

## Wird der Bedarf an Hospizen unter- oder überschätzt?

Diskussion der Ergebnisse aus der Nutzenstudie  
« Spezialisierte Palliative Care in der Langzeitpflege bzw. Hospize »

Dr. Beat Sottas, Dr. Sara Keel

Sarah Schmid

Praxisbeispiel

viva luzern

Plattform Palliative Care  
Herbstforum 2018, BAG

1

## Ziele Nutzenstudie SPC in Langzeitpflege

Fakten um Nutzen abzuschätzen aus Blickwinkel  
Patient/Angehörige, Fachpersonen, Zuweiser, Versorgungsbereiche,  
Gesundheitskosten

### 1. In *qualitativer* Hinsicht

- Für welche Pat braucht es SPC in Langzeitpflege bzw. Hospize?
- Warum nicht gleiche Qualität in anderen Versorgungssettings?
- Wenn kein solches Angebot: Auswirkung Qualität Betreuung/Behandlung?
- Nutzen dieses Angebots aus Sicht von Fachpersonen SPC
- Nutzen dieses Angebots für die Leistungserbringer allg. Pall Care
- Inwiefern verbessert solches Angebot PC-Versorgung Kanton/Region?

### 2. In *quantitativer* Hinsicht

- Für wie viele Pat wäre dieses Angebot grundsätzlich sinnvoll? (Schätzung)?
- Verhältnis Kosten Betreuung Hospiz : anderer Ort  
inkl. indirekte & intangible Kosten (Schätzung)?
- Wie gross ist volkswirtschaftlicher Nutzen stationäre SPC (Hospiz)  
im Vergleich zur nicht-indizierten Akutversorgung?

2

## Definition & Ausgangspunkt

Weissbuch **Empfehlungen** Europ. Gesellschaft für Palliative Care (EAPC) 2011  
pro 1 Mio. Einwohner 80-100 Palliativbetten im Spital

Unklarheiten betr. Interpretation:

- Allg. PC oder SPC-Betten innerhalb eines Spitals? Nur auf Palliativstationen?
- In Hospizen?
- Nur ein «politisches Statement» / Zuspitzung, damit sich etwas bewegt?

→ **in Netzwerk «mit Gesundheitszentren, Krankenhausstationen, Hausärzten, ambulanten Pflegediensten, Hospizen & anderen Angeboten»!**

Nationale Strategie CH

- 80% allg. PC & 20% SPC

→ CH: 800-1000 Betten  
SPC: 200? 100?

Faktencheck Gesundheit D: Palliativversorgung

- 90% allg. PC & 10% SPC

«Die Bedarfserhebung im Bereich Palliative Care erweist sich als schwierig»

## Methodik

Juni - September 2018

**4 Expertenateliers** in stationärer SPC (Pflegeheimstatus / Spitalstatus)

- Organisation
- Trägerschaft
- Finanzierung
- Beziehung zu anderen Leistungserbringern
- Platz «Hospizstruktur»
- Vor- und Nachteile verschiedener stationärer SPC-Strukturen

**15 Expertengespräche** (Zuweiser, Behörden, Experten, Forschung, PC-Advocacy, Leiter SPC-Strukturen)

- Bedarf & Nachfrage
- Kosten, Finanzierung
- Beziehung Hospiz - andere Leistungserbringer
- Bedarfseinschätzungen

## Themen

- 1 **Organisation und Finanzierung**  
*Herausforderungen und Hürden der verschiedenen Leistungserbringer von stationärer SPC*
- 2 **Koordination und Zusammenarbeit**  
*Blick auf Interaktion Leistungserbringer verschiedene Typen stationärer SPC, mobile SPC, allg. PC*
- 3 **Kompetenzaufbau und Effekte der PC-Strategie**  
*Entwicklungsdynamik Langzeitbereich & häusliche Versorgung*
- 4 **Bedarf an SPC-Betten im Langzeitbereich**  
*Versorgungslücke oder Kannibalisierung?*

### Schlussfolgerungen

5

## 1 Organisation und Finanzierung

- Vielfalt der stationären SPC-Versorgung im Langzeitbereich
  - Typ 1: Autonom mit Spitalstatus
  - Typ 2: Autonom mit Pflegeheimstatus
  - Typ 3: Abteilung integriert in Langzeitpflege-Institution
  - Typ 4: *Neu* Integriert in Spital (mit Spitalstatus)  
→ Gesamtschau CH: 800-1000 Betten
- Trägerschaft:
  - Typ 1&3 – autonome SPC-Strukturen – Stiftungen, Vereine als Träger
  - Typ 3&4 – integrierte SPC-Strukturen – Teil (gemeinnützige) AG  
öff.-rechtl. Körperschaft
- Zielgruppe:
  - Typ 1&4 – SPC-Strukturen mit Spitalstatus  
*komplexe & instabile* Situationen (Spitalbedürftigkeit)
  - Typ 2&3 – SPC-Strukturen mit Pflegeheimstatus  
*komplexe* Situationen und/oder *prekäre* häusliche Versorgung

6

## 1 Organisation und Finanzierung

- *Personal-Dotierung (Medizin, Therapien, Seelsorge, Soziale Arbeit) :*
  - Typ 1&4 SPC mit Spitalstatus -> quantitativer & qualitativer Vorteil
  - Typ 3 integrierte SPC mit Pflegeheimstatus – Grosse inkl. Med/Therap/Seelsor (spitalnahe Vorhalteleistungen)
  - Typ 2 autonome SPC mit Pflegeheimstatus – i.d.R. extern eingekauft
  
- *Dotierung an Pflegepersonal*
  - Typ 1-4: unterscheiden sich kaum –  
Variation zwischen 161% VZÄ + 136% VZÄ / PAT (→ über Ziel 120%)
  
- *Aufenthaltsdauer:*
  - Ø 14 Tage (autonome SPC mit Pflegeheimstatus)  
bis 30 Tage (autonome SPC mit Spitalstatus)
  - *Maximale Aufenthaltsdauer:* Typ 1-4: im Prinzip keine (Spital mehr in/out)  
→ Achtung: finanzielle Belastung! Ab 2-3 Wo  
→ «Langlieger» 100 Tage, 1 Jahr

7

## 1 Organisation und Finanzierung

### Zwei Regimes

1. SPC-Strukturen mit **Spitalstatus: DRG**
  - *Direkte Kosten pro Tag* (zw. 1000.- und 1500.- CHF) alles inkl.
  - *Finanzierungsschlüssel* – über DRG finanziert  
Defizite «Langlieger» ab ca. 14 Tage (Stiftung + Betriebsdefizit)

	Direkte Kosten pro Tag	Finanzierungsschlüssel: KVG-Anteil / Pat / Kanton / Stiftung Spenden
<b>autonom mit Spitalstatus</b>		
EA2	1200.- CHF	61% KVG; 33% öffentliche Pauschale; 6% Investitionsrendite
EG3	1250.- CHF	14 Tage = 100% KVG; durch Langlieger verursachte Defizite werden über die Stiftung gedeckt
<b>Integriert in Spital</b>		
EG8	Schätzung >1000.-	55% KVG; 45% Wohnkanton
EG10	Schätzung 1400.- bis 1500.- CHF	Anzahl Tage (keine genauen Angaben) = 100% KVG; durch Langlieger verursachte Defizite werden vom Spital gedeckt

8

## 1 Organisation und Finanzierung

### Zwei Regimes

2. SPC-Strukturen mit **Pflegeheimstatus: Pflegefinanzierung gem. KVG/Anteil OKP**
- *Direkte Kosten pro Tag* (zw. 560.- und 1000.- CHF)
  - *Finanzierungsschlüssel* – grosser Teil der direkten Kosten von Pat bezahlt (2&3) von Spenden (Typ 2) oder querfinanziert (Typ 3); 20-25% wird über KVG-Pauschale finanziert

	Direkte Kosten pro Tag	Finanzierungsschlüssel: KVG-Anteil / Pat / Kt / Stiftung Spenden
<b>Autonom mit Pflegeheimstatus</b>		
EA 1	650.- CHF	20% KVG (RAI wird angewendet auf Stufe 10-12); 40% Patienten/innen; 40% Spenden (wegen RAI Unterdeckung);
EA3	Schätzung 1000.- CHF	RAI wird angewendet auf Stufe 10-12; keine genauen Angaben zu Kosten und Finanzierungsschlüssel
EG4	Schätzung 1000.- CHF	RAI wird angewendet; keine genauen Angaben zu Kosten und Finanzierungsschlüssel
<b>SPC-Abteilung in Langzeitpflege-Institution</b>		
EA4	560.- CHF <sup>14</sup>	25% KVG-Pauschale (RAI); 50% Patienten/innen; 25% öffentliche Hand (wegen RAI Unterdeckung)

## 1 Organisation und Finanzierung

### Vergleich inklusiv/exklusiv

Typ	Range der direkten Kosten	Enthaltene Leistungen	Generierte Zusatzkosten
1) autonom mit Spitalstatus	1200 – 1250.- CHF	Pflege/Betreuung/Hotellerie; Inkl. ärztliche, therapeutische, seelsorgerische Leistungen	Langlieger unterfinanziert
4) integriert mit Spitalstatus	1000-1500.- CHF	Pflege/Betreuung/Hotellerie; Inkl. ärztliche, therapeutische, seelsorgerische Leistungen	Langlieger unterfinanziert
2) autonom mit Pflegeheimstatus	650 – 1000.- (Schätzung) CHF	Pflege/Betreuung/Hotellerie;	Ärztliche, therapeutische, seelsorgerische Leistungen extern eingekauft, Kosten externalisiert
3) SPC-Abteilung in Langzeitpflege-Institution	560.- CHF	Pflege/Betreuung/Hotellerie; Inkl. ärztliche, therapeutische, seelsorgerische Leistungen dank Querfinanzierung	Trotz Querfinanzierung sind therapeutische und psychosoziale Leistungen generell unterfinanziert

- *Spitalstatus* alles inkl., keine / kaum nicht durch OKP gedeckte Kosten Medizin, Therapien, Pauschale für Kost, Logis, Grundpflege & allg. psychosoziale Betreuung
- *Pflegeheimstatus* div. externalisiert, beachtliche Zusatzkosten 40%-50% ambulante Arztkonsultationen, Diagnostik, Medikamente, Physio, Ergo, Logo, Psychotherapie, Kunsttherapie, Sozialarbeit, etc.

## 1 Organisation und Finanzierung

### Verhältnis Grösse - Kostendeckung

- Spitalstrukturen/DRGs sind für Patienten betr. Kostenbeteiligung vorteilhafter als Pflegeheime, die mit Pflegefinanzierung KVG abrechnen
- Für autonome SPC-Strukturen mit Pflegeheimstatus vertretbarer Kostendeckungsgrad wird bei **12 SPC-Betten** erreicht
- ❖ **Marktentwicklung** → Druck: «a built bed is a filled bed» funktioniert nicht mehr  
Ausweichstrategie / Diversifizierung  
«lits en résidence palliative»  
näher an allg. Palliative Care
  - = Zuweiserkanal besser bewirtschaften
  - = bessere Personal- und Infrastrukturbewirtschaftung
  - = Trennschärfe zwischen Typen schwindet
  - = Trennschärfe allg. PC / SPC wird verwässert

11

## 2 Koordination und Zusammenarbeit

### Wenig Zusammenarbeit - Hauptsächlich **Zuweisung**

Wenig Unterschiede zwischen Typen 1-4 → Pfad folgt Praxis der Akutversorgung

- Hauptzuweiser (55-80%): Akutspitäler  
Palliativstation (Akutversorgung) eher an öffentliche Pflegeheime zuweisen?  
Autonome haben Hürden, in Zuweisungskanäle der Regelversorgung zu kommen?
- Zweitzuweiser (20-40%): mobile (S)PC-Strukturen
- Vereinzelt Zuweiser: Hausarzt; private Selbstzuweiser
- Rar: Pflegeheime «inhouse-SPC-Betreuung» + ggf. mobile SPC-Strukturen

*Qualität* Koordination & Zusammenarbeit bei Zuweisung

- Gut bis sehr gut: Zwischen stationärer SPC / Akutspitalern / mobilen (S)PC
- Harzig bis inexistent: mit Pflegeheimen, mit Hausärzten
- Dauer der Zusammenarbeit wirkt begünstigend

12

### 3 Kompetenzaufbau & Strategieeffekte

Wenig Zeit für Analyse, Breite Analyse nicht Auftrag

nicht möglich, bei SPC-Anbietern zu prüfen,  
ob/wie 10 EAPC-Standards zu Kompetenzaufbau erfüllt sind

#### **nationale PC-Strategie gut angenommen**

klar positive Effekte

flächendeckend Konzepte allg. PC + viele Fachpersonen für SPC geschult  
Pionierprojekte abgeschlossen, in akuter/ambulanter Regelversorgung angekommen

Gesamtschweizerisch & über alle stationären + mobilen Anbieter von (S)PC hinweg  
massgeblicher Kompetenzaufbau + Wissenstransfer erfolgt

U.E. wird dieser Kompetenzaufbau generell unterschätzt  
Wegen Silo-Denken Leistungserbringer (Spitäler, Spitex, Pflegeheime, Hospize etc.)

#### **Druck zu koordinierter Versorgung**

klar positive Effekte (Versorgungspfade am Lebensende folgen Akutversorgung)

In D breiter diskutiert – in CH in Medien aufgegriffen

13

### 4 Bedarf stationäre SPC-Betten im Langzeitbereich

Quantitativer Bedarf an Hospizstrukturen/-betten unterschiedlich bewertet:

Diskurse zu grossem Nachholbedarf:

Aber wo?

- In SPC-Strukturen mit Spitalstatus?
- Bei ambulanten SPC-Angebote für häusliche Versorgung?
- Auf SPC-Abteilungen in Langzeitpflege-Institutionen?  
aber decken diese den Bedarf ggf. qualitativ und quantitativ nicht ab?
- Oder  
nur geringer Zusatzbedarf: daher existierende SPC punktuell ergänzen?

Gründe für diese unterschiedlichen Einschätzungen:

- Qualitativ: unterschiedliche Definition stationäre SPC/Hospizstruktur
- Quantitativ: unklare Daten & Referenzgrössen für Bedarfsberechnungen
- Biases: Interessen der Anbieter von stationären SPC-Strukturen
- Markt: Betten-Leerstand
- Kompetenz: grosse Investitionen in PC-Bildung und Kompetenzaufbau

14

## 4 Bedarf stationäre SPC-Betten im Langzeitbereich

### Keine Homogenität in Definition und Zweckbestimmung – Doppelte Abgrenzung des Typs «Hospiz»

#### 1. Abgrenzung zu SPC-Strukturen mit *Spitalstatus*:

- Zielpublikum Hospizstruktur  
komplex aber stabil, keine Spitalbedürftigkeit!
- In Hospiz keine Verlegung nach 2-3 Wochen
- Individuelle Sterbeprozesse nicht mit DRG-Fallpauschalen abrechnen
- Besondere Atmosphäre mit niederschwelliger Versorgung in Hospiz  
= flexibler anpassbar an wechselnde Bedürfnisse
- Hospiz kann pflegende Angehörige entlasten  
+ häusliches Versorgungsnetz temporär entlasten

#### 2. Abgrenzung zu SPC-Strukturen mit *Pflegheimstatus*

- Umfeld in Pflegeheim nicht geeignet / nicht zumutbar  
sehr alte Menschen vs. jüngere Menschen /(hoch-)komplexe Fälle
- Aufbau von Kompetenzen dürfte wegen Mangel an Attraktivität der  
Pflegeheimstruktur schwierig sein

15

## Grundsatzfragen zu Abgrenzungen SPC-Strukturen Pflegeheimstatus (autonom vs. integriert)

- Quantitativ & Qualitativ nicht bedarfsgerecht?
- Kompetenzen vorhanden?
- Unzumutbar für Jüngere?
- Kosten?

Am Lebensende  
schlicht + einfach  
gewisse Sachen -  
wenig wichtig «in  
welche Türe man  
reingeht»,  
was zählt ist,  
dass «man es einfach  
noch gut haben will»

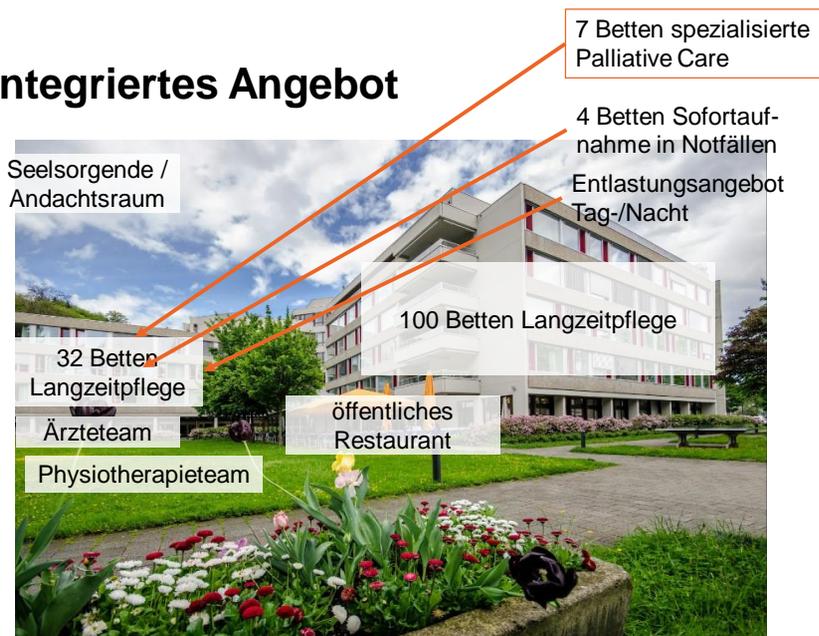
16

## Zielpublikum SPC-Angebot Viva Luzern

Erwachsene Menschen ab dem 18 Lebensjahr,

- die an einer unheilbaren zum Tode führende Erkrankung leiden (Krebs, ALS usw.) und in der End of Life Phase sind.
  - Wenn ein Spitalaufenthalt nicht mehr erforderlich ist.
  - Wenn weder zu Hause (mit Hilfe der Spitex) noch im Pflegeheim die angemessene Behandlung und Betreuung angeboten werden kann.
- mit mehrfach belastenden schweren Symptomen, instabilem, rasch verschlechterndem Allgemeinzustand, überlasteten Angehörigen.
- deren Pflege komplexe medizinaltechnische Massnahmen erfordern, um ein grösstmögliches Wohlbefinden für den Betroffenen zu erreichen.

## Integriertes Angebot



## Koordination und Zusammenarbeit

- Kooperationsvereinbarung zwischen dem Kantonsspital (Tumorzentrum) und der Viva Luzern AG.
- Anmeldung über das Spital, die Spitex, den Hausarzt, die Angehörigen oder den Patienten selber.
- Aufenthalt wird nach sechs Monaten überprüft.
- Auch temporäre Aufenthalte oder ein Übertritt in die Langzeitpflege sind möglich.

## Nachfrage SPC-Betten

Jahr Trimester Mandant	2018									Gesamt
	Trim. 1			Trim. 2			Trim. 3			
	Jan	Feb	Mär	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	
VLE										
RU 3 W/P										
Pensionstage	170	165	170	141	148	118	105	155	6	1.178
Bettenauslastung total	79,7%	90,3%	78,8%	72,9%	71,4%	61,0%	55,3%	73,3%	42,9%	72,4%
Bettenauslastung SOLL Abteilung	80,0%	80,0%	80,0%	80,0%	80,0%	80,0%	80,0%	80,0%	80,0%	80,0%
Freie Betten physisch	1	1	1	2	2	3	3	2	4	2
Bettenangebot	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
Bettenangebot SOLL Abteilung	7,00	7,00	7,00	7,00	7,00	7,00	7,00	7,00	7,00	7,00
Gewichtete Pflegestufe	9,34	9,47	9,43	10,04	9,70	10,16	9,17	8,46	10,00	9,48
Anzahl Eintritte	6	4	9	3	8	2	6	5		43
Anzahl Austritte	6	3	10	4	6	6	4	8		47
Rückkehrquote	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%		0%
Rückkehrquote SOLL Abteilung										

## Mitarbeitende

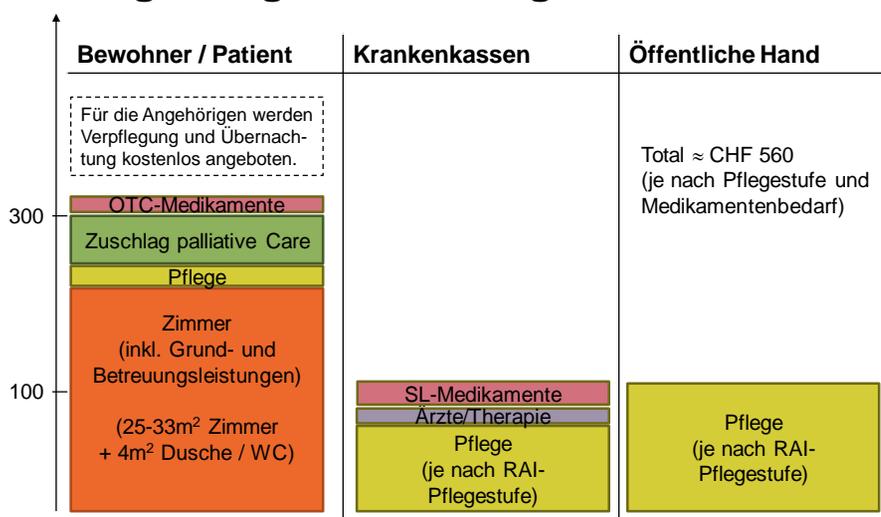
Die Vorgaben sehen für den Wohnbereich mit den 7 Zimmern für Palliativ-Kranke folgenden Skill- & Grademix vor:

- 40% dipl. Pflegefachfrau /-mann Gesundheit (HF)
- 20% Fachfrau/Fachmann Gesundheit (FaGe)
- 40% Pflegemitarbeitende (AGS, Angelernte)

Spezialisierte Weiterbildung:

- Von den HF-Mitarbeitenden verfügen mind. 4 über eine B2-Ausbildung (Zertifikats-Lehrgang Interprofessionelle Spezialisierte Palliative Care).
- Alle Mitarbeitenden nehmen am internen Weiterbildungsprogramm für Palliative Care teil

## Abgeltung der Leistungen



## Herausforderung Finanzierung

Die Finanzierung orientiert sich an den Instrumenten der Langzeitpflege, aber:

- im Pflegeteam liegt der Anteil hoch qualifizierte Pflegemitarbeitende (HF und FaGe) deutlich höher als auf den reinen Langzeitpflegeabteilungen
- für die 7 Palliativ-Betten wurde eine zusätzliche 80%-Stelle in der Pflege bewilligt.
- der ärztliche Dienst wird anteilmässig viel stärker beansprucht
- die Auslastung der Betten liegt mit 75-80% im Durchschnitt deutlich tiefer als auf den Langzeitpflegeabteilungen
- die Frequenz der Ein- und Austritte ist deutlich höher

⇒ Aktuell wird das Angebot der spezialisierten Palliative Care aus der Langzeitpflege quersubventioniert.

### Grundsatzfragen zu Abgrenzungen SPC-Strukturen Pflegeheimstatus (autonom vs. integriert)

- Quantitativ & Qualitativ nicht bedarfsgerecht?
- Kompetenzen vorhanden?
- Unzumutbar für Jüngere?
- Kosten?

#### Fazit 1:

- SPC-Abteilung in grosser, gut aufgestellter Langzeitpflege-Institution kann einen qualitativ hochwertigen SPC-Versorgungsbeitrag leisten, hat spitalnahe Vorhalteleistungen
- passt in aktuell sich konsolidierende, konventionelle Zuweisungsmuster analog zur Akutversorgung (Effekt der koordinierten Versorgung)

## Spannungsfelder

Neue Zürcher Zeitung

### Hospize schliessen eine Lücke

1.10.2018

Beim Sterben quält das fehlende Geld - News Basel: Stadt - bazonline.ch

Basler Zeitung

### Beim Sterben quält das fehlende Geld

Palliativmediziner kritisieren die massive Unterfinanzierung der letzten Lebenszeit.

Tages-Anzeiger

### Sterbehospize bleiben häufiger leer

**Palliativpflege** Die Diakonie Bethanien zieht sich auf Ende Monat aus der Betreuung todkrank Menschen zurück. Denn die Nachfrage nach Betten in Hospizen ist in den vergangenen Jahren zurückgegangen.

Fazit: 2

- Heute: SPC-sensibel - fit machen gem. PC-Strategie ist verbreitet
- Terrain und Versorgungslandschaft ist stark in Bewegung
- Kompetenzaufbau ambulante & stationäre Strukturen (Aufrüsten, Wettrüsten?)
- Angebote, konzeptionelle Grenzen und Typologien werden unscharf
- Deutliche Sättigungstrends in SPC
- Verdrängungsmarkt bei mehr als 5-6 Betten (cave: Kostendeckung = 12 Betten)

## Schlussfolgerungen 1 Bedarf

### Zurückhaltung Mengenausweitung

Einschätzung betr. weitere **Entwicklungsdynamik** SPC-Langzeit  
keine Analogie zu D: 240 D-Hospize ≠ 24 CH-Hospize

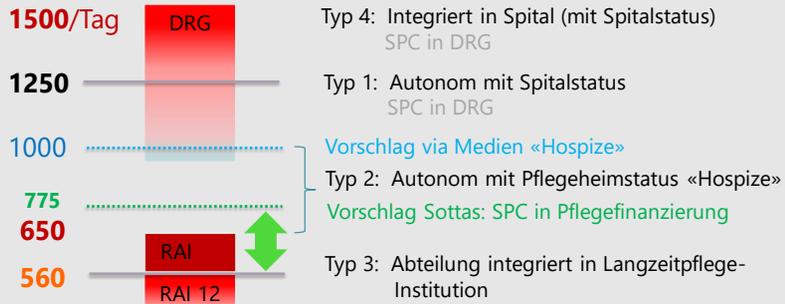
- Wunsch nach Sterben zu Hause
- erfolgter Kompetenzaufbau in allg. PC & SPC
- Schweiz hat hoch qualifizierte Workforce stationär + ambulant (anders als D)
- grosses Engagement für SPC → work in progress nicht abgeschlossen
- Leerstände <-> Nutzung knapper finanzieller Ressourcen
- Angebotsdiversifizierung  
«(S)PC-Betten mit Hospizcharakter» / «lits en résidence palliative»
- gesundheitspolitischer Druck wegen koordinierter Versorgung

- **postulierte Versorgungslücke besteht u.E. nur punktuell**

**das Bestehende (ambulant/stationär) stabilisieren & stärken  
statt neue Konkurrenzsituationen mit programmiertem Defizit  
und Verdrängung/Kannibalisierung fördern**

## Schlussfolgerungen 2 Le juste prix...?

### Zurückhaltung Kostenentwicklung



1000 CHF für autonome stationäre SPC «Hospiz»?

- **Vergleich value for money** Frage der externalisierten Kosten
- kaum Mehrnutzen im Vergleich zu SPC in Spitälern & SPC in grossen Pflegeheimen
- schafft aber Marktvorteile wegen höherem Tarif

**Blick auf Mengengerüste & Versorgungsgerechtigkeit** (fairer & wirtschaftlicher):

- KVG RAI Stufe 10-12 SPC-Aufschlag → 775 CHF (ermöglicht nutzenorientierten Wettbewerb)
- Problem der Langlieger entschärfen!

### Weiterführende Informationen

**Dr. Beat Sottas**  
sottas formative works  
Versorgungsforschung & Bildung  
Rue Max-von-Sachsen 36  
CH – 1722 Bourguillon  
Tel. +41 79 285 91 77  
sottas@formative-works.ch