative Care Pflegeexpertin und bietet neben einer Erstbeurteilung, kollegialer Beratung und Fallbesprechungen auch eine intensivere Mitbetreuung der Patientinnen und Patienten sowie spitalinterne Fortbildungen an. Die Nachfrage nach dem Angebot ist über die Jahre deutlich gestiegen, so dass der Konsiliardienst entsprechend ausgebaut wurde. Im vergangenen Jahr (2017) hat das Konsiliarteam 466 Patientinnen und Patienten (davon 316 mit einer Krebserkrankung) in einer Erstberatung konsiliarisch betreut. Es fanden 357 Folgeberatungen, 182 Familiengespräche, 445 Beratungen von Pflegeteams und 57 Schulungen statt. Gemeinsam mit Betroffenen und Nahestehenden wurden insgesamt 145 Notfall-Massnahmenpläne erstellt. Die meisten vom Konsiliarteam betreuten Patientinnen und Patienten gehen nach dem Spitalaufenthalt nach Hause oder in eine Institution der Langzeitpflege. Ein kleiner Teil wird in eine Akutpalliativstation oder in ein Hospiz verlegt. Etwa ein Viertel der vom Konsiliarteam betreuten Patientinnen und Patienten verstirbt im Spital.

Im Vergleich zum oben erwähnten Konsiliardienst bietet eine spezialisierte Palliativstation Palliative Care Patientinnen und Patienten mit komplexen Bedürfnissen oder in instabilen Situationen eine umfassende Betreuung durch ein spezialisiertes, interprofessionelles Team an, welches rund um die Uhr präsent ist. Notfallaufnahmen sind jederzeit möglich und Austritte werden sorgfältig und mit Einbezug des ganzen Betreuungsnetzes vorbereitet. Mehrere Akutspitäler in und um die Stadt Zürich haben einen Leistungsauftrag für spezialisierte Palliative Care und betreiben eine spezialisierte Palliativstation:¹⁵

- Stadtspital Waid: Geplant sind zehn Akutbetten für spezialisierte Palliative Care. Die Station wurde im Frühling 2018 eröffnet, im Sommer 2018 waren fünf Betten in Betrieb; diese sind voll ausgelastet. Der schrittweise Ausbau der Kapazitäten ist nicht zuletzt auf die Arbeitsmarktsituation und den Fachkräftemangel zurückzuführen.
- UniversitätsSpital Zürich: acht Akutbetten, jährlich ca. 230 Patientinnen und Patienten (80 Prozent der Zuweisungen intern vom Universitätsspital; mehrheitlich onkologische Fälle).
- Spital Zollikerberg: spezialisierte Pflegestation mit zwölf Akutbetten für geriatrische Komplexbehandlungen und Palliative Care (Mischkonzept); jährlich ca. 180 Patientinnen und Patienten. Zuweisung mehrheitlich spitalintern, viele über die Notfallstation in der Nacht; mehrheitlich jüngere, onkologische Patientinnen und Patienten aus der Stadt Zürich und den umliegenden Gemeinden.
- Klinik Susenberg: 34 Akutbetten, welche auch Palliative Care Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen (Mischkonzept mit variabler Belegung durch Palliative Care Patientinnen und Patienten; die Klinik Susenberg hat kantonale Leistungsaufträge für Akutgeriatrie, internistisch-onkologische Rehabilitation und Palliative Care).

¹⁵ Spitalliste Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, Version 2018

Diese Palliativstationen sind mit dem Qualitätslabel für Palliative Care zertifiziert bzw. streben dieses an (Stadtspital Waid). Sie erfüllen damit wichtige Qualitätskriterien betreffend Medizin, Behandlung und Pflege. Die spezialisierten Teams können ihre Kolleginnen und Kollegen konsiliarisch unterstützen und sorgen gleichzeitig für Weiterbildungsplätze für Assistenzärztinnen und -ärzte im Fachgebiet Palliative Care. Der Leistungsauftrag beinhaltet neben der Betreuung von Palliative Care Patientinnen und Patienten auch die Beratung und Unterstützung von anderen Leistungserbringern, die Wahrnehmung der Schnittstellenfunktion zwischen ambulanter und stationärer Palliative Care, die Erarbeitung von Standards, die Bereitstellung von internen Bildungsangeboten und die Sensibilisierung von Fachpersonen und Öffentlichkeit.

Andere Spitäler auf Stadtgebiet mit einem breiten medizinischen Angebot (z.B. Klinik Hirslanden) arbeiten bei Bedarf mit spezialisierten Belegärztinnen und -ärzten oder überweisen ihre Patientinnen und Patienten an andere Spitäler mit einem entsprechenden Leistungsauftrag. Für schwer kranke Kinder gibt es im Kinderspital Zürich ein spezialisiertes pädiatrisches Palliative Care Team, das die Kinder und ihre Familien im Spital und ausserhalb betreut und begleitet.

Insgesamt gibt es in und um die Stadt Zürich zwischen 30 und 40 Akutbetten auf spezialisierten Palliativstationen, wobei diese nicht nur Patientinnen und Patienten aus der Stadt Zürich zur Verfügung stehen. Die Europäische Gesellschaft für Palliative Care empfiehlt für eine Bevölkerung von einer Million 80 bis 100 Palliativbetten.¹⁶ Insofern ist die Versorgung mit spezialisierter Palliative Care in Akutspitalern in etwa ausreichend.

Herausforderungen und Lücken

Die Fachgesellschaft Palliative Care und der Verband H+ der Schweizer Spitäler stellen fest, dass Palliativstationen im DRG-Tarifsysteem selten kostendeckend betrieben werden können, z.B. weil Palliative Care Patientinnen und Patienten intensiver betreut werden müssen, weil sie erst nach einer langen Behandlungskette intern auf die Palliativstation verlegt werden, weil ihr Zustand höchst instabil und schwer voraussehbar ist oder weil sie nur weiterverlegt werden können, wenn nachgelagerte Strukturen aufnahmebereit sind. Es gibt aber auch Beispiele, wo das gelingt (z.B. Spital Affoltern).

Eine Spitaleinweisung findet häufig notfallmässig statt und der Aufenthalt im Akutspital ist definitionsgemäss vorübergehend. Die Verweildauer der einzelnen Patientinnen und Patienten ist sehr unterschiedlich und auch von den lokalen Versorgungsstrukturen abhängig. Während des Aufenthalts sollen Palliative Care Patientinnen und Patienten stabilisiert und auf einen geregelten Austritt nach Hause oder in eine Institution der Langzeitpflege oder ein Hospiz vorbereitet werden. Dies entspricht meist den Patientenwünschen, welche sich aber auch ändern können, z.B. wenn Patientinnen und Patienten äusserst komplexe Bedürfnisse haben, wenn das Lebensende absehbar wird und eine Verlegung zu belastend wäre. Deshalb sind auch die Sterbephase und der Tod ein wichtiger Aspekt der Betreuung im Spital, wobei die Angehörigen und nahen Bezugspersonen mitberücksichtigt werden.

Ein möglicher Fehlanreiz für die bedarfsgerechte Versorgung besteht darin, dass die Akutversorgung im Vergleich zu anderen Betreuungssettings zwar am teuersten ist, die Palliative Care Patientinnen und Patienten selber aber am wenigsten dafür bezahlen

¹⁶ BAG (2012): Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz

müssen, weil im Spital die gesamten Kosten von den Kostenträgern übernommen werden. In einer Institution der Langzeitpflege (d.h. Altersheim, Pflegeheim, Hospiz) bezahlen die Patientinnen und Patienten zwar nur einen kleinen Anteil der Behandlungs- und Pflegekosten, jedoch die vollen Betreuungs- und Hotelleriekosten. Deswegen können die Patientinnen und Patienten aus Kostengründen einen Spitalaufenthalt bevorzugen. Als weitere Gründe für nicht-indizierte Spitalaufenthalte nennt die Expertengruppe Einzelfälle, in welchen Patientinnen und Patienten auf der Palliativstation auf ein frei werdendes Hospizbett warten oder auf eine Palliativstation eingewiesen werden, weil gerade keine Hospizbetten verfügbar sind.

Eine weitere Herausforderung für die bedarfsgerechte Versorgung stellt aus Sicht der Expertengruppe die mangelnde vorausschauende Planung im ambulanten Bereich dar, bei der Krisen nicht antizipiert und Behandlungswünsche der Palliative Care Patientinnen und Patienten nicht geklärt werden. Bei einem Eintritt über die Notfallaufnahme können deshalb unerwünschte Behandlungen und/oder eine unnötig lange Behandlungskette resultieren (z.B. Notfall, Intensivstation, Spezialstation). Um dies zu verhindern, wären eine rasche Klärung der Behandlungsziele und eine möglichst direkte Einweisung auf die Palliativstation wichtig.

2.3.3 Spezialisierte Palliative Care in einem Hospiz oder einer Pflegeabteilung

Palliative Care Patientinnen und Patienten mit anhaltend komplexen Bedürfnissen, die sich aber mehrheitlich in einem stabilen Zustand befinden, jedoch eine häusliche Betreuung nicht möglich ist, können in einem Hospiz oder einer spezialisierten Abteilung in einem Pflegeheim versorgt werden. In diesen spezialisierten Institutionen betreuen spezialisierte, interprofessionelle Palliative Care Teams die Patientinnen und Patienten rund um die Uhr. Pflegefachpersonen müssen rund um die Uhr präsent sein und ärztliches Personal muss immer erreichbar und rasch einsatzbereit sein. Pro Pflegebett sind 1,2 Vollzeitstellen einer Pflegefachperson vorgeschrieben. Um die ganzheitliche Betreuung zu gewährleisten, ergänzen Fachpersonen aus anderen Berufsgruppen (Psychologie, Sozialarbeit und Seelsorge) das interprofessionelle Team. Die nahestehenden Bezugspersonen werden miteinbezogen und können jederzeit und so lange sie möchten bei den Patientinnen und Patienten sein. Fast alle Patientinnen und Patienten versterben schliesslich auch im Hospiz bzw. in der Pflegeabteilung, wobei die Verweildauer wenige Tage bis zu mehreren Wochen betragen kann.

In und um die Stadt Zürich gibt es spezialisierte Institutionen, die auch Patientinnen und Patienten von ausserhalb der Stadt Zürich zur Verfügung stehen:

- Das Lighthouse mit 20 Betten gibt es seit 30 Jahren. Jährlich werden hier zwischen 60 und 75 Patientinnen und Patienten betreut.
- Das Pallivita Bethanien wurde 2008 eröffnet und 2016 in einem Neubau in Altstetten auf 16 Betten erweitert. Das Angebot wurde im Frühling 2017 auf acht Betten reduziert und im Herbst 2018 ganz geschlossen.
- Die Palliativabteilung im Pflegezentrum Mattenhof mit 15 Betten wurde anfangs 2018 eröffnet.

Zusätzlich bietet das Lighthouse seit Kurzem auch ein Tages- und Nachthospiz an, welches Patientinnen und Patienten eine umfassende Betreuung und gleichzeitig ein Verbleiben zu Hause und eine Entlastung der Angehörigen ermöglicht. Dieses Angebot wird noch wenig genutzt.

Weil es sich bei Hospizen bzw. spezialisierten Palliativabteilungen um eine längerfristige Betreuungslösung handelt, werden diese im Kanton Zürich nicht dem Akutbereich sondern der Langzeitpflege zugeordnet. Dies bedeutet für die Patientinnen und Patienten, dass sie nicht nur einen Anteil der Pflegekosten übernehmen, sondern auch für Betreuungskosten und Hotellerie aufkommen müssen.

Versorgungslandschaft Palliative Care für die Bevölkerung der Stadt Zürich: Rolle GUD

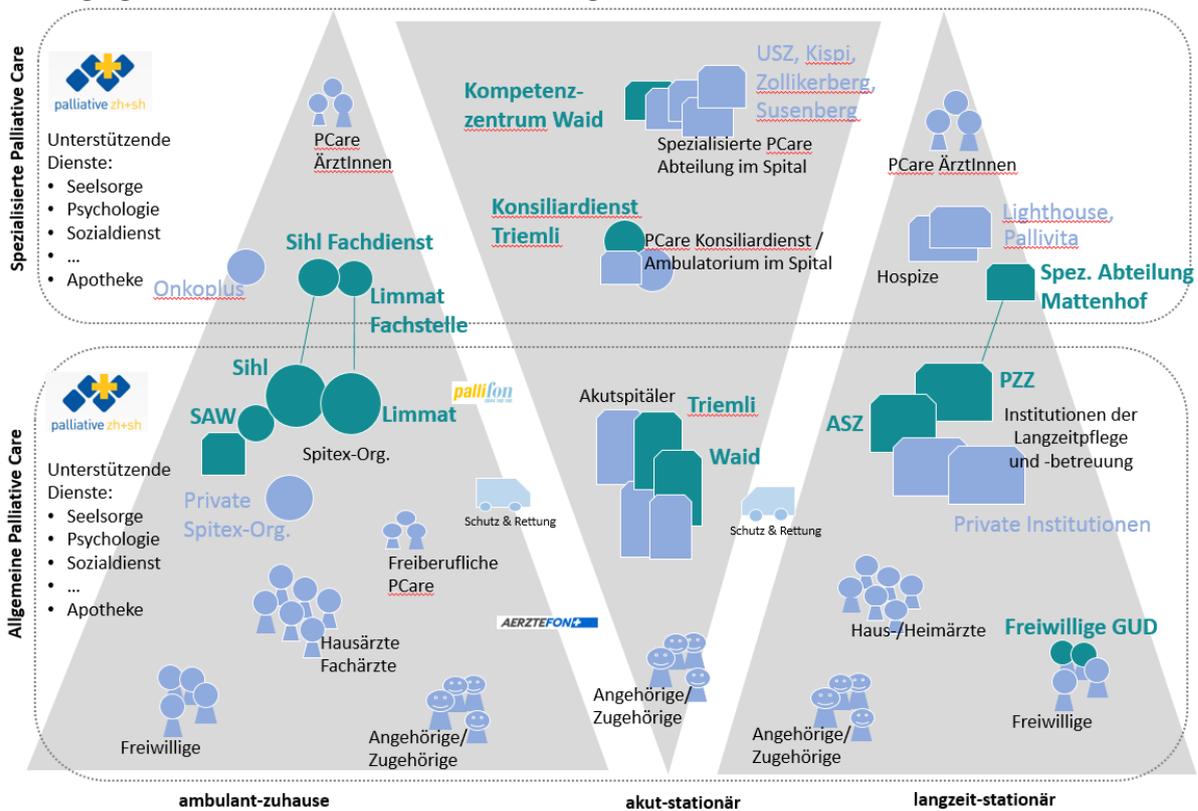


Abb. 3: Leistungserbringende in der Palliative Care der Stadt Zürich; in grüner Farbe die Stellen mit direktem Bezug zum GUD

2.4 Heutiger und künftiger Bedarf an Palliative Care

2.4.1 Datensituation zur Palliative Care

Die Datensituation zu Palliative Care wurde in der Schweiz erstmals 2012 im Rahmen der Nationalen Strategie erfasst.¹⁷ Bislang beschränken sich systematische Informationen zu Personen, die Palliative Care Leistungen erhalten, auf die medizinische Statistik

¹⁷ Junker (2012): Inventar der Datensituation über Palliative Care

der Krankenhäuser¹⁸ und eine Erhebung zum Gesundheitszustand betagter Personen in Institutionen.¹⁹ Die aktuelle Datensituation ist weiterhin sehr heterogen, da bislang eine einheitliche Operationalisierung fehlt, die für eine statistische Datenerfassung notwendig wäre. In den gängigen Instrumenten zur Erfassung des Pflegebedarfs bei ambulanter und stationärer Pflege (RAI/RUG; BESA) sind Leistungen der Palliative Care nicht separat abgebildet resp. Empfangende dieser Leistungen nicht systematisch identifizierbar. Das gleiche gilt für die Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) sowie die Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (Spitex). Neuere Kodierungsoptionen unter DRG (z.B. palliativmedizinische Komplexbehandlung) sind zwar sinnvoll um aufwändigere Leistungen besser abzubilden, solche Kodierungen sind aber nicht als verlässliche Datenbasis für Palliative Care Patientinnen und Patienten im Spital geeignet, weil sie situationsbezogen nur bei einem Teil der Patientinnen und Patienten mit einem Bedarf nach Palliative Care angewendet werden.

Aussagen zum aktuellen oder künftigen Bedarf an Palliative Care in einer Bevölkerung sind aufgrund der ungenügenden Datenlage zur Verbreitung und Nutzung von Palliative Care heute lediglich in Form von Schätzwerten vertretbar. Zum einen enthalten die medizinischen Statistiken und die Pflegestatistiken keine systematischen Angaben dazu, welche Patientinnen und Patienten Palliative Care erhalten. Andererseits lässt sich Palliative Care als diagnose- und angebotsübergreifende Versorgungsform nicht eindeutig an bestimmten Diagnosen oder medizinisch-pflegerischen Handlungen im System «Gesundheitswesen» festmachen. Dies gilt auch für die Stadt Zürich. Um dennoch eine Angabe über den heutigen und künftigen Bedarf treffen zu können, wird eine erprobte Methode unter Verwendung der Todesfallstatistik des Bundesamts für Statistik (BFS) eingesetzt (vgl. Kap. 2.4.2 Schätzmodelle).

Nicht nur eine quantitative Bedarfsschätzung wird unter den erwähnten Rahmenbedingungen erschwert, sondern auch eine Abschätzung der Inanspruchnahme – also inwiefern Palliative Care auch von denen genutzt wird, die einen Bedarf haben. Bevölkerungsstatistiken, Normwerte und neuere Modellierungsansätze aus der Forschung können jedoch für eine grobe quantitative Abschätzung des heutigen und künftigen Bedarfs herangezogen werden. Der geschätzte künftige Bedarf muss zudem vor dem Hintergrund der absehbaren Entwicklungen in der Alters- und Gesundheitsversorgung und deren möglicher Konsequenzen für die Palliative Care Versorgung in der Stadt Zürich betrachtet werden.

2.4.2 Heutige und künftige Bevölkerung, Sterbefälle, Sterbeort und Todesursachen

Die Stadtzürcher Wohnbevölkerung wächst gemäss den aktuellen Bevölkerungsszenarien bis zum Jahr 2035 um knapp 80 000 Personen (von 423 310 im Jahr 2017 auf schätzungsweise 502 000 Personen im Jahr 2035). Vor allem die Anzahl von Kindern und Jugendlichen sowie die Gruppe der 40–69-Jährigen nehmen stark zu. Auch die Al-

¹⁸ ICD-10 Kode 51.5; bildet jedoch nicht alle Patientinnen und Patienten mit Palliative Care Bedarf ab

¹⁹ Bundesamt für Statistik: Erhebung zum Gesundheitszustand von betagten Personen in Institutionen

tersgruppe der 60–79-Jährigen wächst um gut 14 000 Personen; die Zahl der 80+-Jährigen wächst um rund 4100 Personen (+ 20 Prozent). Auf die Altersgruppe 80+ entfallen knapp zwei Drittel aller Todesfälle (vgl. Abb. 1 im Anhang: Bevölkerungsentwicklung und -prognose).

Die von Statistik Stadt Zürich prognostizierten Sterbefälle sind bis 2035 leicht rückläufig; im Jahr 2035 werden voraussichtlich 3018 Einwohnerinnen und Einwohner sterben und somit 261 Personen weniger als 2017. Das mittlere Sterbealter wird in den kommenden Jahren weiterhin ansteigen; die Todesfälle verlagern sich noch weiter ins höhere Alter (vgl. Abb. 2 im Anhang: Jährliche Todesfälle 2000–2035 und Abb. 3 im Anhang: Anzahl Todesfälle nach Altersjahr ab 50+).

Sterbeort und Todesursachen

Zwischen 2001 und 2015 hat sich die Sterbeortlichkeit von Frauen und Männern in der Stadt Zürich nicht wesentlich verändert; auch die geschlechtsspezifischen Trends bestehen weiterhin. Die Hälfte der Frauen stirbt in einem Alters- und Pflegeheim, etwa 30 Prozent im Spital und lediglich 14 Prozent sterben zu Hause. Hingegen ist der Anteil der Männer, die zu Hause sterben, mit 21 Prozent höher (Abb. 3).

Dieses geschlechtsspezifische Muster ist für die Schweiz typisch; die Variante, dass ein Mann zu Hause von seiner Frau gepflegt wird, ist häufiger als der umgekehrte Fall; zudem überleben Frauen ihre Männer häufiger und es leben deutlich mehr Frauen in Alters- und Pflegeheimen als Männer. Männer sterben eher im Spital als Frauen.

Zwischen 2011–2015 starben 47 Prozent der Frauen im Alter von 85–94 Jahren. In dieser Alterskategorie waren die häufigsten Todesursachen Herz-Kreislauf-Krankheiten und Demenz. Verglichen mit den Frauen starben Männer häufiger bereits im Alter von 75–84 Jahren. In dieser Alterskategorie waren die häufigsten Todesursachen bei Männern Krebs und Herz-Kreislauf-Krankheiten (vgl. Abb. 4 und 5 im Anhang: Todesursachen bei Frauen und Männern, nach Alter, 2011–2015). Während bei beiden Geschlechtern mit zunehmendem Alter die relative Häufigkeit von Sterbefällen an Krebs, Lungen- und Leber-Krankheiten abnimmt, werden Todesfälle an Demenz, Herz-Kreislauf- und Nierenkrankheiten häufiger.

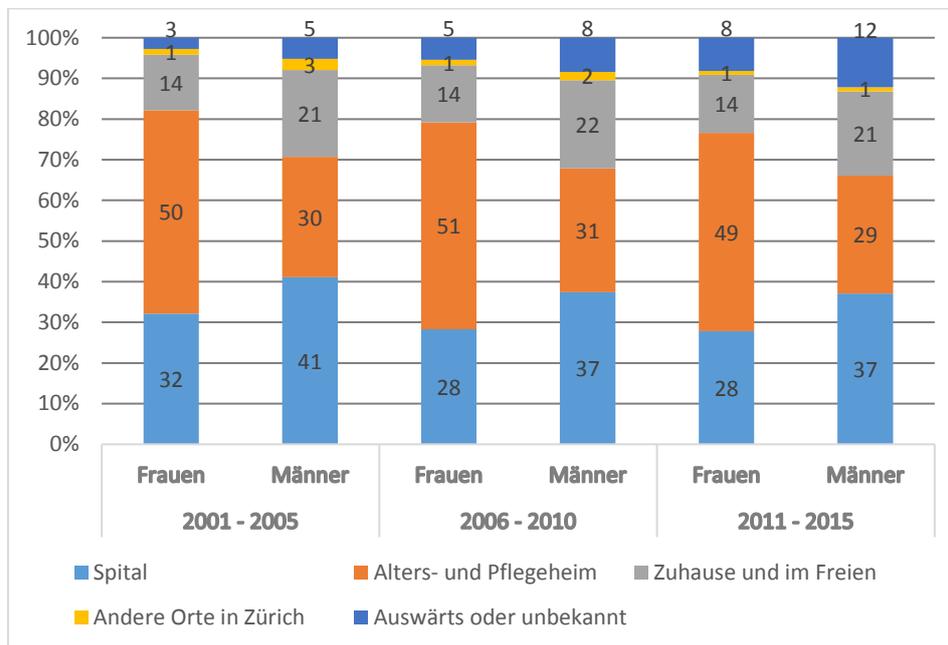


Abb. 4: Sterbeort bei Frauen und Männern 2001–2015; über 5-Jahresperioden aggregiert.

Quelle: Todesursachenstatistik des Bundesamts für Statistik (BFS); aufbereitet vom IEBP, Universität Zürich. Daten sind alters- und geschlechtsstandardisiert entsprechend der Verteilung im Jahr 2015.

2.4.3 Bedarfsschätzung für Palliative Care

a) Normwerte bezüglich der Versorgungsstrukturen im stationären Setting

Hinsichtlich des benötigten Mindestangebots an spezialisierten Palliative Care Diensten existieren anerkannte Normwerte der EAPC (European Association for Palliative Care),²⁰ welche zur (groben) Abschätzung der nötigen Versorgungsstrukturen für eine Bevölkerung herangezogen werden können.

Wie in Kapitel 2.3.2 bereits ausgeführt, stehen im Grossraum Zürich zwischen 30 und 40 Akutbetten auf spezialisierten Palliativstationen in Akutspitälern zur Verfügung sowie etwa 67 Betten in Hospizen und spezialisierten Langzeitpflegeabteilungen. Diese Plätze stehen nicht ausschliesslich der städtischen Bevölkerung zur Verfügung, sie werden auch von Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Zürich und teils auch aus anderen Kantonen genutzt. Zwei spezialisierte Abteilungen wurden erst kürzlich eröffnet (Stadtspital Waid und Pflegezentrum Mattenhof). Bei einer Stadtbevölkerung von rund 425 000 Personen weist die Dichte an Akut- und Hospizbetten gemäss der EAPC-Normen (80–100 Palliativbetten für eine Bevölkerung von einer Million) nicht auf einen akuten Handlungsbedarf hin. Die längerfristige Entwicklung im Bereich der Akut- und Hospizbetten, auch der neuen spezialisierten Abteilungen, sollte zu einem späteren Zeitpunkt jedoch analysiert werden.

²⁰ EACP White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe, www.eapcnet.eu

b) Normwerte bezüglich der Versorgungsstrukturen im ambulanten Setting

Ein mobiles Palliative Care Team leistet spezialisierte Palliativversorgung für zu Hause lebende (teils auch in Institutionen lebende) Patientinnen und Patienten, berät Ärztinnen und Ärzte und Pflegefachpersonen und unterstützt die Nahestehenden (in erster Linie Konsiliarfunktion; bei Bedarf Einsätze bei Patientinnen und Patienten; vgl. Kap. 2.3.1). Die Richtlinien der EACP gehen bezüglich der Versorgung mit mobilen Palliative Care Diensten davon aus, dass pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner idealerweise ein mobiles Team 24 Stunden pro Tag verfügbar sein sollte. Diese Versorgungsdichte wird jedoch bislang in der Schweiz kaum erreicht. Drei andere im Kanton Zürich tätige mobile Palliative Care Teams decken jeweils rund um die Uhr Versorgungsgebiete zwischen 180 000 und 280 000 Einwohnern ab (Mobile Palliative Care GZO, Palliative Care Winterthur, OnPac). Die Stadtzürcher mobilen Teams sind zwar in der Nacht telefonisch erreichbar, aber nicht einsatzbereit. Hier besteht gemäss den EACP Normen Ausbaupotenzial auf eine vollständige Abdeckung während 24 Stunden pro Tag. Zudem besteht bei den Stadtzürcher Teams Verbesserungspotenzial hinsichtlich der Unterstützung durch spezialisierte Ärztinnen und Ärzte.

c) Schätzmodelle anhand von Todesursachen

Etwa drei Viertel aller Sterbefälle weisen gemäss internationalen Richtlinien vor ihrem Tod über längere oder kürzere Zeit einen Bedarf an allgemeiner Palliative Care auf. Hochgerechnet auf die städtischen Sterbefälle hätte dies im Jahr 2017 von den insgesamt 3279 Sterbefällen rund 2460 Personen betroffen.

Kürzlich sind differenziertere todesursachenbasierte Schätzmodelle für den Bedarf nach Palliative Care in der Bevölkerung entwickelt worden.²¹ Im Auftrag des GUD hat das Institut für Epidemiologie und Biostatistik und Prävention der Universität Zürich eine entsprechende Modellierung der Todesursachen in Anlehnung an ein kürzlich publiziertes Vorgehen vorgenommen²². Entsprechend definiert sich der geschätzte Palliative Care Bedarf an den chronischen Krankheiten (Todesursachen) wie Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Lungenkrankheiten, Nierenkrankheiten, Leberkrankheiten, Demenz und andere chronische Erkrankungen. Diese Schätzungen liefern keinen eindeutigen Nachweis zum tatsächlichen Palliative Care Bedarf einer Bevölkerung, sondern lediglich Hinweise auf die Anzahl Personen, die potenziell von Palliative Care profitieren könnten. Daher sind die nachfolgenden Resultate als reine Schätzwerte und nicht tatsächliche Bedarfswerte zu interpretieren.

Basierend auf Etkinds Modell, hatten 2015 schätzungsweise 2441 Personen in der Stadt Zürich vor ihrem Tod Bedarf nach Palliative Care. Das entspricht 72 Prozent der 2015 in der Stadt Zürich insgesamt verstorbenen Personen (nämlich rund 3400 Todesfälle). Die Anzahl der Personen mit geschätztem potenziellen Palliative Care Bedarf variiert nach Alter und Geschlecht. Weil es mehr alte Frauen als Männer gibt, weisen Frauen insgesamt einen höheren geschätzten Bedarf auf als gleichaltrige Männer. Bei beiden Geschlechtern steigt der geschätzte potenzielle Palliative Care Bedarf mit zunehmendem Alter. Erst in der obersten Altersgruppe sinkt der potenzielle Bedarf wieder, allerdings

²¹ z.B. Etkind et. al. (2017): How many people will need palliative care in 2040? Past trends, future projections and implications for services.

²² Ziegler (2018): Vorprojekt Palliative Care Stadt Zürich. Deskriptive Statistik zu den Todesfällen der Stadt Zürich 2011–2015

nur wegen der geringeren Bestandeszahlen. Den grössten geschätzten potenziellen Palliative Care Bedarf weisen Personen im Alter von 85–94 Jahren auf. Unter 85 Jahren haben Männer den grösseren geschätzten Bedarf als Frauen. Als Folge der unterschiedlichen Bestandeszahlen bzw. Lebenserwartung weisen jedoch Frauen über 85 einen höheren geschätzten Palliative Care Bedarf auf (Abb. 4 und Tab. 3).

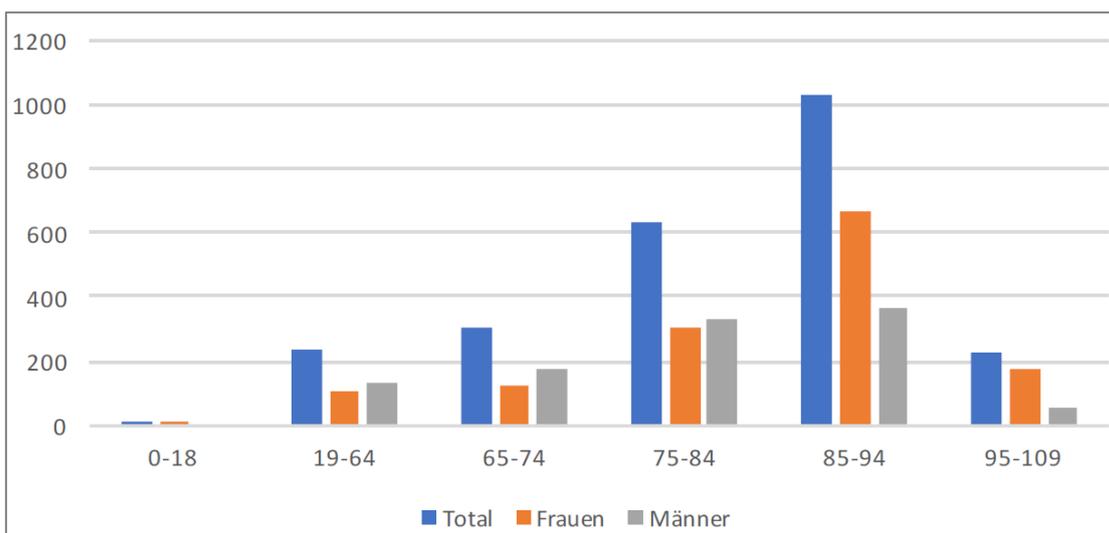


Abb. 5: Im Jahr 2015 verstorbene Personen, die aufgrund ihrer Todesursache potenziell Bedarf nach Palliative Care hatten (2441 Todesfälle mit potenziellem Bedarf nach Palliative Care von total 3400 Todesfällen)

Alterskategorien	2015		
	Total	Frauen	Männer
0-18	1	1	-
19-64	238	106	132
65-74	305	126	179
75-84	634	307	327
85-94	1033	668	365
95-109	230	174	56
Total	2441	1'382	1'059

Tab. 3: Im Jahr 2015 verstorbene Personen, die aufgrund ihrer Todesursache potenziell Bedarf nach Palliative Care hatten (2441 Todesfälle mit potenziellem Bedarf nach Palliative Care von total 3 400 Todesfällen)

Todesursachenstatistik BFS; Modellierung nach Etkind et. al. (2017) durch IEBP, Universität Zürich; alters- und geschlechtsstandardisierte Daten entsprechend der Verteilung im Jahr 2015. Chronische Krankheiten mit Palliative Care Bedarf und übrige Todesursachen klassifiziert nach Etkind et al. 2017 anhand von ICD-10 Codes: Krebs = C00–C97; Herzkreislauf = I00–I52 (exkl. I12 & I13); Lunge = J40–J47, J96; Niere = I12, I13, N17, N18, N28; Leber = K70–K77; Demenz = F01, F03, G30, R54; andere chronischen Krankheiten = G10, G12.2, G20, G23.1, G35, G90.3, I60-69, B20-B24; alle nicht-chronischen Krankheiten = restliche ICD-10 Codes.

d) Ist der heutige Bedarf gedeckt?

Der auf dem Etkind-Modell beruhende Schätzwert von 2441 Personen, die im Jahr 2015 einen potenziellen Palliative Care Bedarf aufgewiesen hätten (vgl. vorangehende Ausführungen) ist mit Vorbehalt zu interpretieren. Er basiert auf Daten der Todesfallstatistik und beschränkt den Bedarf an Palliative Care auf die letzte Lebensphase. Dies greift zu kurz, die Dauer palliativer Behandlungen variiert individuell stark und kann von einigen Tagen bis hin zu mehreren Jahren dauern. Es kommt je nach Zustand des Patienten, der Patientin auch vor, dass palliative und kurative Behandlungen kombiniert werden. Entsprechend ist der Bedarf an palliativen Behandlungen nicht nur auf die letzte Lebensphase beschränkt, sondern kann gerade bei chronischen Krankheiten sehr früh auftreten und ergänzend zu kurativen Behandlungen eingesetzt werden.

Eine verlässliche Quantifizierung des Palliative Care Bedarfs muss über die Einteilung der Patientinnen und Patienten nach Diagnose hinausgehen. Für eine umfassende Bedarfsabklärung sollte ein bedürfnis- und problemorientierter Ansatz verfolgt werden, der Palliative Care als patienten-zentrierte und holistische Disziplin versteht. Dazu bedarf es einer Annäherung an eine einheitliche Definition und Beschreibung der Palliative Care Patientinnen und Patienten. Eine präzisere Beschreibung würde detailliertere Informationen auf Patienten- und Versorgungsebene benötigen und neben Daten aus der Todesfallstatistik Informationen zu den Behandlungspfaden, der Instabilität sowie der multidimensionalen Komplexität erfordern²³. Zur Zeit scheint das allerdings auf Bevölkerungsebene mit den Daten für die Stadt Zürich kaum durchführbar.

Nach Einschätzung der Expertengruppe haben heute in der Stadt Zürich nicht alle Personen mit einem Palliative Care Bedarf auch rechtzeitig Zugang dazu: Einerseits weil die Angebote zu wenig bekannt sind und andererseits, weil die Bedürfnisse dieser Personen in der ambulanten und stationären Grundversorgung nicht immer rechtzeitig identifiziert oder bei gewissen Grunderkrankungen eher erkannt werden als bei anderen. Entsprechend ist von einer verspäteten Versorgung mit Palliative Care auszugehen, obwohl die Versorgungskapazitäten grundsätzlich vorhanden wären.

Die Inanspruchnahme von Palliative Care dürfte heute noch unter dem eigentlichen Bedarf liegen – hier ist also in erster Linie weiterhin eine qualitative Entwicklung (Professionalisierung) angezeigt und weniger ein quantitativer Ausbau der Angebotskapazitäten.

e) Künftiger Bedarf an Palliative Care

Der künftige Bedarf an Palliative Care hängt von vielen Faktoren ab. Die offensichtlichsten Einflussfaktoren sind die Bevölkerungsgrösse und -struktur sowie die Entwicklung der Gesundheit der Bevölkerung (Morbidität). Medizinische Innovationen können die Chancen auf Heilung bei gewissen Erkrankungen erhöhen, aber auch die Überlebenszeit mit chronischen Erkrankungen verlängern.

Wenn sich das Verständnis von Palliative Care in der Gesellschaft und im Gesundheitswesen weiterhin entwickelt und vertieft, werden künftig mehr Menschen mit palliativen Bedürfnissen früher im Krankheitsverlauf identifiziert und tendenziell wohl auch längere Zeit mit Palliative Care versorgt. Dazu wird auch die steigende Bekanntheit von Palliative Care Angeboten (vgl. Kap. 2.1) und somit eine vermehrte Nachfrage beitragen. Die jetzt

²³ Brameld et al. (2016): Issues using linkage of hospital records and death certificate data to determine the size of a potential palliative care population. *Palliative Care*

ins Alter eintretenden Generationen werden ihre letzte Lebensphase tendenziell informierter und selbstbestimmter gestalten wollen als frühere Generationen. Anders gesagt, dürfte sich die Inanspruchnahme von Palliative Care künftig erhöhen und mehr Patientinnen und Patienten mit einem Bedarf an Palliative Care Behandlungen werden diese auch erhalten.

Es ist jedoch schwierig einzuschätzen, was die Fortschritte der Medizin und der Betreuungsmodelle mit sich bringen werden. Die neuen Therapien im Krebsbereich führen zum Beispiel dazu, dass die Krankheit uneinheitlich verläuft, mit einem Wechsel zwischen Phasen der hohen Belastung und solchen des relativen Wohlbefindens. Das stellt Palliative Care vor neue Herausforderungen und erschwert eine Bedarfsprognose. Ferner ermöglichen digitale Technologien eine bessere Überwachung der Patientinnen und Patienten und eine frühere Abschätzung sich abzeichnender Krisen, was für Palliative Care auch relevant ist. Aus all den genannten Gründen ist es schwierig, eine Bedarfsschätzung vorzunehmen. Die Planung muss dynamisch an neue Erkenntnisse und Entwicklungen angepasst werden. Es ist wichtig, dass in der Stadt Zürich genug Know-how und Organisation im Bereich Palliative Care vorhanden ist, um dies sicher zu stellen.

Obwohl die Stadtzürcher Bevölkerung wächst (auch die Anzahl alter Menschen) und die Lebenserwartung weiterhin steigen wird, werden bis 2035 nicht mehr Sterbefälle erwartet. Es findet aber eine weitere Verschiebung des Sterbens ins sehr hohe Alter statt, wo der Bedarf nach Palliative Care gross ist. Der quantitative Bedarf nach Palliative Care Behandlungen wächst aus dieser Perspektive bis 2035 eher moderat und in erster Linie im Bereich der sehr alten, häufig fragilen und von Multimorbidität betroffenen Bevölkerung.

In den kommenden Jahren dürfte sich möglicherweise ein Aufholeffekt zeigen: Die Inanspruchnahme von Palliative Care steigt (bessere Bekanntheit von Palliative Care und bessere Identifikation der Bedürfnisse) und rückt näher an den eigentlichen Bedarf.

Ein allfälliger moderater Ausbau der Angebote könnte dann evtl. aufgrund der gesteigerten Nachfrage angezeigt sein; aus demografischer Sicht gewinnt Palliative Care im sehr hohen Alter zusätzlich an Bedeutung.

f) Entwicklungen in der städtischen Gesundheits- und Altersversorgung

Der grosse Teil an Palliative Care Leistungen wird im Rahmen der allgemeinen Palliative Care innerhalb der Strukturen der ambulanten und stationären Grundversorgung erbracht (vgl. Kap. 2.2). Trends in der Grundversorgung wirken sich auch auf die Versorgung mit Palliative Care aus – insbesondere bei der Frage, wo Pflegebedürftige künftig wohnen und gepflegt werden wollen, sollen und können. Investitionen in die häusliche Pflege, z.B. durch die Spitex, können dabei die Nachfrage im stationären Bereich beeinflussen und umgekehrt.

Im Bereich der Langzeitpflege – insbesondere bei den niedrigen Pflegestufen mit wenig Pflegebedarf – wird eine weitere Verlagerung vom stationären (Alters- und Pflegeheime) in den ambulanten (Spitex) Bereich prognostiziert (d.h., Pflegebedürftige werden länger zu Hause betreut und der Heimeintritt erfolgt später, resp. gar nicht). Auch die von der

kantonale Gesundheitsdirektion im 2017 veröffentlichte Studie für die Pflegebettenplanung²⁴ geht für die Stadt Zürich von einer entsprechenden Verlagerung aus. Allerdings kommen die Autorinnen und Autoren der Studie zu widersprüchlichen Schlüssen. Bei der ersten Studie (2016) wurde der Stadt Zürich bis ins Jahr 2035 eine Überkapazität von rund 1700 Plätzen (private und städtische Plätze insgesamt) in der stationären Langzeitpflege prognostiziert. Im Jahr 2018 wurden die Zahlen aktualisiert: Die entsprechende Überkapazität bis 2035 lag laut neuer Berechnungen noch bei rund 880 Plätzen.

Nach Einschätzung des Gesundheits- und Umweltdepartements berücksichtigen die kantonalen Bedarfsprognosen die städtischen Gegebenheiten in unzureichendem Mass (z.B. ein überdurchschnittlicher Anteil von Single-Haushalten auch in der älteren Bevölkerung; eine bereits breit ausgebaute Spitex-Versorgung). Zur Zeit kann festgestellt werden, dass die öffentlichen Pflegebeiträge sowohl im ambulanten wie auch im stationären Langzeitpflegebereich steigen (vgl. Tab. 4 und 5); im stationären Bereich nahm die Anzahl Pflegetage seit 2012 zu, während die Bettenkapazität leicht sank. Im Spitexbereich wird weiterhin von einem Mengenwachstum ausgegangen.

Tab. 4 Verfügbare Betten, beitragsberechtigte Pflegetage und öffentliche Pflegebeiträge an Institutionen der Langzeitpflege in der Stadt Zürich gemäss kantonomer Heimliste (städtische und private Institutionen (2012-2016))

	2012	2013	2014	2015	2016
Verfügbare Betten	6539	6111	6184	6231	6189
Beitragsberechtigte Pflegetage	1 529 095	1 538 188	1 557 354	1 706 651	1 750 181
Öffentliche Pflegebeiträge in Franken	82 101 080	98 949 331	102 836 059	113 027 782	122 168 774

Quellen: Gesundheitsdirektion, Kenndaten Langzeit, 2016 (SOMED-Daten; eigene Darstellung);
Geschäftsberichte des Stadtrats Stadt Zürich

²⁴ Statistische Grundlagen zur Pflegeheimplanung Kanton Zürich

Tab. 5 Öffentliche Beiträge an Spitex-Organisationen in der Stadt Zürich (in Franken)

	2013	2014	2015	2016	2017
Spitex Zürich (Pflege und Hauswirtschaft)*	45 936 726	48 758 228	49 463 338	53 251 580	52 062 822
kispex (Pflege)	834 466	1 102 514	1 371 581	1 318 721	918 320
Kommerzielle (Pflege)**	2 996 576	408 028	6 649 958	5 841 153	9 355 052
Freiberufliche (Pflege)***	555 290	648 854	1 389 252	1 481 054	1 675 234
Auswärtige	76 721	60 496	93 911	96 294	143 659
Total	50 399 779	50 978 121	58 968 041	61 988 802	64 155 087

Quelle: Geschäftsberichte des Stadtrats Stadt Zürich.

* = Spitex Organisationen mit öffentlichem Leistungsauftrag (Spitex Zürich Limmat, Spitex Zürich Sihl und Spitex Zürich SAW)

** / *** = Private Spitex-Organisationen resp. freiberuflich tätige Pflegefachpersonen ohne öffentlichen Leistungsauftrag.

3 Handlungsbedarf und Massnahmen

Im Bereich der Akutspitäler zeichnet sich ein Trend zu mehr Fällen, einem steigenden Anteil ambulanter Behandlungen und verkürzter Aufenthaltsdauer (weniger Pflage tage) ab. Künftig dürften weniger Spitalbetten nötig sein. Die (Grund-)Versorgung von Palliative Care Patientinnen und Patienten im Rahmen des Basisauftrags aller Akutspitäler – insbesondere auch die Erkennung von Bedürfnissen potenzieller Palliative Care Patientinnen und Patienten (die z.B. aus anderen Gründen hospitalisiert sind oder aufgrund einer Verschlechterung des Zustands Bedarf nach Palliative Care hätten) – dürfte vor diesem Hintergrund nicht einfacher werden. Gemäss Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich sollen lediglich Patientinnen und Patienten, die auf eine spezifisch palliative Behandlung angewiesen sind, an einem Kompetenzzentrum für Palliative Care medizinisch versorgt werden.

3.1 Grundsätze und Rahmenbedingungen

3.1.1 Ausgangslage

Die Analysen und Ausführungen von Kapitel 2 («Palliative Care in der Stadt Zürich») bilden die Grundlage für die Identifikation von Lücken und für die Definition von Massnahmen zu ihrer Schliessung. Es kann grundsätzlich festgehalten werden, dass in der Stadt Zürich die für Palliative Care relevanten Betreuungs- und Versorgungsstrukturen heute und auf absehbare Zeit gegeben sind, sowohl hinsichtlich quantitativer Kapazität als auch in Bezug auf inhaltliche Kompetenz. Die Bewohnerinnen und Bewohner der Stadt verfügen über ein breites Spektrum von Optionen, um das Leben im Alter und die Betreuung bei Krankheit ihren Bedürfnissen entsprechend zu gestalten.

Die Nationale Strategie Palliative Care definiert spezifische Ziele für die Begleitung von Betroffenen und Angehörigen. Diese Ziele umfassen neben der Verfügbarkeit ausreichender Versorgungskapazitäten unter anderem einen vom sozioökonomischen Status unabhängigen Zugang für alle Menschen, eine bedürfnisgerechte Betreuung (z.B. zu Hause statt im Spital oder im Pflegeheim sterben zu dürfen) und die interprofessionelle Abdeckung aller relevanten Bedürfnisse (also nicht nur medizinisch und pflegerisch, sondern auch sozial, spirituell etc.).²⁵

Die Konkretisierung der Ziele der Nationalen Strategien und die Beurteilung ihrer Erfüllung in der spezifischen Situation der Stadt Zürich bilden den logischen Ausgangspunkt für die Identifikation des Handlungsbedarfs (vgl. Kap. 3.1.2) und somit für die Erfüllung des Auftrags der parlamentarischen Motion GR Nr. 2016/81.

Auf Grund der Komplexität der Thematik ist es sinnvoll, diese Beurteilung für jede Ebene von Palliative Care (Palliative-Care-Verständnis, Allgemeine Palliative Care, Spezialisierte Palliative Care) einzeln vorzunehmen (vgl. Kap. 3.1.3).

²⁵ Siehe z.B. Einleitung zu den «Nationalen Leitlinien Palliative Care» – BAG, GDK (2014, aktualisierte Version)

Bei der Festlegung von Massnahmen gilt es, die Rahmenbedingungen für das Handeln der Stadt Zürich zu berücksichtigen (Subsidiaritätsprinzip, gesetzlicher Auftrag) und sich auf die in diesem Rahmen möglichen Interventionen zu fokussieren (vgl. Kap. 3.1.4).

Ferner ist zu bedenken, dass die Umsetzung der meisten identifizierten Massnahmen noch weitere Vertiefungen und Konkretisierungen benötigt (z.B. Verhandlung und Beauftragung von Partnern, Regelung spezifischer Finanzierungsfragen) und dass für manche Interventionen eine Phase der Erfahrungssammlung und Feinjustierung zu empfehlen ist (Pilotphase), bevor sie dauerhaft umgesetzt werden können (vgl. Kap. 3.1.5).

3.1.2 Zielsetzungen

Ausgehend von den Zielen der Nationalen Strategie Palliative Care,²⁶ hat die eingesetzte Gruppe von Expertinnen und Experten konkrete Ziele für die Palliative Care-Betreuung in der Stadt Zürich definiert, die zur Beurteilung der Ausgangslage und zur Identifikation von Lücken herangezogen werden können:

- *Sensibilisierung* – Palliative Care (inkl. breites, nicht nur sterbebezogenes Verständnis), vorhandene Angebote und Möglichkeiten sind bei (potenziellen) Patientinnen und Patienten, Angehörigen und Fachpersonen bekannt.
- *Individuelle Bedürfnisse erkennen* – Der Bedarf nach Palliative Care Leistungen wird bei (potenziellen) Patientinnen und Patienten systematisch, situationsgerecht und frühzeitig identifiziert und erfüllt.
- *Vorausplanen* – Die spezifischen und individuellen Wünsche der Patientinnen und Patienten werden vorausschauend erfasst und es werden Vorkehrungen für mögliche Komplikationen und Krisen getroffen. Die Wünsche sind den Betreuenden bekannt und werden systematisch berücksichtigt.
- *Patientennähe* – Die spezifische Versorgung wird wann immer möglich bei den Patientinnen und Patienten erbracht, in ihrem gewohnten Setting; Verlegungen und Hospitalisierungen werden wann immer möglich vermieden.
- *Zusammenarbeit* – Palliative Care deckt die verschiedenen Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten und wird somit interprofessionell und integriert erbracht; die Erbringenden koordinieren sich und sorgen für strukturierte, patientenzentrierte Prozesse an den Schnittstellen und über die Grenzen der einzelnen Sektoren hinweg (Kontinuität der Behandlung).

Diese Ziele dienen der Bestimmung von Lücken, Handlungsbedarf und sinnvollen Massnahmen innerhalb der verschiedenen Handlungsebenen von Palliative Care.

²⁶ siehe Ziele zur Nationalen Strategie Palliative Care 2013–2015, 10.2012. www.bag.admin.ch, Kap. 6.

3.1.3 Handlungsebenen

Das «Rahmenkonzept Palliative Care»²⁷ geht von einem «personenbezogenen» Ansatz aus, der die vielschichtigen Bedürfnisse der Betroffenen abbildet. Es geht dabei um:

- *Bedürfnisse und Fragen der Symptombehandlung;*
- *Bedürfnisse und Fragen der Entscheidungsfindung am Lebensende, gestützt auf individuelle Präferenzen;*
- *Bedürfnisse und Fragen des umgebenden Netzwerks/Hilfsangebote;*
- *Bedürfnisse und Fragen bezüglich der Unterstützung der Bezugspersonen.*

Diese Bedürfnisse sind individuell und variieren sehr stark. Die Komplexität der Bedürfnisse entscheidet darüber, welche Art und Intensität der Betreuung sinnvoll ist, in welchem Setting, durch welche Personen etc. Gemäss Nationaler Strategie und Rahmenkonzept ist es sinnvoll, die Bedürfnisse (und somit die Betroffenen und die Art der Palliative Care-Betreuung) in drei Ebenen zu bündeln (vgl. Kap. 1.1.2), die zwar nicht absolut trennscharf, aber für die Beurteilung der Ausgangslage und die Planung von Interventionen sehr nützlich sind.

Die Analyse des Handlungsbedarfs und die Definition von Massnahmen erfolgt in diesem Konzept getrennt für die drei Handlungsebenen (vgl. Kap. 3.2 - 3.4).

3.1.4 Handlungsmöglichkeiten

Bei der Definition von Massnahmen zur Schliessung wesentlicher Versorgungslücken gilt es, die rechtlichen Grundlagen und die Möglichkeiten für städtisches Handeln zu berücksichtigen.

Erstens sind wichtige Einflussfaktoren auf die Qualität und Verfügbarkeit von Palliative-Care-Leistungen von Regulierungen und Rahmenbedingungen abhängig, die auf eidgenössischer oder kantonaler Ebene angesiedelt und durch die Stadt Zürich nicht zu beeinflussen sind. So wird zum Beispiel im Medizinstudium der Thematik Palliative Care wenig Zeit eingeräumt, so dass Ärztinnen und Ärzte beim Staatsexamen auf die entsprechenden Aufgaben eher zu knapp vorbereitet sind. Die Stadt kann diese Ausgangslage nicht ändern. Sie soll auch nur in begründeten Ausnahmefällen zum Ausgleich der Lücken und Grenzen übergeordneter Systeme (z.B. Ausbildung von Medizinalberufen, Tarife, Aufgabenteilung und Strukturen im Gesundheitswesen) kompensierend eingreifen.

Zweitens bedarf das städtische Handeln einer rechtlichen Grundlage. Der Auftrag zur Analyse von Angebot, Bedarf und Lücken wurde mit Überweisung der Motion GR Nr. 2016/81 gegeben. Die bestehenden Rechtsgrundlagen der städtischen Alters- und Gesundheitsversorgung bieten die Basis für die geplanten Massnahmen:

²⁷ BAG / GDK(2014): Rahmenkonzept Palliative Care Schweiz – Eine definitorische Grundlage für die Umsetzung der «Nationalen Strategie Palliative Care».

- Die Stadt Zürich ist im Rahmen des kantonalen Pflegegesetzes für eine ausreichende Pflege und Versorgung im Alter verantwortlich und bekennt sich im Rahmen der «Strategien Zürich 2035» zu einer zukunftsorientierten Alterspolitik. Dazu gehören nicht nur Massnahmen zur Versorgung (z.B. genügende Anzahl Pflegebetten), sondern auch Massnahmen, die dazu dienen, Menschen auf das Altern und auf die damit verbundenen Herausforderungen vorzubereiten. Niederschwellige Orientierungsmöglichkeiten im Bereich Palliative Care gehören ebenso dazu wie Informationen und Veranstaltungen für Grundversorgerinnen und Grundversorger, damit sie die Bedürfnisse ihrer Patientinnen und Patienten erfüllen können.
- Die Stadt ist für die spitalexterne ambulante Versorgung (Spitex) zuständig. Aus dieser Verantwortung leiten sich die Interventionen zur Schliessung von Lücken bei der mobilen palliativen Versorgung (als Bestandteil der spezialisierten Palliative Care). Dazu gehören auch unterstützende Massnahmen, die ergriffen werden müssen, damit die Mobilen Palliative Care Teams ihre Leistungen auf ausreichendem Niveau erbringen können, um die Patientinnen und Patienten optimal versorgen zu können. Ein relevantes Beispiel ist der Aufbau eines Netzwerks von spezialisierten Ärztinnen und Ärzten resp. eines ärztlichen Konsiliardienstes für die spezialisierten Spitex Teams (2. / 3. Unterstützungslinie).
- Die Stadt ist zudem selber Leistungserbringerin (Alterswohnen, Langzeitpflege, Spitalpflege). In dieser Rolle muss sie über die ordentliche Führung sicherstellen, dass die Gebote der Nationalen Strategie Palliative Care erfüllt und Versorgungslücken vermieden werden. Ihre diesbezüglichen Interventionen werden über die Linie gesteuert (Auftrag des Vorstehers des Gesundheits- und Umweltdepartements an die jeweiligen Institutionen).

Die rechtlichen Grundlagen sind also gegeben, um die Qualität und Zugänglichkeit von Palliative Care im Sinne der Motion GR Nr. 2016/81 weiter zu verbessern.

Bei der Identifikation von Massnahmen zur Schliessung der Lücken soll sich die Stadt drittens gemäss Motion GR Nr. 2016/81 nach vorhandenen Angeboten und Kompetenzen innerhalb und ausserhalb der Stadtverwaltung richten und darauf aufbauen. Das Potenzial bestehender privater und öffentlicher Institutionen und Angebote soll gezielt und effizient genutzt werden. Der Aufbau von Kapazitäten innerhalb der Stadtverwaltung wird wann immer möglich vermieden und erfolgt nur bei Bedarf.

3.1.5 Konkretisierungsgrad der Massnahmen

Die identifizierten Massnahmen müssen in einem ersten Schritt konkretisiert werden, bevor sie zur Umsetzung kommen können. Dies hat mehrere Gründe:

- Die Schliessung der identifizierten Lücke resp. die Umsetzung der Massnahme setzt das Zusammenwirken mehrerer Akteure voraus (zum Beispiel im Bereich der Mobilen Palliative Care Teams, vgl. Kap. 3.4.2). Es ist somit notwendig, im Anschluss an die Verabschiedung des Konzepts die Details der Zusammenarbeit auszuhandeln und verbindlich zu definieren.

- Bei einzelnen Massnahmen bestehen noch keine oder nur wenige relevante, vergleichbare Erfahrungen, um wesentliche Aspekte der Massnahme (Mengengerüst etc.) zuverlässig zu schätzen. So sollen Mobile Palliative Care Teams konsiliarisch oder bei dringendem Bedarf durch fachkundige Ärztinnen und Ärzte unterstützt werden (vgl. Kap. 3.4.3). Solche Modelle bestehen im Ausland, sind aber in der Schweiz kaum anzutreffen. Es ist schwer abzuschätzen, wie häufig diese Unterstützung mobilisiert wird und für welche Fragen. Es gilt somit, solche Massnahmen zu pilotieren und zu evaluieren, bevor sie dauerhaft zur Anwendung kommen.

Die vorliegend definierten Massnahmen sind als Grundlage für eine anschliessende dreijährige Pilotphase formuliert, während welcher sie konkretisiert, pilotiert, getestet und evaluiert werden. Dieses Konzept hält demgemäss fest, welche Massnahmen erforderlich sind, was im Rahmen der kommenden Projektphase gemacht werden muss, wer dafür verantwortlich ist und welche Ressourcen dafür vorzusehen sind

3.2 Ebene «Palliative-Care-Verständnis»

Es handelt sich um die allgemeine Ebene der gesamten Bevölkerung, des gesellschaftlichen Verständnisses von Palliative Care. Zeitlich betrifft diese Ebene nicht nur die Phase zum Lebensende, sondern den gesamten Verlauf einer unheilbaren Krankheit, zumal oft der Informationsbedarf gerade am Anfang eines solchen Verlaufs besonders hoch ist.²⁸

3.2.1 Handlungsbedarf

Wie in Kapitel 2.1 dargelegt, besteht eine einseitige Wahrnehmung von «Palliative Care», welche die Thematik auf Sterbebegleitung reduziert und oft den Charakter von Resignation angesichts einer unheilbaren Krankheit inne hat. «Palliative Care» leidet zudem grundsätzlich unter der gesellschaftlichen Tendenz, die Endlichkeit des Lebens, das Sterben und die damit verbundenen Themen zu verdrängen. Die einengende Wahrnehmung betrifft sowohl die Allgemeinbevölkerung als auch Fachpersonen im Gesundheitswesen. Sie stellt ein grundlegendes Hindernis zur vorausschauenden Auseinandersetzung der (potenziell) Betroffenen mit Palliative Care und ihren Chancen und Möglichkeiten dar. Dies gilt es mit gezielter und aktiver Kommunikation zu korrigieren. Es bestehen bereits Informationsangebote im Bereich der Palliative Care. Die Stadt Zürich kann darüber hinaus einen wesentlichen Beitrag zum Verständnis von Palliative Care leisten, indem sie die Bevölkerung im Kontakt mit Ämtern und Behörden, Auskunfts- und Beratungsstellen auf bestehende Informationsangebote und Möglichkeiten aufmerksam macht, und indem sie ihre Rolle als Leistungserbringerin in der stationären (z.B. Pflegezentren, Stadtspitäler) und ambulanten Pflege nutzt, um Fachleute zu sensibilisieren.

²⁸ BAG / GDK - Rahmenkonzept Palliative Care Schweiz – S. 6

3.2.2 Massnahme 1 – Information über Palliative Care für die städtische Bevölkerung sowie für Betroffene und nahestehende Bezugspersonen

Die Stadt Zürich verfügt über vielfältige Angebote in den Bereichen Gesundheit und Alter. Daraus ergeben sich unzählige Kontaktmöglichkeiten (z.B. persönliche Gespräche, Internet, schriftliche Informationen, Wartezimmer) mit der Bevölkerung, die systematisch genutzt werden können, um das angestrebte positive Verständnis von Palliative Care zu fördern und um (potenziell) Betroffene und ihre nahestehenden Bezugspersonen auf mögliche Unterstützungsmöglichkeiten aufmerksam zu machen (Informations- und Beratungsangebote, Unterstützungsmöglichkeiten in medizinischer, sozialer, spiritueller Hinsicht etc.).

- *Kern der Massnahme:* Die Stadt Zürich sorgt dafür, dass Informationen über Palliative Care und die vorhandenen Unterstützungsmöglichkeiten bei allen relevanten Kontakten mit der Bevölkerung zugänglich gemacht, resp. wo sinnvoll, aktiv angeboten werden.

Denkbare (nicht abschliessende) Beispiele:

- spezifische Schulung von Beratenden im Bereich «Wohnen im Alter», einschliesslich Angebot an Information / Dokumentation;
 - Integration der Thematik Palliative Care in die Informationen der Stadtspitäler für Patientinnen und Patienten und deren Nahestehende und Angehörige;
 - Integration bei weiteren Kontaktmöglichkeiten auch ausserhalb des GUD (z.B. Bevölkerungsamt, Friedhofsforum, Soziale Dienste);
 - Einbezug und Mobilisierung der Hausärzteschaft;
 - Durchführung von Informationskampagnen (für alle Zielgruppen, nicht nur für ältere Menschen).
- *Erwartete Wirkung:* Die systematische, sinnvoll im jeweiligen Kontext verankerte Kommunikation über Palliative Care trägt zur Sensibilisierung bei und zur Bereitschaft, sich mit der Thematik bei Bedarf auseinander zu setzen. Menschen werden zu einem Zeitpunkt mit Informationen versorgt, wo es noch nicht darum geht, eine konkrete Herausforderung und Krise zu bewältigen – dadurch setzen sie sich mit der Thematik dann auseinander, wenn sie noch empfänglich sind und nicht unter Druck. Die quantitative Wirkung ist schwer zu fassen, da die Massnahme in der Breite der Bevölkerung wirkt. Insgesamt wären aber eine häufigere Nutzung der entsprechenden Informationsangebote (z.B. Internetbesuche bei palliative zh+sh, Beratungsgespräche) und eine steigende Anzahl Stadtzürcherinnen und -zürcher zu erwarten, die eine Patientenverfügung ausfüllen oder ein Advance Care Planning durchführen.
 - Zur *Umsetzung* dieser Massnahme gilt es:
 - die relevanten städtischen Angebote / Kontaktpunkte und deren Zielgruppen zu identifizieren;
 - die für diese Zielgruppen relevanten Informationen / Botschaften zum «Palliative-Care-Verständnis» zu definieren;

- den Anpassungs- und Ergänzungsbedarf im Vergleich zum heutigen Informationsangebot zu ermitteln;
 - die entsprechenden Informationspakete (Integration des Themas in Homepages, Prospekte, Informations- und Beratungsgespräche etc.) zu entwickeln;
 - die Umsetzung zu begleiten und zu evaluieren und daraus, zusammen mit den beteiligten städtischen Stellen, Verbesserungsmöglichkeiten zu identifizieren.
- Die *Verantwortung* für die Umsetzung, Begleitung und Evaluation der Massnahme während der Pilotphase sowie zur Antragstellung in Bezug auf ihre allfällige Weiterführung wird bei den Städtischen Gesundheitsdiensten (SGD) des Gesundheits- und Umweltdepartements verankert; mit diversen eigenen Informations- und Beratungsangeboten (z.B. Beratungsstelle Wohnen im Alter, Fachstelle für präventive Beratung im Alter) verfügen die städtischen Gesundheitsdienste über die nötige Erfahrung und sind stadtwweit mit anderen relevanten Stellen und Angeboten vernetzt.
 - *Ressourcen / Budget:* Zur Umsetzung der Massnahme sind über die dreijährige Pilotphase im SGD 0,2 Stellen vorzusehen, sowie ein jährliches Budget für die Ausarbeitung von Informationsinhalten und -materialien, für die Vorbereitung und Befähigung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter etc. von 20 000 Franken. Die Integration des Elements Palliative Care in die bestehenden städtischen Angebote und Stellen geht zu Lasten der jeweiligen Dienstabteilungen und sollte im Rahmen der bestehenden Ressourcen vorgenommen werden können.

3.3 Ebene «allgemeine Palliative Care»

«Allgemeine Palliative Care» umfasst die Massnahmen und Interventionen, die Betroffene und Angehörige bei der Vorbereitung und Bewältigung der letzten Lebensphase unterstützen. «Allgemeine Palliative Care» umfasst viele verschiedene Aspekte (medizinisch, sozial, psychologisch, spirituell). Sie ist somit sektorübergreifend zu bewältigen und setzt das koordinierte Wirken verschiedener Fachdisziplinen voraus (Interprofessionalität). Vom Zeitablauf her umfasst sie den Zeitraum von der Planung / Vorbereitung (z.B. Patientenverfügung / Advance Care Planning) bis zum Tod resp. darüber hinaus (mit Blick auf die Angehörigen). Im Gegensatz zur «spezialisierten Palliative Care» betrifft sie eine grosse Mehrheit der Bevölkerung (ca. 75 % aller Todesfälle). Kennzeichnend für die «spezialisierte Palliative Care» ist u.a. der Einsatz komplexer und anspruchsvoller medizinischer Prozeduren (z.B. zur Schmerzlinderung). Schätzungsweise 20 % aller Palliative Care Patientinnen und Patienten benötigen im Verlauf ihrer Erkrankung punktuell oder über längere Phasen Leistungen der spezialisierten Palliative Care.

3.3.1 Handlungsbedarf

Wesentlich für die allgemeine Palliative Care ist die frühzeitige, vorausschauende Identifikation von Bedürfnissen und erforderlichen individuellen Massnahmen für die Patientinnen/Patienten und ihr Umfeld. Fachpersonen müssen fähig sein, die relevanten Themen anzusprechen und individualisierte Lösungen anzubieten (resp. die erforderliche Expertise zu mobilisieren). Diese Kompetenzen sind zwar grundsätzlich vorhanden – die Umsetzung

der Nationalen Strategie Palliative Care setzt aber voraus, dass sie systematisch weiter entwickelt werden. Die Analyse im Kapitel 2 belegt, dass dies auch in der Stadt Zürich notwendig ist. Die dazu notwendigen Massnahmen betreffen Fachpersonen der Grundversorgung (Massnahme 2), Vertragspartner der Stadt (Massnahme 3) und städtische Dienstabteilungen (Massnahme 4).

3.3.2 Massnahme 2 – Informations- und Bildungsangebote für Fachpersonen

Das unterentwickelte «Palliative-Care-Verständnis» und die einseitige Wahrnehmung des Themas betreffen nicht nur die Allgemeinbevölkerung sondern auch diejenigen Fachpersonen, die (potenziell) Betroffenen und ihren Nahestehenden bei dem schwierigen Nachdenken über das Lebensende begleitend, beratend und unterstützend zur Seite stehen sollten, wie zum Beispiel Ärztinnen und -ärzte (insbesondere in der Grundversorgung), Pflegerinnen und Pfleger, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter etc. (zumindest sofern sie nicht gezielt im Bereich Palliative Care aus- oder weitergebildet wurden). Wie die Europäische Gesellschaft für Palliative Care (EAPC) festhält, stellt die Unsicherheit darüber, welche Patientinnen und Patienten sich in einer palliativen Situation befinden, nach wie vor ein wesentliches Hindernis für den Zugang zur allgemeinen Palliative Care dar.²⁹ Eine weitere Herausforderung liegt darin, dass Palliative Care in Europa überwiegend bei Patientinnen und Patienten mit fortgeschrittenen Tumorerkrankungen zur Anwendung kommt. Dies obwohl viele Patientinnen und Patienten mit anderen Leiden wie Herz- Lungen-, Nieren-, neurologischen oder dementiellen Erkrankungen gleichermaßen auf Palliative Care angewiesen wären.

Gerade bei Palliative Care sind die behandelnden Vertrauenspersonen für die Meinungsbildung der Betroffenen von grosser Bedeutung. Es gilt, pragmatisch, effizient und im Rahmen der städtischen Möglichkeiten die Wissens- und Verständnislücken zu schliessen, so dass die relevanten Fachpersonen befähigt sind, die notwendige Unterstützung zu leisten – dies ist vor dem Hintergrund einer intensiveren Orientierung der Stadtzürcher Bevölkerung (Massnahme 1) besonders wichtig. Dabei soll die Stadt die hohe Kompetenz des Stadtsitals Waid in den Bereichen Geriatrie und Palliative Care nutzen und darauf aufbauen.

- *Kern der Massnahme:* Das Kompetenzzentrum für Palliative Care des Stadtsitals Waid pflegt im Bereich Palliative Care ein regelmässiges, aktuelles und zielgerichtetes Informations- und Bildungsangebot für Fachkräfte. Dazu gehören Informationsveranstaltungen zu Palliative Care, die Integration des Themas in bestehende Veranstaltungen (z.B. Waid Forum) und die Durchführung von Bildungsmodulen im Rahmen von relevanten Veranstaltungen anderer Anbieter. Das Angebot wird laufend weiterentwickelt und berücksichtigt wo relevant die Besonderheiten und gesetzlichen Vorgaben in der ärztlichen Bildung.
- *Erwartete Wirkung:* Durch die strukturierte Bearbeitung des Themas und massgeschneiderte, pragmatische Bildungsangebote für die Zielgruppe der Fachpersonen wird das Thema amplifiziert. Es entsteht ein Netzwerk von Interessierten, die besser im Stande sind, ihre Patientinnen und Patienten zu beraten und zu begleiten. Bestehende

²⁹ siehe Bundesamt für Gesundheit BAG, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK und palliative.ch (2015): Allgemeine Palliative Care. Empfehlungen und Instrumente für die Umsetzung

Angebote sind auch besser bekannt und werden durch die Fachpersonen als Multiplikatoren weiter getragen.

Zur Evaluation der Massnahme und ihrer Wirkung können im Rahmen der Pilotphase unter anderem folgende Parameter geprüft werden:

- Reichweite der Bildungsangebote (Anteil erreichter Fachpersonen innerhalb der Zielgruppe in der Stadt Zürich)
 - Regelmässigkeit der Benutzung der Bildungsangebote
 - Selbsteinschätzung von teilnehmenden und nicht teilnehmenden Fachpersonen im Umgang mit Palliative Care und dazu gehörigen Themen
 - Indirekte Wirkung auf die Bevölkerung (siehe auch Massnahme 1: Nutzung von Angeboten (insbesondere auch von nicht-onkologischen Patientengruppen), Anteil Personen mit einer Patientenverfügung etc.).
- Zur *Umsetzung* dieser Massnahme gehören die Definition der relevanten Informations- und Bildungsinhalte, die Planung des Angebots und seine Durchführung. Diese erfolgt mit Vorteil im Netzwerk mit relevanten Partnern – sowohl innerhalb der Stadtverwaltung (z.B. PZZ) als auch ausserhalb (z.B. palliative zh+sh) – und unter Nutzung bestehender Veranstaltungen und Gefässe. Weiter gehört die Identifikation und aktive Bearbeitung der Zielgruppe der Fachpersonen (Bewerbung der Veranstaltungen, Sicherstellung von Fortbildungs-Credits, Einholen von Feedback etc.) zur Umsetzung der Massnahme. Es ist im Rahmen der Massnahme zu prüfen, ob spezifische Veranstaltungen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der betroffenen städtischen Dienstabteilungen durchgeführt werden sollten, resp. ob die Ausbildungsmodule der einzelnen Dienstabteilungen koordiniert und aufeinander abgestimmt werden können.
 - Die *Verantwortung* für die Massnahme (Planung, Umsetzung, Evaluation, inkl. Vernetzung / Marketing, Antragstellung zur Fortführung) obliegt dem Stadtspital Waid resp. dessen Leitung Akutgeriatrie / Palliative Care. Im Sinne der Effizienz wird das SWZ diesbezüglich als Kompetenzzentrum positioniert, das die gesamte Verantwortung für die Realisierung der medizinischen Elemente des vorliegenden Konzepts trägt. Dazu gehören neben dem Bildungsangebot (Massnahme 2) auch die medizinische Fachexpertise für die relevanten Verträge des SGD (Massnahmen 3 und 5), für die Weiterentwicklung der Kompetenz der städtischen Dienstabteilungen (Massnahme 4) und für die Pflege eines Netzwerkes fachkundiger, ambulant tätiger Ärztinnen und Ärzte (Massnahme 6). Bei der Wahrnehmung dieser Rolle als Kompetenzzentrum sorgt das SWZ dafür, dass Wissen und Expertise anderer Dienstabteilungen (insbesondere der Pflegezentren) mobilisiert und eingebunden wird.
 - *Ressourcen / Budget*: Die personellen Ressourcen für diese Massnahme sind im SWZ zu verankern. Es ist sinnvoll, insgesamt Ressourcen von 0.6 Stellen für alle Aufwendungen und Aktivitäten des Kompetenzzentrums zu reservieren (also für alle Massnahmen 2 bis 6). Diese Ausstattung soll im Rahmen der Pilotphase geprüft werden, so dass sie im Hinblick auf die dauerhafte Weiterführung der Massnahmen bei Bedarf angepasst werden kann. Für die Bildungsmodule werden zudem 30 000 Franken für Sachkosten (Organisation der Veranstaltung, Unterlagen etc.) vorgesehen. Ein Teil der Aufwendungen soll durch die Teilnehmenden resp. durch die entsendenden Institutionen getragen

werden. Es ist sinnvoll, die Inhalte der Veranstaltungen und Angebote mit den relevanten Fachgesellschaften so abzustimmen, dass durch die Teilnahme Credits für die einzelnen Fachrichtungen / Dignitäten erworben werden können.

3.3.3 Massnahme 3 – Systematische Erfüllung von Palliative Care-Anforderungen durch Vertragspartner

Die Stadt Zürich wirkt in der Betreuung und Gesundheitsversorgung der Stadtbevölkerung direkt (mit ihren Dienstabteilungen resp. mit der SAW) und über Vertragspartner. Gegenwärtig sind das die Spitex-Organisationen Spitex Zürich Limmat, Spitex Zürich Sihl und Spitex SAW. Künftig sind auch andere Vertragsbeziehungen denkbar. Sofern der Gegenstand des Vertrags für Palliative Care relevant ist, ist es sinnvoll, systematisch sicherzustellen, dass die Thematik Palliative Care explizit im Auftrag verankert wird (Definition von Anforderungen, Monitoring). Im Zuge der Konkretisierung und Umsetzung der Nationalen Strategie Palliative Care, werden die Richtlinien, Tools und Anforderungen laufend weiterentwickelt, auch um die Bedürfnisse von Palliative Care PatientInnen frühzeitig zu erkennen (vgl. Kap. 2.3 zur rechtzeitigen Erkennung von Palliative Care Bedürfnissen). Das BAG empfiehlt verschiedene Instrumente (wie z.B. NECPAL), um Patientinnen und Patienten, die Palliative Care benötigen, besser zu identifizieren.³⁰ Die Aufteilung nach Diagnosegruppen (u.a. «Krebs», «Herz-/Kreislaufkrankungen», «neurologische Erkrankungen», «Demenz») ermöglicht es, auch die Bedürfnisse von nicht-onkologischen PatientInnen in der allgemeinen Palliative Care gezielter zu erfassen. Dabei gilt es, für eine möglichst gute Verbindung der Wahrnehmung verschiedener Gesundheitsfachpersonen mit den Wünschen und Präferenzen der Patientinnen und Patienten zu sorgen. Gegenwärtig werden für die vorausschauende Behandlungsplanung zum Beispiel die Konzepte für ACP (Advance Care Planning) präzisiert und verfeinert. Sie sollen anschliessend über die relevanten Fachkanäle implementiert werden. Wegen der steten Weiterentwicklung von Palliative Care ist es somit sinnvoll, die relevanten Vertragsinhalte in regelmässigen Zeitabständen zu revidieren, damit die Leistung für die Bevölkerung immer auf dem neusten Stand ist.

- *Kern der Massnahme:* Die Stadt Zürich sorgt systematisch dafür, dass die Komponente «Palliative Care» überall wo relevant ein Bestandteil des Versorgungsauftrags an Dritte ist und explizit in den entsprechenden Verträgen verankert wird (zu erbringende Leistungen, Monitoring / Controlling). Die Inhalte richten sich nach dem jeweilig aktuellen Stand der entsprechenden Richtlinien und Grundlagen (insbesondere Nationale Strategie Palliative Care, Fachempfehlungen etc.). Dabei soll auch für Patientinnen und Patienten, die noch nicht ins Palliative Care Versorgungsnetz eingebunden sind, der Zugang zur Einleitung von Interventionen verbessert werden.
- *Erwartete Wirkung:* Es wird sichergestellt, dass die im Rahmen der Verträge betreute Stadtbevölkerung auf einem hohen Standard versorgt wird. Ferner trägt das wiederkehrende Gespräch zwischen Stadt und Vertragspartnern dazu bei, dass beide Seiten über die aktuell geltenden Standards im Bild sind und gemeinsam überlegen, wie diese am besten umgesetzt werden können.

Zur Evaluation der Massnahme und ihrer Wirkung können im Rahmen der Pilotphase unter anderem folgende Parameter geprüft werden:

³⁰ siehe Fussnote 6, Empfehlungen und Instrumente für die Umsetzung des BAG.

- Zahl der Notfalleinweisungen durch die Spitex;
 - Nutzung der Beratungsangebote von palliative zh+sh und des Pallifons durch die Stadt Zürcher Bevölkerung.
- *Umsetzung:* Die Leistung im Bereich der allgemeinen Palliative Care gehört zu den wesentlichen Aufgaben der spitalexternen Versorgung. Die beauftragten Spitex-Organisationen erbringen diesbezüglich gemäss Einschätzung der Expertengruppe und der SGD eine gute Leistung. Das heisst, dass gegenwärtig kein akuter Handlungsbedarf besteht diese Verträge zu prüfen oder anzupassen. Die städtische Auftraggeberin (SGD) soll aber die bestehenden Vereinbarungen mit einem Blick auf abschätzbare künftige Entwicklungen (insbesondere neue Fachempfehlungen und Umsetzung von Instrumenten und Konzepten, wie z.B. ACP) analysieren und Anhaltspunkte für die Weiterentwicklung der Vertragsinhalte identifizieren, die mit ausreichendem Vorlauf in die Diskussionen mit den Partnern eingebracht werden können. Es gilt, die jetzige gute Ausgangslage zu nutzen, um einen Prozess der steten Verbesserung der Verträge einzuleiten. Für die Analyse der Ausgangslage und die Identifikation von neuen Möglichkeiten und Chancen sollen sich die SGD mit Vorteil auf das Kompetenzzentrum im SWZ stützen.
 - Die *Verantwortung* für die Massnahme liegt bei den SGD, wobei das Kompetenzzentrum im SWZ die fachlichen Inhalte liefert.
 - *Ressourcen / Budget:* Die Massnahme ist Bestandteil des laufenden Vertragsmanagements und soll über die Linie (Auftrag des VGU an SGD) und im Rahmen der bestehenden Ressourcenausstattung umgesetzt werden.

3.3.4 Massnahme 4 – Systematische Erfüllung von Palliative Care-Anforderungen durch Dienstabteilungen des GUD

Die Stadt als Erbringerin von Pflege- und Betreuungsleistungen (von Wohnen im Alter für nach wie vor gesunde und selbständige Menschen bis hin zu Langzeitpflege und Akutspitäler) ist eine wesentliche Akteurin bei der Umsetzung der Nationalen Strategie Palliative Care. Es gilt sicherzustellen, dass sie diese Aufgabe erfüllt und dass ihre Institutionen diesbezüglich zu den Besten gehören. Dadurch, dass die Stadt eine hohe Messlatte setzt, trägt sie auch indirekt zur Qualität der gesamten Versorgung bei, indem sie andere Institutionen anspricht. Ferner ist die Pflege eines hohen Standards auch Ausdruck einer «zukunftsorientierten Altersversorgung» im Sinne der «Strategien Zürich 2035».

Alle Dienstabteilungen des GUD sind dementsprechend auch aktiv geworden. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind überall auf das Thema sensibilisiert worden und es bestehen überall mehr oder weniger artikuliert Konzepte oder zumindest Vorstellungen zum Thema. In den Institutionen, die primär für spezialisierte Palliative Care zuständig sind, resp. über eigenes medizinisch-pflegerisches Personal verfügen, sind die Konzepte detaillierter und auch verbindlicher (PZZ, Stadtspitäler). Das SWZ hat eine Station Palliative Care eröffnet, einzelne Pflegezentren sind im Bereich Palliative Care zertifiziert, andere befinden sich auf dem Weg dahin. Die Alterszentren (AZS) verfügen über neu erstellte explizite Konzepte hinsichtlich Palliative Care – das ist im Quervergleich der Branche als gute Leistung zu beurteilen. Es gilt zu berücksichtigen, dass die ASZ für die medizinische Versorgung der Be-

wohnerinnen und Bewohner nicht zuständig sind (diese haben freie Arztwahl): Die ASZ kooperieren entsprechend in der Palliative Care interprofessionell mit den einzelnen externen Ärztinnen und Ärzten ihrer Bewohnerinnen und Bewohner, aber auch mit Fachpersonen aus Psychologie, Pharmazie, Seelsorge und weiteren Therapieberufen. Die Aufgabe, unter dieser Rahmenbedingung gute Palliative Care zu leisten, stellt hohe Anforderungen an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Alterszentren.

Der Entwicklungsstand der Dienstabteilungen bezüglich Palliative Care ist erfreulich. Es besteht jedoch kein systematisches Konzept, das sicherstellt, dass alle Dienstabteilungen ihre Leistungen im Bereich Palliative Care wiederkehrend überprüfen und auf dem jeweils aktuellen Stand des Wissens und der Fachlichkeit ausrichten. Gerade im schwerer fassbaren Bereich der allgemeinen Palliative Care, leidet die Bevölkerung unter der relativen Schwäche der Hausarztmedizin (wenige Ärztinnen und Ärzte, insbesondere fehlende Ärztinnen und Ärzte mit Basiskenntnissen in Palliative Care, weniger Zeit pro PatientIn, ungünstiges Tarifsystem). Andererseits ist die vorausschauende Klärung der Wünsche und Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten sehr wichtig. Es entstehen hier auch neue Instrumente (Advanced Care Planning), die sehr wirksam sind, aber in fachlicher und zeitlicher Hinsicht hohe Ansprüche stellen. Es ist somit sinnvoll, vertieft über die bestmögliche Umsetzung von Palliative Care auch und gerade in den Institutionen des Wohnens im Alter nachzudenken.

- *Kern der Massnahme:* Das GUD sorgt dafür, dass die eigenen Dienstabteilungen über Palliative Care-Konzepte verfügen, die den Anspruch der Stadt auf eine qualitativ hochstehende Medizin, Pflege und Betreuung erfüllen und laufend an den neuen Entwicklungen der Fachlichkeit ausgerichtet werden. Die Ziele, die Standards und die Prozesse der Betreuung sind explizit definiert und es besteht ein nachvollziehbarer Plan zu ihrer Umsetzung.
- *Erwartete Wirkung:* Die Stadtzürcherinnen und Stadtzürcher können sich auf ein gutes Niveau der Palliative Care-Betreuung in den städtischen Institutionen verlassen. Gerade für noch gesunde und selbstständige Bewohnerinnen und Bewohner der Alterszentren und der SAW ist es wichtig, dass sie Zugang zur vorausschauenden allgemeinen Palliative Care erhalten und allenfalls auch auf eine individualisierte Beratung / Begleitung zurückgreifen können, da die dafür zuständige hausärztliche Grundversorgung punkto Kapazität (Ärztmangel), inhaltlich (Erfahrung mit Palliative Care) und tariflich (Limitation der Zeit pro Patient, wenig Zeit für gesprächsorientierte Medizin etc.) an Grenzen stösst.

Zur Evaluation der Massnahme und ihrer Wirkung können im Rahmen der Pilotphase unter anderem folgende Parameter geprüft werden:

- qualitative Evaluation der Konzepte der Dienstabteilungen durch externe Instanz;
- Selbsteinschätzung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Bezug auf Kompetenz, Nutzen für PatientInnen und Zufriedenheit;
- Regelmässigkeit und Nutzung von Fallbesprechungen und Super- und Intervisionen;
- Selbsteinschätzung von Stadtzürcherinnen und Stadtzürchern in den städtischen Institutionen bezüglich Zugang zur vorausschauenden allgemeinen Palliative Care und zu einer individualisierten Beratung / Begleitung (v.a. auch in der SAW).

- *Umsetzung:* Die Umsetzung muss primär durch die jeweiligen Dienstabteilungen sichergestellt werden. Sie kennen die Bedürfnisse ihrer Patientinnen und Patienten resp. Bewohnerinnen und Bewohner am besten. Sie können auch am besten abschätzen, wie allfällige Lücken geschlossen werden können und welche Anforderungen für Prozesse und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gelten. Es gilt aber, über die betroffenen Dienstabteilungen hinweg eine Übersicht zu pflegen, wo welche Konzepte gelten und wie die Umsetzung fortschreitet. Dies nicht im Sinne einer Kontrolle, sondern eher im Sinne des Lernens voneinander. Es ist ein Prozess vorzusehen, in welchem Konzepte erstellt und in regelmässigen Abständen (3–5 Jahren) revidiert werden, sowie ein Mechanismus zum Monitoring der Umsetzung und Sammlung relevanter Erfahrungen.
- Die *Verantwortung* für die Massnahme liegt bei den einzelnen Dienstabteilungen. Die SGD übernehmen die Koordination (Taktangabe bei der Konzeptrevison, Mindestinhalte, Sammeln und Amplifizieren guter Erfahrungen etc.) und das Kompetenzzentrum im SWZ liefert die fachlichen Grundlagen (inkl. fachliche Begleitung der Erarbeitung der Konzepte, falls nötig / gewünscht).
- *Ressourcen / Budget:* Die kontinuierliche Verbesserung der eigenen Leistungen gehört zu den Aufgaben der Dienstabteilungen und soll auch für Palliative Care im Rahmen der bestehenden Ressourcen erledigt werden. Ausserordentliche Aufwendungen, z.B. im Bereich Bildung, sind über den Budgetprozess zu beantragen. Die Aufwendungen des Kompetenzzentrums SWZ für fachliches Coaching / fachliche Begleitung sind durch die Ressourcen abgedeckt, die unter Massnahme 2 vorgesehen wurden. Für die Koordination inkl. Begleitung der Dienstabteilungen werden bei den SGD 0,1. Stellen vorgesehen.

3.4 Ebene «spezialisierte Palliative Care»

Auf der Ebene «spezialisierte Palliative Care» geht es um die Betreuung einer relativ kleinen Anzahl Palliative Care Patientinnen und Patienten (20 %), die im Verlauf ihrer Erkrankung ein- oder mehrmals auf eine spezialisierte Unterstützung durch Mobile Palliative Care Teams angewiesen sind oder dauerhaft oder vorübergehend in einer spezialisierten Palliative Care Station, in einem Spital oder in einem Hospiz betreut werden müssen. Diese komplexen Betreuungsbedürfnisse ergeben sich aus der Komplexität und Instabilität ihrer Krankheitssituation und / oder aus einem bestehenden Betreuungsumfeld, das seine Belastungsgrenze überschritten hat.

3.4.1 Handlungsbedarf

Die spezialisierte Palliative Care wird im Grossraum der Stadt Zürich stationär durch verschiedene Einrichtungen angeboten (Palliative Care Stationen im Stadtspital Waid, im Universitätsspital, im Spital Zollikerberg und in der Klinik Susenberg; spezialisierte Palliative Care Station des Pflegezentrums Mattenhof; die Hospize Pallivita Bethanien (bis 2018) und Lighthouse).

Ambulant werden die Patientinnen und Patienten durch die spezialisierten mobilen Palliative Care Teams (MPCT) der beauftragten Spitex-Organisationen Spitex Zürich Sihl (Fachdienst Palliative Care) und Spitex Zürich Limmat (Fachstelle Palliative Care) betreut. Wie in

Kapitel 2 dargelegt, besteht aber ein Handlungsbedarf an den Schnittstellen zu anderen Leistungserbringern und bei der ärztlichen Unterstützung. Es sind Verbesserungen möglich durch:

- die Definition verbindlicherer Prozesse an der Schnittstelle zu anderen Institutionen (systematische, strukturierte Übernahme und Übergabe von Patientinnen und Patienten von der resp. zur stationären Betreuung) zur Sicherstellung einer optimalen Kontinuität der Betreuung;
- die Ausarbeitung verbindlicher Prozesse der Zusammenarbeit überall dort, wo die Mobilien Palliative Care Teams Leistungen, Ressourcen und Unterstützung von verschiedenen Partnern und Mitbeteiligten der Betreuung mobilisieren müssen (von der Verfügbarkeit von Medikamenten und Hilfsmitteln rund um die Uhr bis hin zur vorab geregelten interprofessionellen Zusammenarbeit mit Freiwilligenorganisationen, Seelsorgern, psycho-sozialen Diensten etc.);
- die Verfügbarkeit fachkundiger, im Bereich Palliative Care spezialisierter Ärztinnen und Ärzte, die den Fachpersonen der MPCT bei der Klärung der Patientenbedürfnisse, der Festlegung der bestmöglichen Betreuung, der Begleitung ihrer Umsetzung und dem Umgang mit Krisen und Veränderungen unterstützend rund um die Uhr zur Seite stehen (zweite / dritte Unterstützungslinie) – konsiliarisch oder (wenn nötig) auch mit Leistungen bei den Patientinnen und Patienten.

Durch die Stärkung des Betreuungsprozesses und des Unterstützungsnetzwerks um die MPCT, die Erhöhung der Verfügbarkeit (Mobilisierung interprofessioneller und ärztlicher Unterstützung bei Bedarf / in Krisensituationen) und die Ausweitung des Spektrums an verfügbaren mobilen Interventionen vor Ort (nicht nur pflegerisch, sondern auch medizinisch, psycho-sozial, spirituell, Begleitung für die Angehörigen etc.) soll sichergestellt werden, dass alle Patientinnen und Patienten, die das wünschen, möglichst zu Hause betreut werden können. Es ist das Ziel, die Anzahl vermeidbarer Verlegungen und Hospitalisationen auf ein Minimum zu reduzieren.

Die praktische, mehrjährige Erfahrung der WHO-Pilotregion Katalonien setzt sich in Kooperation mit anderen europäischen Initiativen³¹ für eine verbesserte spezialisierte Versorgung (auch von nicht-onkologischen PatientInnen) ein und belegt, dass optimal ausgestattete, hoch verfügbare und vernetzte MPCT die Anzahl Spitaleinweisungen in der Langzeitpflege deutlich reduzieren können.³² Eine vertiefte Bedarfsabklärung «Mobile Palliative-Care-Dienste (MPCD)» im Kanton Luzern kommt zum Ergebnis, dass in den Alters- und Pflegeheimen die Zahl von Spitaleinweisungen in der letzten Lebensphase gering war, wobei diese nur bei Bewohnerinnen und Bewohnern erfasst wurden, die im Spital starben und nicht zurück ins Pflegeheim verlegt wurden. Die Studie weist darauf hin, dass rund 90 Prozent der Eintritte mit Sterbeort Spital von zu Hause aus erfolgten, wobei sich der konkrete

³¹ Comprehensive and Integrated Palliative Care for People with Advanced Chronic Conditions: An Update From Several European Initiatives and Recommendations for Policy. Xavier Gomez-Batiste, Scott A. Murray, Keri Thomas et al. *Journal of Pain and Symptom Management*, Vol. 53 No. 3, March 2017.

³² The Catalonia WHO Demonstration Project of Palliative Care: Results at 25 Years (1990–2015). Xavier Gomez-Batiste, Carles Blay, Marisa Martinez-Munoz et al. *Journal of Pain and Symptom Management*, Vol. 52 No. 1, July 2016.

Anteil vermeidbarer Spitaleintritte nur schwer beziffern lasse.³³ Das geht auch aus andern internationalen Studien hervor. Die Luzerner Studie hält fest, dass es häufig die Überlastung, Ängste und Unsicherheit der über lange Zeiträume in einer hohen Intensität betreuenden Angehörigen sind, die zu einem Spitaleintritt gegen das Lebensende der betroffenen PatientInnen führen. Durch die obengenannte Stärkung des Unterstützungsnetzwerks um die MPCT mit Ausweitung des Spektrums an verfügbaren mobilen Interventionen vor Ort (nicht nur pflegerisch, sondern auch medizinisch, psychosozial, spirituell, Begleitung für die Angehörigen etc.), profitieren nicht nur Patientinnen und Patienten sowie Angehörige (Fortführung der Betreuung im gewohnten Setting und ohne Brüche), sondern auch die Allgemeinheit (Dämpfung der Gesundheitskosten).

3.4.2 Massnahme 5 – Weiterentwicklung Mobile Palliative Care Teams in der Stadt Zürich

Die Stadt Zürich schafft die Voraussetzungen für eine optimale mobile Betreuung der Patientinnen und Patienten im Bereich spezialisierte Palliative Care, indem sie Ressourcen für die Definition aller notwendigen Prozesse und Formen der Zusammenarbeit an der Schnittstelle verfügbar macht (sowohl zu den vor- / nachgelagerten Leistungserbringern wie auch zu allen relevanten, mitbeteiligten Dienstleistern – logistische Leistungen, psycho-soziale, spirituelle Unterstützung etc.).

Die entsprechenden Verträge mit den Spitex-Organisationen werden weiterentwickelt, um:

- die neue, breite, interprofessionelle Definition der Leistung sowie die dazugehörigen Prozesse, Standards (gemäss Nationaler Strategie Palliative Care) und Indikatoren abzubilden;
- sicherzustellen, dass die mobilen Teams nicht nur in Privathaushalten, sondern bei Bedarf (und auf Wunsch der jeweiligen Institutionen) auch in städtischen und privaten Institutionen der Langzeitpflege und -betreuung eingesetzt werden könnten; dazu sind geeignete Modelle zur Vergütung der Leistungen der mobilen Teams zu prüfen (denkbar wäre z.B. ein Splitting der Kosten).

Die Verträge sind so zu gestalten, dass einheitliche Prozesse, Lösungen, Standards, Schnittstellen für beide Spitex-Organisationen gelten. Die Koordination zwischen Spitex Zürich Sihl und Spitex Zürich Limmat ist dem entsprechend explizit zu verankern.

- *Kern der Massnahme:* Die Stadt Zürich sorgt im Rahmen der vertraglichen Beauftragung für die spitalexterne Versorgung dafür, dass Patientinnen und Patienten der spezialisierten Palliative Care vor Ort (zu Hause, aber auch wenn sinnvoll im Pflegeheim / im Altersheim) rund um die Uhr (24x7) optimal betreut werden. Die verantwortlichen Spitex-Organisationen werden beauftragt:
 - entsprechende Standards und Indikatoren zu definieren;
 - die erforderlichen Prozesse zu erarbeiten, zu pflegen und weiterzuentwickeln (Arbeitsprozesse, Prozesse zur Einbindung anderer Leistungserbringer, Prozesse an

³³ Vertiefte Bedarfsabklärung im Kanton Luzern, Schlussbericht im Auftrag des Vereins Palliativ Luzern und des Gesundheits- und Sozialdepartements des Kanton Luzern. M. Wächter, A. Bommer & S. Rabhi-Sidler, Institut für Wirtschaft und Soziale Arbeit der Hochschule Luzern.

der Schnittstelle zu vor- / nachgelagerter Betreuung, direkte Einweisung auf Palliativstationen, allenfalls zentrales Materiallager etc.);

- die notwendigen Arbeitsbeziehungen mit unterstützenden Organisationen (z.B. Apotheke, Logistik, spirituelle Betreuung, Freiwillige etc.) aufzubauen;
 - Zugang zu Fachpersonen der Psychologie/-therapie, der Sozialen Arbeit und der Seelsorge zu verbessern, indem vorhandene Ressourcen bestmöglich genutzt und optimiert werden.
- *Erwartete Wirkung:* Durch eine Stärkung der Mobilien Teams werden mehr Patientinnen und Patienten zu Hause, im gewohnten Setting und ohne disruptive Verlegungen betreut. Falls dennoch eine stationäre Behandlung indiziert ist, können Betroffene ohne belastende Umwege über die Notfallstation direkt auf eine Palliativstation überwiesen werden. Durch die systematische Einbindung aller relevanten Betreuungsaspekte und dazugehöriger Organisationen und Fachlichkeiten und durch die Positionierung des MPCT als Drehscheibe, die bei Bedarf nach spezialisierter Pflege und Betreuung die interprofessionelle Betreuung aus einer Hand koordiniert, wird sichergestellt, dass die Bedürfnisse der Betroffenen und ihrer Angehörigen individuell und flexibel abgedeckt werden können. Durch die Ausarbeitung von Vergütungslösungen für den Einsatz der MPCT bei interessierten städtischen und privaten Institutionen der Altersbetreuung und der Pflege wird erreicht, dass Patientinnen und Patienten in ihrem gewohnten Setting betreut werden – Bewohnerinnen und Bewohner in Altersheimen müssen ebenso selten wie solche zu Hause ins Spital verlegt werden.

Zur Evaluation der Massnahme und ihrer Wirkung können im Rahmen der Pilotphase unter anderem folgende Parameter geprüft werden:

- Zahl der Einsätze der MPCT in Langzeitinstitutionen;
 - Selbsteinschätzung von Fachpersonen in der Langzeitpflege bezüglich ihrer Sicherheit im Umgang mit Palliative Care und dazugehörigen Themen;
 - Zahl von Einweisungen der Spitex in Palliativ- und Notfallstationen;
 - Zahl von übrigen Fachpersonen (aus Psychologie, Sozialer Arbeit, Seelsorge), die von der Spitex beigezogen wurden.
- *Umsetzung:* Die Leistung wird durch die Weiterentwicklung der bestehenden Verträge der Stadt Zürich (SGD) mit den beauftragten Spitex-Organisationen umgesetzt. Den Spitex-Organisationen werden Ressourcen für die Aufbauphase (Entwicklung der Prozesse, Vereinbarungen mit anderen Leistungserbringern etc.) und für die Weiterentwicklung der Prozesse zur Verfügung gestellt.
 - Die *Verantwortung* für die Weiterentwicklung der Mobilien Palliative Care Teams liegt also operativ bei den Spitex-Organisationen. Die Steuerung obliegt den städtischen Gesundheitsdiensten (SGD) und erfolgt über Vertragsgestaltung und Vertragsmonitoring im Rahmen des Courant Normal. Bei der Gestaltung der Verträge stützen sich die SGD auf den fachlichen Input des Kompetenzzentrums im Stadtspital Waid.

- *Ressourcen / Budget:* Die Massnahme ist Bestandteil des laufenden Vertragsmanagements und soll über die Linie (Auftrag des VGU an SGD) und im Rahmen der bestehenden Ressourcenausstattung der SGD umgesetzt werden, einschliesslich der Ausarbeitung von Lösungen zur Vergütung von Leistungen in Alters- und Pflegeheimen. Die fachlichen Inputs sind durch die Ressourcen des SWZ für das Kompetenzzentrum abgedeckt (siehe Massnahme 2). Es wird davon ausgegangen, dass die Leistungen der MPCT keine zusätzlichen Ressourcen auf Ebene Spitex benötigen, resp. dass sie im Rahmen der bestehenden Abgeltung für Spitex-Leistungen abgegolten werden. Den Spitex-Organisationen werden im ersten Jahr 60 Personentage für die Entwicklung der Prozesse zur Verfügung gestellt – für deren Weiterentwicklung in den Folgejahren je 20 Personentage pro Jahr. Für den Einsatz der MPCT in den Alterszentren und anderen Institutionen werden 100 000 Franken pro Jahr reserviert. Dies entspricht ca. 400 Einsatzstunden pro Jahr. Der Einsatz dieser Mittel setzt eine formelle, strukturierte Zusammenarbeit zwischen ASZ/anderen Institutionen und der Spitex voraus.

3.4.3 Massnahme 6 – Aufbau eines medizinischen Palliative Care Dienstes zur Unterstützung von Mobilien Palliative Care Teams in der Stadt Zürich

Die Handlungsfähigkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der MPCT hängt im Wesentlichen davon ab, ob sie in der konkreten Betreuungssituation auf ausreichende ärztliche Unterstützung zurückgreifen können (im Sinne eines Konsiliums oder bei sehr komplexen / instabilen Situationen auch mittels direkter Intervention). Es handelt sich um spezifische ärztliche Kompetenzen, die nicht bei jeder Hausärztin resp. jedem Hausarzt vorhanden sind, sondern speziell geschult werden müssen. Diese spezialisierte Ärzteschaft erbringt eine wichtige Leistung bei der anfänglichen Einschätzung der Patientinnen und Patienten, bei der Anpassung von Behandlungen und bei der Unterstützung in einer Krisensituation. Diese Leistung erfolgt in Zusammenarbeit mit den betreuenden Haus- oder Fachärztinnen und -ärzten und hat ihnen gegenüber einen subsidiären Charakter. Die Leistungen sind im relevanten TARMED-Tarif ungenügend vergütet. Dementsprechend besteht kein Netzwerk von Ärztinnen und Ärzten, die über das erforderliche Können verfügen und bereit sind, diese Leistung an der Patientin, dem Patienten, resp. als Unterstützung für die MPCT, zu erbringen. Ohne diese ärztliche Unterstützung ist keine sinnvolle und wirksame mobile Betreuung in der spezialisierten Palliative Care möglich. Diese Lücke gilt es zu schliessen. Solange die Tarife diese Leistung nicht abdecken, ist eine Mitfinanzierung der Leistung über städtische Mittel subsidiär zu gewährleisten.

- *Kern der Massnahme:* Das Kompetenzzentrum im Stadtspital Waid fördert den Aufbau eines Pools fachkundiger Ärztinnen und Ärzte, die für Konsilien und Behandlungen an der Patientin, dem Patienten im Rahmen der spezialisierten Palliative Care zur Verfügung stehen. Das Kompetenzzentrum geht dabei von seiner Tätigkeit in der Fort- und Weiterbildung von Fachleuten aus (siehe Massnahme 2). Es sorgt zusammen mit den interessierten Ärztinnen und Ärzten und mit den Spitex-Organisationen für die Definition und kontinuierliche Verbesserung des Betreuungsmodells, einschliesslich der ärztlichen Leistungen, der Betreuungsprozesse, der Qualitätsstandards und der erforderlichen Qualifikationen. Die städtischen Gesundheitsdienste (SGD) erstellen die notwendigen Vertragsgrundlagen zum Einsatz, zur Entlohnung und zur Abrechnung der ärztlichen Leistungen, wobei die dazugehörigen administrativen Prozesse explizit definiert und inhaltlich mit der Beauftragung der Spitex-Organisationen abgestimmt werden. Die MPCT

der Spitex-Organisationen setzen den vereinbarten Prozess zusammen mit den Ärztinnen und Ärzten um und dokumentieren die Leistung für die Abrechnung. Die Stadt Zürich deckt im Rahmen der Pilotphase die durch TARMED nicht gedeckten, im Prozess vorgesehenen ärztlichen Leistungen aus eigenen Mitteln und setzt sich politisch für die Leistungsdeckung mittels KVG ein.

- *Erwartete Wirkung:* Das strukturierte, interprofessionelle Zusammenwirken von fachkundiger Ärzteschaft, Pflege und unterstützenden Leistungserbringern schafft eine robuste mobile palliative Versorgung, die den Betroffenen ein Verbleiben im gewohnten Umfeld und den Angehörigen die notwendige Entlastung ermöglicht. Dadurch werden Krisen besser aufgefangen und unzweckmässige Verlegungen in ein Spital oder eine andere Institution vermieden. Der medizinische und menschliche Nutzen ist offensichtlich.

Zur Evaluation der Massnahme und ihrer Wirkung können im Rahmen der Pilotphase unter anderem folgende Parameter geprüft werden:

- Grösse des Pools an fachkundigen Ärztinnen und Ärzten sowie Anzahl geleisteter Einsätze in Palliative Care;
- Volumen und Kostendeckungsgrad der ärztlichen Leistungen;
- Anzahl durchgeführter Bildungsveranstaltungen in Institutionen;
- Anzahl der zu Hause behandelten Notfälle / der erstellten Notfallpläne;
- Evtl. Angaben dazu, ob Hospitalisationen in Notfallsituationen verhindert werden konnten.

Diese Massnahme hängt von der Verfügbarkeit einer interessierten, fachkundigen Ärzteschaft ab, die aus Spital- und Heimärztinnen und -ärzten, niedergelassenen Haus- und Fachärztinnen und -ärzten sowie ambulant tätigen Palliative Care Ärztinnen und Ärzten bestehen kann. Die Verfügbarkeit und Bereitschaft ist wiederum bedingt durch eine ausreichende Abgeltung der erbrachten Leistungen, inkl. Entschädigung für Bereitschaft, Pikett, Hausbesuche etc. Die Abgeltung der ärztlichen Palliative Care Leistungen im Rahmen des TARMED ist begrenzt und muss aus städtischen Mitteln mitgetragen werden. Eine robuste palliative Betreuung vor Ort (zu Hause, im Alters- und Pflegeheim) ist nicht nur medizinisch und menschlich zweckmässig und sinnvoll, sie trägt durch die Vermeidung von Spitalaufenthalt auch zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen bei. Einzelne Kantone (z.B. Schaffhausen³⁴) haben dementsprechend beschlossen, diese Lücken mit öffentlichen Mitteln zu schliessen. Es handelt sich um eine Notlösung, da an sich eine Finanzierung über das KVG sinnvoll wäre. Es laufen entsprechende Bemühungen auf Ebene Fachgesellschaft und BAG, um eine Tarifanpassung zu ermöglichen. Die Entwicklungen sind zu verfolgen und zu unterstützen.

- *Umsetzung:* Die Umsetzung muss schrittweise erfolgen. In einem ersten Schritt muss eine Gruppe interessierter Ärztinnen und Ärzte gebildet werden, die unter Fachführung

³⁴ Der Regierungsrat hat am 29. Mai 2018 dem Kantonsrat eine Vorlage zur Umsetzung des Palliative Care Konzepts Schaffhausen unterbreitet. Beantragt wird ein Verpflichtungskredit von 2,25 Mio. Franken zur Finanzierung der Kantonsbeiträge an die beteiligten Leistungserbringer während einer Pilotphase von drei Jahren.

des Kompetenzzentrums und zusammen mit den Spitex-Organisationen ein erstes Betreuungsmodell definiert, umsetzt, evaluiert und weiter verbessert. Die Geschwindigkeit des Aufbaus hängt von personellen Verfügbarkeiten und von der erforderlichen Lernkurve ab und kann noch nicht mit Sicherheit geschätzt werden. Die skizzierten Rollen (Fachsteuerung beim Kompetenzzentrum, vertragliche Regelung und Budgetmanagement bei den SGD, Administration bei den Spitex-Organisationen) und die Regelung der Finanzierung schaffen die notwendigen Voraussetzungen. Zur Umsetzung der Massnahme gehört auch ein aktives Engagement für eine systemkonforme, dauerhafte Regelung der Finanzierung im Rahmen des KVG.

- Die *Verantwortung* für den Aufbau und die Weiterentwicklung des ärztlichen Unterstützungsdienstes liegt gemäss dem vorgeschlagenen Rollenmodell beim Kompetenzzentrum und bei den SGD. Die Initiative liegt zuerst beim Kompetenzzentrum, das die Bildung der Ärztgruppe und die Definition des Betreuungskonzepts angeht. Das politische Engagement für die langfristige Lösung der Finanzierung sowie die Ausarbeitung von Lösungen in Zusammenarbeit mit den Krankenversicherern werden von den SGD verantwortet.
- *Ressourcen / Budget:* Für die Anfangsphase sind Projektressourcen von 100 Personentagen zu reservieren (primär Kompetenzzentrum, Anteil für SGD und Spitex-Organisationen mit eingerechnet). Die Weiterentwicklung des Betreuungsmodells erfolgt anschliessend im Rahmen der laufenden Ressourcen des Kompetenzzentrums und der SGD. Die Mitwirkung der Ärzteschaft an konzeptionellen Arbeiten im weiteren Verlauf wird in der Anfangsphase definiert und ihre Abgeltung ist Bestandteil der vertraglichen Regelung. Für die Leistung der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte, einschliesslich der konzeptionellen Arbeit und der Leistungen an Patientinnen und Patienten, werden 75 000 Franken pro Jahr reserviert.³⁵ Ein explizit definiertes Betreuungsmodell inkl. Leistungskatalog, ein formeller Abrechnungsprozess und eine vertragliche Regelung sind Voraussetzung für die Nutzung dieser Mittel.

3.5 Evaluation

Die Pilotphase von drei Jahren soll durch eine gezielte und pragmatische Evaluation begleitet und beurteilt werden. Ziel der Evaluation ist es, die Machbarkeit und den Nutzen der im Konzept vorgeschlagenen Massnahmen im Hinblick auf die Überführung in den Dauerbetrieb zu prüfen und Vorschläge zur Verbesserung auszuarbeiten. Der Fokus liegt also primär in der praktischen Umsetzung der Massnahmen, den damit verbundenen Schwierigkeiten, der Reichweite etc. Es handelt sich dabei also hauptsächlich um eine Management-

³⁵ Dies entspricht einem Betrag von 750 Franken pro betreutem Patient resp. betreuter Patientin, unter der Annahme, dass über den Pilotzeitraum im Durchschnitt 10 Personen pro Jahr betreut werden. Gemäss Schätzung der begleitenden Gruppe beansprucht eine Begleitung insgesamt 9 Stunden des Arztes / der Ärztin; davon können ca. 2/3 über TARMED abgerechnet werden, 1/3 hingegen nicht. Diese Lücke gilt es zu finanzieren. Da es sich primär um nicht technische Leistungen handelt, resp. um «Leistungen in Abwesenheit des Patienten», dürfte der Ansatz von 250 Franken pro Stunde realistisch sein.

Evaluation (siehe auch Vorschläge zu den möglichen Indikatoren bei den einzelnen Massnahmen). Es ist sinnvoll, dass die Evaluation begleitend erfolgt (und nicht erst am Ende der Pilotphase):

- Die Indikatoren sind am Anfang der Pilotphase zu definieren;
- Sie sollen in regelmässigen Abständen erhoben und falls nötig fein justiert resp. angepasst werden;
- Aus der laufenden Evaluation sollen in regelmässigen Abständen Berichte zu Handen des Vorstehers des Gesundheits- und Umweltdepartements und der Verantwortlichen für die Pilotphase erstellt werden;
- Die Berichte sollen systematisch analysiert und diskutiert werden, einerseits um Verbesserungen bei der Pilotphase zu identifizieren, und andererseits um ein robustes Fundament für die Überführung in den Dauerbetrieb zu legen.

Die Evaluation soll mit Vorteil extern vergeben werden (Neutralität, Nutzen bereits bestehender Erfahrung etc.). Die Federführung ist beim Departementssekretariat des GUD zu verankern, wobei die Umsetzungsverantwortlichen (SGD und das Kompetenzzentrum im SWZ) eng in die Vorbereitung eingebunden werden. Für die Evaluation sind 125 000 Franken reserviert.

3.6 Mittel für die Pilotphase

Für die dreijährige Pilotphase sind 1 415 000 Franken vorzusehen, die sich wie folgt zusammensetzen:

• Massnahme 1 – «Information über Palliative Care für die Allgemeinbevölkerung»	Fr.	157 200
• Massnahme 2 – «Informations- und Bildungsangebot für Fachpersonen»	Fr.	403 200
• Massnahme 3 – «Systematische Erfüllung von Palliative Care-Anforderungen durch Vertragspartner»	Fr.	---
• Massnahme 4 – «Systematische Erfüllung von Palliative Care-Anforderungen durch Dienstabteilungen»	Fr.	48 600
• Massnahme 5 – «Weiterentwicklung Mobile Palliative Care Teams (MPCT)»	Fr.	387 000
• Massnahme 6 – «Aufbau eines medizinischen Unterstützungsdienstes für die Mobilien Palliative Care Teams»	Fr.	294 600
• Evaluation	Fr.	125 000

Für die Details wird auf die Kapitel zu den einzelnen Massnahmen resp. auf die Übersicht im Anhang verwiesen.

4 Anhang

Anhang 1: Projektteam und Expertengruppe

Projektteam

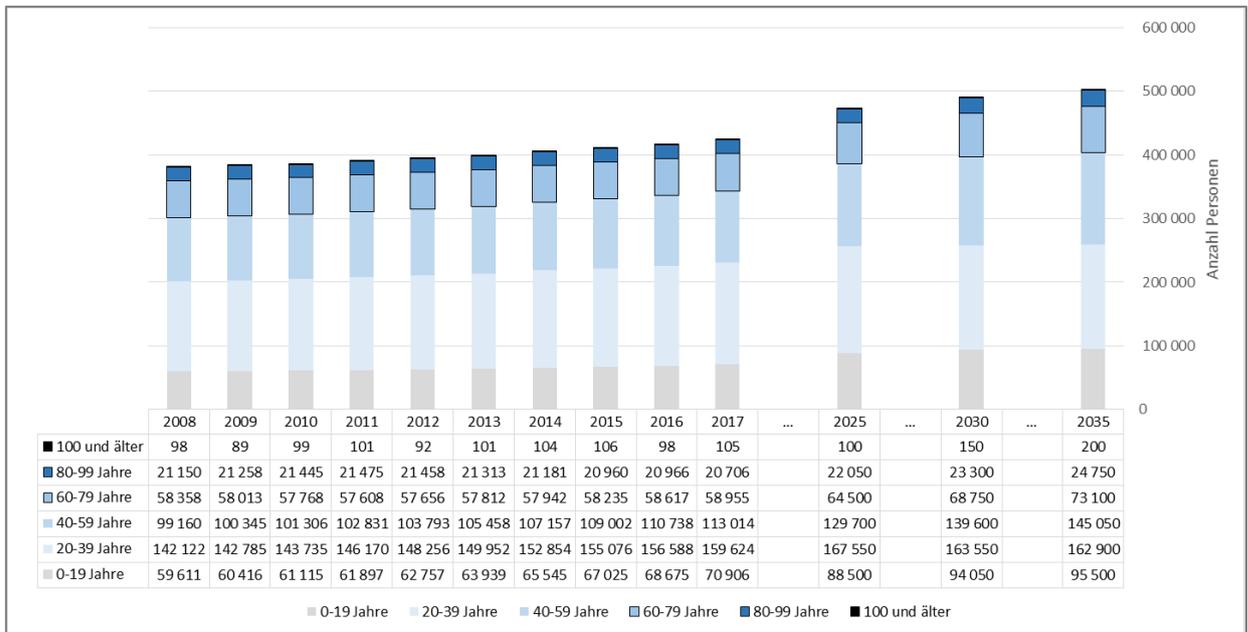
- Claudia Farley (DS GUD)
- Regula Gasser (palliative zh+sh)
- Caroline Moor (DS GUD)
- Monika Obrist (palliative zh+sh)
- Asja Rentsch (DS GUD)
- Athos Staub (externer Projektleiter)

Expertengruppe

- Ambulant tätige Palliative Care Ärztinnen: Katja Fischer, Monika Jaquenod
- Spitex Zürich Limmat AG, Fachstelle Palliative Care: Barbara Steiner, Rosmarij Wijnands
- Spitex Zürich Sihl, Fachdienst Palliative Care: Peter Eckert, Larissa Gehrig
- Spitex Zürich, Stiftung für Alterswohnungen: Andreas Dreier
- Städtische Gesundheitsdienste, GUD: Thomas Büchler
- Alterszentren der Stadt Zürich, GUD: Andrea Christen, Thomas Ehret
- Pflegezentren der Stadt Zürich, GUD: Gaby Bieri, Katharina Tobler
- Stadtspital Waid, GUD: Roland Kunz
- Stadtspital Triemli, GUD: Silvia Richner, Aina Zehnder

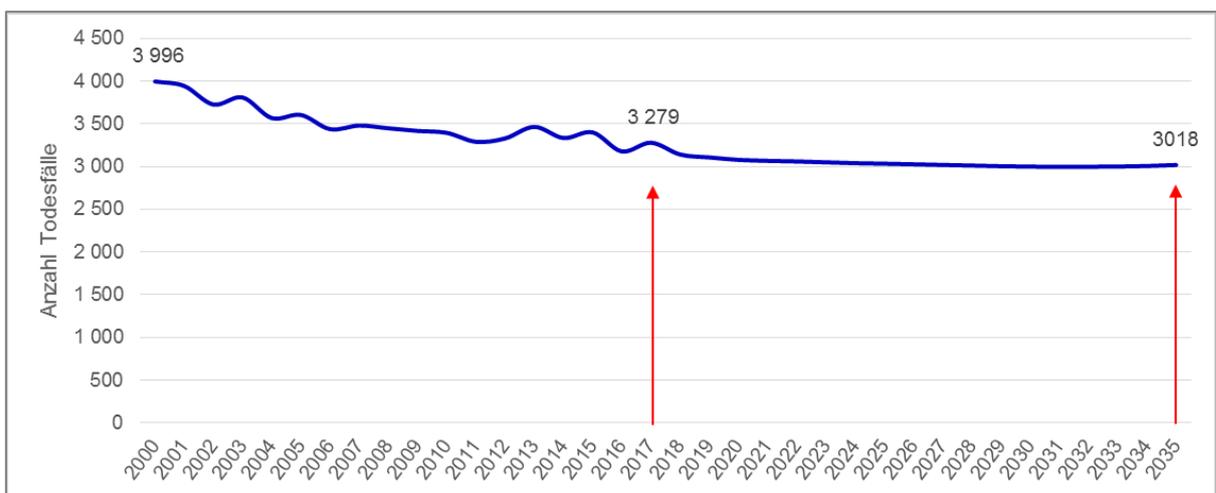
Anhang 2: Abbildungen und Tabellen für Kapitel 2.4

Abb. 1: Bevölkerungsentwicklung und -prognose nach Altersgruppen, 2008–2035 (von 2008 bis 2017 Bevölkerungsbestand, ab 2018 Prognosewerte)



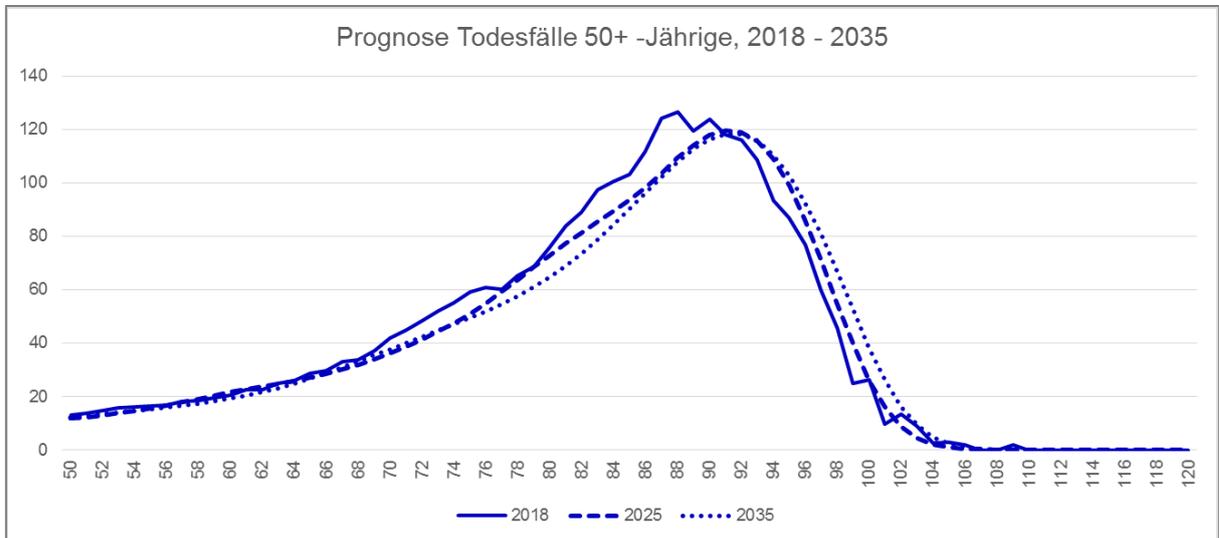
Quelle: Bevölkerungsszenarien der Stadt Zürich (2018; mittleres Szenario)

Abb. 2: Jährliche Todesfälle 2000–2035 (ab 2018 Prognosewerte)



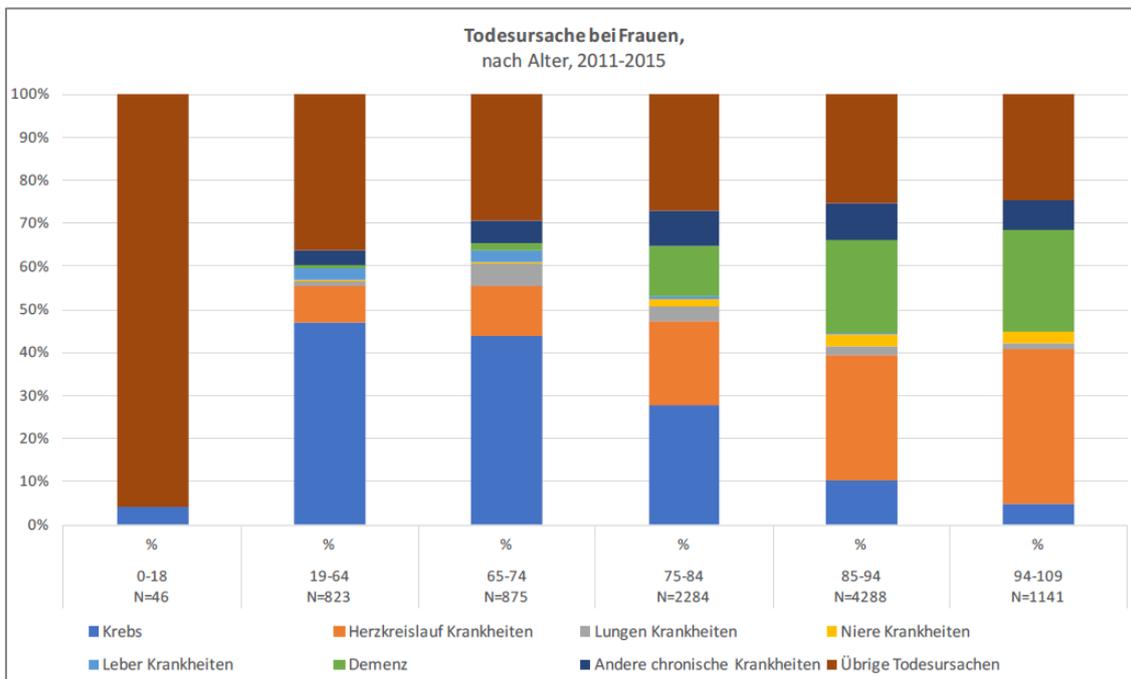
Quelle: Bevölkerungsszenarien der Stadt Zürich (2018): Anzahl Todesfälle; unter Verwendung der BFS Sterblichkeitsraten, altersabhängig auf das erhöhte Sterblichkeitsniveau in der Stadt Zürich angepasst.

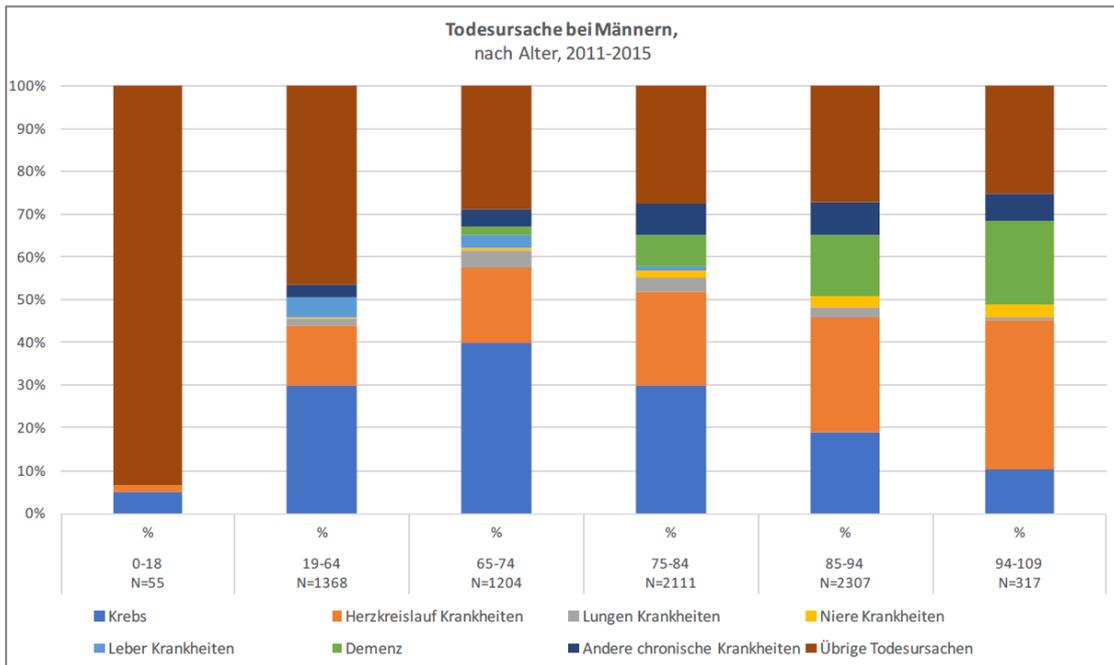
Abb. 3: Anzahl Todesfälle nach Altersjahr ab 50+; Prognosen für die Jahre 2018, 2025 und 2035



Quelle: Bevölkerungsszenarien der Stadt Zürich (2018): Anzahl Todesfälle; unter Verwendung der BFS Sterblichkeitsraten, altersabhängig auf das erhöhte Sterblichkeitsniveau in der Stadt Zürich angepasst.

Abb. 4 und Abb. 5: Todesursachen bei Frauen und Männern, nach Alter (2011–2015)





Quelle: Todesursachenstatistik des Bundesamts für Statistik (BFS); aufbereitet vom IEBP, Universität Zürich. Daten sind alters- und geschlechtsstandardisiert entsprechend der Verteilung im Jahr 2015. Chronische Krankheiten mit Palliative Care Bedarf und übrige Todesursachen klassifiziert nach Et-kind et al. 2017 anhand von ICD-10 Codes: Krebs = C00–C97; Herz-Kreislauf = I00–I52 (exkl. I12 & I13); Lunge = J40–J47, J96; Niere = I12, I13, N17, N18, N28; Leber = K70-K77; Demenz = F01, F03, G30, R54; andere chronische Krankheiten = G10, G12.2, G20, G23.1, G35, G90.3, I60-69, B20-B24; alle nicht-chronischen Krankheiten = restliche ICD-10 Codes.

Budget Pilotphase Konzept Palliative Care (1/2)

Basierend auf einer Pilotphase von drei Jahren (in Fr.)

Massnahme 1 - "Information über Palliative Care für die Allgemeinbevölkerung"				157'200
	FTE	Fr. p.a.	Pilot	
Personalbestand SGD	0.2	32'400	97'200	
Sachaufwand SGD		20'000	60'000	
			<u>157'200</u>	
Massnahme 2 - "Informations- und Ausbildungsangebot für Fachpersonen"				403'200
	FTE	Fr. p.a.	Pilot	
- Personalbestand SWZ (insgesamt für Kompetenzzentrum)	0.6	104'400	313'200	
- Sachaufwand SWZ für Schulungen		30'000	90'000	
			<u>403'200</u>	
Massnahme 3 - "Systematische Erfüllung von Palliative Care-Anforderungen durch Vertragspartner"				
Wiederkehrende Aufgabe im Rahmen der bestehenden Ressourcen der Städtischen Gesundheitsdienste				
Massnahme 4 - "Systematische Erfüllung von Palliative Care-Anforderungen durch Dienstabteilungen"				48'600
	FTE	Fr. p.a.	Pilot	
- Personalbestand SGD	0.1	16'200	48'600	
			<u>48'600</u>	
Massnahme 5 - "Weiterentwicklung Mobile Palliative Care Teams (MPCT)"				387'000
	FTE	Fr. p.a.	Pilot	
- Entwicklung Prozesse, 60 Personentage (PT), einmalig	0.3		52'200	
- Pflege Prozesse, 20 PT jährlich, für die zwei Folgejahre	0.1	17'400	34'800	
- Einsatz der MPCT in den Alterszentren und anderen Institutionen		100'000	300'000	
			<u>387'000</u>	
<i>Summe / Übertrag</i>				996'000

Budget Pilotphase Konzept Palliative Care (2/2)

Basierend auf einer Pilotphase von drei Jahren (in Fr.)

<i>Summe / Übertrag</i>				<i>996'000</i>
Massnahme 6 - "Aufbau eines medizinischen Unterstützungsdienstes für die Mobilen Palliative Care Teams"				294'600
	<i>FTE</i>	<i>Fr. p.a.</i>	<i>Pilot</i>	
- Projektressourcen Betreuungskonzept (einmalig)	0.4		69'600	
- Ärztteeinsatz (100 PAT p.a., Zusatz zur TARMED-Abteilung, Fr. 750/PAT)		75'000	225'000	
			<u>294'600</u>	
Evaluation				125'000
Externe Evaluation, Überführung in den Dauerbetrieb			125'000	
Total				1'415'600

Bemerkungen:

- Die personellen Ressourcen wurden auf der Basis eines durchschnittlichen Salärs FS 12 (SGD) resp. FS 13 (Kompetenzzentrum) gerechnet, zzgl. 20 % für Sozialleistungen; zur Umrechnung der Personentage (PT) in Stellen (FTE) wurde ein FTE mit 200 Personentagen gleichgesetzt.