

Managementfunktion der spitalexternen Onkologiepflege

Studie im Auftrag der Krebsliga Schweiz

Sarah Brügger, Sylvie Rime, Beat Sottas

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung und Empfehlungen	2
1. Einleitung: Ausgangslage; Ziele und Fragestellungen; Methodisches Vorgehen	7
2. Der Kontext: Koordinationsbedarf bei komplexen Situationen zu Hause	10
3. Der Auftrag von SEOP und MPCD	12
3.1 Nationale Strategie Palliative Care	12
3.2 SEOP und MPCD: Gemeinsamkeiten und Unterschiede	12
3.3 Die Zielgruppe(n) von SEOP und MPCD	14
3.4 Grosse Heterogenität bei Organisationsform und Trägerschaft	15
3.5 Der Koordinationsauftrag von SEOP/MPCD	15
4. Die Umsetzung des Auftrags und die Leistungen der SEOP und MPCD	16
4.1 Vier Hauptkategorien von Leistungen	16
4.2 Die Frage der 1. und der 2. Linie	18
4.3 Arbeitsteilung zwischen spezialisiertem Team und Grundversorgung	24
5. Die Koordinations- und Managementfunktion von SEOP und MPCD	25
5.1 Heisst Koordination auch Leadership?	25
5.2 Koordinationsleistungen spielen bei allen SEOP und MPCD eine Rolle	26
6. Bewertung des Nutzens und der Wirksamkeit	29
6.1 Weshalb braucht es die SEOP und MPCD?	30
6.2 Der Bedarf nach einem Koordinator in der häuslichen Versorgung	30
6.3 Gegengewicht zur Segmentierung	31
6.4 SEOP und MPCD entlasten und geben Sicherheit	31
6.5 Entlastung für die Leistungserbringer der Grundversorgung	32
6.6 Sollen SEOP und MPCD eine Koordinations- oder Managementfunktion übernehmen?	33
7. Erfolgsfaktoren der SEOP und MPCD als Koordinationsinstanz	34
7.1 Kompetenzen und Erfahrung	34
7.2 Zeit und Erreichbarkeit	35
7.3 Vernetzung	35
8. Herausforderungen und Schwierigkeiten	36
8.1 Unklare Rolle und Diskrepanz zwischen Auftrag und Praxis	36
8.2 Die Frage der Zugangsgerechtigkeit	37
8.3 Die Frage des richtigen Zeitpunkts	38
8.4 Die subsidiäre Rolle von SEOP und MPCD	39
8.5 Gefahr der zusätzlichen Fragmentierung und der Verzettelung	40
8.6 Herausforderung Kommunikation in einem kleinteiligen Versorgungssystem	41
8.7 Konkurrenzdenken im Gesundheitswesen	42
9. Die Frage der Finanzierung	43
9.1 Die Finanzierung der befragten SEOP und MPCD	43
9.2 Finanzierung von Koordinationsleistungen nach KLV Art. 7	46
9.3 Nicht abrechenbare Koordinationsleistungen und administrativer Aufwand	47
9.4 Konkurrenz um Gelder	48
10. Empfehlungen	48
11. Ja, aber... Fazit und Ausblick	50
Anhang 1: Darstellung der einzelnen SEOP und MPCD	54
Anhang 2: Liste der Interviews	61
Anhang 3: Ergebnisse der Online-Erhebung	62

Zusammenfassung

In verschiedenen Regionen der Schweiz existieren Dienste der spitalexternen Onkologiepflege (SEOP) oder mobile Palliative Care Dienste (MPCD), die in Ergänzung zu den Leistungserbringern der Grundversorgung schwerkranke Menschen zu Hause begleiten und die sich – gemäss Selbstverständnis und Selbstdarstellung – auch als Koordinationsinstanz verstehen. An einer Tagung im November 2016 haben sich diesbezüglich diverse Unklarheiten und Unsicherheiten manifestiert. Dies gab den Anstoss für die vorliegende Studie. Die vertiefte Analyse von sechs SEOP/MPCD sollte einen Beitrag leisten zur Klärung folgender Fragen:

1. Wie lautet der Auftrag der SEOP und MPCD im Allgemeinen und in Bezug auf Koordinations- und Managementaufgaben im Besonderen?
2. Wie wird dieser Auftrag interpretiert und umgesetzt?
3. Was ist der Nutzen der SEOP und MPCD als Koordinationsinstanz? Was sind Mehrwerte und Erfolgsfaktoren?
4. Was sind Herausforderungen und Schwierigkeiten, die die Ausübung der Koordinations- oder Managementfunktion durch die SEOP/MPCD erschweren?
5. Wo besteht Verbesserungspotenzial oder Handlungsbedarf? Was sind Empfehlungen?

Der Auftrag der SEOP und MPCD

Im Rahmen der Nationalen Strategie Palliative Care (2010 – 2015) wird von BAG und GDK die Einführung mobiler Palliative Care Dienste (MPCD) empfohlen. Gemäss Definition sind dabei v.a. zwei Punkte wichtig (BAG/GDK 2012):

- MPCD sollen sich hauptsächlich an die Fachpersonen der Grundversorgung richten und sich nicht direkt an der Pflege und Begleitung der Patienten beteiligen (sog. 2. Linie).
- Zielgruppe der MPCD sind schwerkranke Menschen in komplexen oder instabilen Situationen, unabhängig vom Krankheitsbild, die zu Hause oder im Pflegeheim versorgt werden.

In verschiedenen Regionen der Schweiz entstanden bereits zuvor sogenannte SEOP. Es handelte sich dabei um spezialisierte, spitalexterne Pflegedienste, die sich hauptsächlich an onkologische Patienten richteten. Diese Dienste leisteten laut eigenen Aussagen Palliative Care, auch wenn dieses Konzept zur damaligen Zeit hierzulande noch kaum bekannt war. Im Zuge der Nationalen Strategie Palliative Care haben sich die frühen SEOP weiterentwickelt, heute verstehen sie sich deshalb mehrheitlich als MPCD im Sinne der Nationalen Strategie. Gleichzeitig kam es auch zu Neugründungen, die sich z.T. an den bereits bestehenden Diensten orientierten. **Trotz konzeptioneller Unterschiede ist deshalb eine klare Trennung zwischen SEOP und MPCD heute kaum möglich.**

MPCD werden als Drehpunkt des regionalen oder lokalen Palliativnetzes bezeichnet. Zudem wird die intensive Unterstützung der Netzwerkorganisation und Koordination und Kommunikation als zentrale Aufgabe der spezialisierten Palliative Care genannt (BAG/GDK 2014). MPCD haben somit einen implizit wahrgenommenen oder explizit erteilten Koordinationsauftrag. Die Koordinationsfunktion wird aber nicht alleine ihnen zugewiesen, sondern die Zuständigkeiten seien jeweils innerhalb der regionalen Gegebenheiten oder sogar im individuellen Fall zu entscheiden.

Umsetzung des Auftrags und Leistungen der SEOP und MPCD

Die Leistungen, die auf den Webseiten und in den Broschüren der einzelnen Dienste beschrieben werden, lassen sich in folgende vier Hauptkategorien einteilen:

- A. Beratung, Unterstützung und Instruktion anderer Fachpersonen,
- B. Beratung und Begleitung der Patienten und Angehörigen,
- C. Symptommanagement und spezialisierte Pflege sowie
- D. Organisation und Koordination.

Insgesamt lassen die Leistungsbeschriebe eine grosse Vielfalt sowie auch eine mehr oder weniger deutliche Diskrepanz zwischen dem Auftrag gemäss Nationaler Strategie und der Umsetzung in der Praxis erkennen. Dies betrifft v.a. die Frage der 1. oder 2. Linie. Während sich einige stärker in 2. Linie positionieren und hervorheben, das Ziel sei die Stärkung der Grundversorgung, sind andere der Meinung, eine gute Versorgung sei nur möglich mit einer engen und vertrauensvollen Begleitung der Patienten und Angehörigen, was auch Tätigkeiten in der 1. Linie be-
dinge.

In der Realität sind meist Mischformen anzutreffen, in ihrer Gesamtheit sind die SEOP und MPCD aber vor allem in der Deutschschweiz viel stärker in der 1. Linie tätig als in den Strategien und Konzeptpapieren von Bund und Kantonen vorgesehen.

Gründe, die zu dieser Vielfalt und Diskrepanz geführt haben, sind:

- die unterschiedlichen **Entstehungsgeschichten** in einem jeweils spezifischen regionalen Kontext und die bis heute unterschiedlichen **Rahmenbedingungen** (regionale Versorgungsstrukturen, Organisationsform, Trägerschaft, Finanzierungsform, Geografie, etc.).
- das **professionelle Selbstverständnis der Pflege** sowie **intraprofessionelle und fachliche Differenzierungen**: Während es in der Medizin ein klares Konzept von konsiliarischer Konsultation mit punktueller Intervention gibt, hat die Pflege stärker einen umfassenden Pflegeprozess-Anspruch. SEOP/MPCD haben sich dank Zusatzqualifikation ein Arbeitsfeld geschaffen, das umfassend und koordinativ ist und sich **von der Basis-Spitex abgrenzt**.
- die Tatsache, dass die **Vorgaben der Nationalen Strategie** relativ allgemein gehalten und auch **nicht verbindlich** sind, v.a. ist damit kein Finanzierungsanspruch verbunden.

Die Koordinations- und Managementfunktion der SEOP und MPCD

Gerade in Bezug auf die Koordinations- und Managementfunktion sind die Unterschiede zwischen den einzelnen Diensten gross. **Den SEOP und MPCD wird gemäss Nationaler Strategie Palliative Care zwar eine Koordinationsrolle zugewiesen, die entsprechenden Textstellen sind aber sehr allgemein gehalten und erläutern kaum, was damit in der Praxis genau gemeint ist.**

Bei den SEOP und MPCD selbst gibt es **grundsätzlich zwei entgegengesetzte Ausrichtungen**:

- Es gibt Dienste, die **sich selber ganz klar eine Managementfunktion zuschreiben** und damit auch eine Führungsrolle verbinden. Die Vertreter dieser Position betonen, dass gerade in komplexen und instabilen Situationen am Lebensende der Bedarf nach einem Koordinator besteht und dass die Grundversorgung das nicht leisten könne. In klar definierten Situationen müsse der Lead deshalb bei der SEOP/beim MPCD liegen, um im Interesse der betroffenen Menschen eine ganzheitliche Versorgung zu ermöglichen.
- Die andere Gruppe sagt, die **SEOP oder der MPCD könne nicht die Koordination übernehmen** – vor allem nicht, wenn damit eine Führungsrolle und die Funktion als primäre Ansprechperson verbunden ist –, denn **andere Akteure seien bereits länger involviert**, überblickten den Gesamtverlauf besser und seien näher beim Patienten.

Da BAG und GDK die MPCD als Angebot der 2. Linie verstehen, folgt daraus, dass die Übernahme der Koordinationsfunktion, wie sie von der ersten Gruppe praktiziert wird, dem Auftrag gem. Nationaler Strategie Bereich Palliative Care eigentlich widerspricht. Die Realität ist allerdings komplizierter und differenzierter als die ordnungspolitische Leitkonzeption.

Obwohl die zweite Gruppe zu Beginn verneint, eine Koordinationsfunktion auszuüben, zeigt sich in den Gesprächen, dass auch hier gewisse Koordinationsaufgaben übernommen werden, wenn auch eher im Hintergrund.

Nutzen und Erfolgsfaktoren der SEOP und MPCD als Koordinationsinstanz

Allgemeingültige Aussagen zum Nutzen der SEOP und MPCD im Hinblick auf eine bessere Koordination sind schwierig, dafür sind die Leistungen der einzelnen Dienste zu unterschiedlich. Trotzdem sind die befragten Personen – Vertreter der SEOP/MPCD wie auch Personen mit einer Aussensicht – klar der Meinung, dass mit der Übernahme einer Koordinationsfunktion durch die SEOP und MPCD ein Nutzen erzielt wird. **Es wird eine bessere Versorgungsqualität erreicht und SEOP und MPCD entlasten die Angehörigen wie auch die Fachpersonen der Grundversorgung. Es gibt zwar Ausnahmen, aber i.d.R. scheinen SEOP und MPCD von den Fachpersonen der Grundversorgung geschätzt zu werden.**

Bei der Frage nach den Vorteilen einer SEOP/eines MPCD gegenüber den anderen Akteuren werden v.a. drei Punkte genannt. Es sind dies (1) die Kompetenzen und die **Erfahrung** der Mitarbeitenden, (2) die **zeitliche Verfügbarkeit** und Erreichbarkeit und (3) die gute **Vernetzung** mit den anderen Akteuren im Bereich der palliativen Versorgung.

Herausforderungen und Schwierigkeiten

SEOP und MPCD stossen in den aktuellen Konstellationen und Konfigurationen auch an Grenzen und sind mit mehreren Herausforderungen konfrontiert.

- **Unklare Rolle und Diskrepanz zwischen Auftrag und Praxis**

SEOP und MPCD haben zwar einen Koordinationsauftrag, aber was das genau heisst, wer in welcher Situation welche Koordinationsaufgaben übernimmt, und wie mit der Grundversorgung zusammengearbeitet werden soll, ist alles anderes als klar. Schwierig ist es v.a. deshalb, weil sich die gelebte Praxis häufig vom offiziellen Auftrag und Diskurs sowie dem Selbstbild und den Ambitionen unterscheidet.

- **Der Zugang ist mangelhaft**

In der Schweiz haben noch längst nicht alle Menschen mit Bedarf nach spezialisierter Palliative Care Zugang zu den entsprechenden Angeboten. SEOP und MPCD sind nicht flächendeckend verfügbar und aus Sicht der Versorgungsgerechtigkeit ist v.a. auch der Fokus auf onkologische Patienten problematisch. Zudem sind Komplexität und Instabilität als Indikationskriterien schwierig zu fassen.

- **SEOP und MPCD kommen zu spät zum Einsatz**

Die Mitarbeitenden der verschiedenen SEOP und MPCD ziehen i.d.R. längerfristige Begleitungen und einen frühzeitigen Einbezug vor, denn das sei die Voraussetzung dafür, um vorausschauend planen und koordinieren zu können. Doch entspricht dies dem Auftrag, da doch spezialisierte Palliative Care erst dann einbezogen werden soll, wenn eine Situation komplex und instabil ist? Steht ein frühzeitiger und auch längerfristiger Einbezug nicht im Widerspruch zur subsidiären Rolle? Für diejenigen, die meinen, eine SEOP oder ein MPCD sei nicht der richtige Akteur für die Übernahme einer Koordinations- oder Managementfunktion, ist dies das Hauptargument.

- **SEOP und MPCD haben eine subsidiäre Rolle**

SEOP und MPCD kommen subsidiär zu den Leistungserbringern der Grundversorgung zum Einsatz und erbringen diejenigen Leistungen, die von Letzteren nicht erbracht werden können. Ihre Aufgaben und Möglichkeiten werden somit massgeblich vom Angebot der Grundversorger beeinflusst. D.h. auch, dass sie die Koordinationsfunktion nur dann übernehmen (können), wenn niemand anderes es macht bzw. wenn die erste Linie / Grundversorger ihnen diese Funktion auch zuweisen.

- **Gefahr der zusätzlichen Fragmentierung und der Verzettlung**

Die zunehmende Spezialisierung des Gesundheitswesens mit immer spezialisierteren Fachgruppen für immer enger definierte Zielgruppen ist ein Trend, der von Experten kritisch

betrachtet wird, denn damit steigt die Zahl der Schnittstellen und damit auch die Schnittstellenproblematik – und es entstehen finanzielle Folgekosten. SEOP und MPCD sind davon nicht ausgeschlossen. Auch SEOP und MPCD können somit zur Fragmentierung der Gesundheitsversorgung beitragen und die Unübersichtlichkeit erhöhen. Dies ist umso mehr der Fall, wenn es bei den Aufgaben und Zuständigkeiten des spezialisierten Dienstes und der Basis-Spitex grosse Überschneidungen gibt.

- **Prekäre Finanzierung**

Während die Dienste in der Romandie, die v.a. in 2. Linie tätig sind, Subventionen erhalten, ist das in der Deutschschweiz seltener der Fall. Ein Teil der Leistungen der SEOP und MPCD wird hier über die Krankenkassen abgerechnet. Dies reicht aber bei weitem nicht aus. Mit der Änderung von KLV Art. 7 können neu zwar auch Koordinationsleistungen abgerechnet werden. Bezüglich Indikation, Auftrag, Art, Umfang und Selbstbehalt bestehen aber bis heute grosse Unsicherheiten und Unklarheiten. Weil der Anteil der nicht verrechenbaren Leistungen hoch bleibt, ist auch in der Deutschschweiz häufig die Forderung nach einem Leistungsauftrag der öffentlichen Hand zu hören – was aber in Zeiten der Sparpolitik alles anders als selbstverständlich ist.

- **Herausforderung Kommunikation in einem kleinteiligen Versorgungssystem**

Die Sicherstellung des Informationsflusses in einer Situation, in der viele verschiedene Akteure involviert sind, die sich selten zur gleichen Zeit am gleichen Ort aufhalten, die nicht immer die gleiche Sprache sprechen und auch nicht die gleichen Kommunikationsmittel nutzen, ist eine grosse Herausforderung. Zudem stellt sich die Frage, ob SEOP und MPCD als eher spät involvierte Akteure hinreichende Akzeptanz schaffen können.

- **Die Angst vor der Konkurrenz**

SEOP und MPCD sind häufig mit Konkurrenzängsten anderer Leistungserbringer konfrontiert. Es ist die Rede von einem «Kampf» um Patienten und dass in der Grundversorgung noch viel zu häufig die Meinung vorherrsche, man können es selbst am besten. SEOP und MPCD werden z.T. auch als „Rosinenpicker“ wahrgenommen, da sie weiterführende Kompetenzen und Freiheiten geniessen, die im Rahmen anderer Jobprofile nicht denkbar sind. Das Nebeneinander von spezialisiertem Team und Basis-Spitex ist somit nicht immer spannungsfrei. Konkurrenzgefühle, eine Anspruchshaltung und das Nicht-Abgeben wollen schränken SEOP und MPCD in ihrer Rolle und Wirksamkeit ein.

Empfehlung 1: Klärung von Rolle und Zweck der SEOP und MPCD

Die verschiedenen Akteure müssen sich darüber verständigen, welche Rolle und welchen Zweck SEOP und MPCD in der Versorgungslandschaft erfüllen sollen. Die Krebsliga Schweiz kann hier Möglichkeiten aufzeigen, die Diskussion anstossen und damit einen wichtigen Beitrag leisten für eine zweckmässige und wirksame Positionierung von SEOP und MPCD im Schweizer Gesundheitssystem. Ein einheitliches Organisationsmodell für die gesamte Schweiz oder Leitlinien-Vorgaben, die in jeder Situation angewandt werden müssen, sind wegen der Diversität wenig zielführend. Notwendig ist jedoch eine Reflexion darüber,

- ob – und wenn ja, wann – SEOP und MPCD eine Koordinations- und Managementfunktion übernehmen sollen und was damit genau gemeint ist;
- ob und wie sich die Aufgaben in der ambulanten pflegerischen Versorgung und in der palliativen Versorgung überlappen sollen;
- was die „subsidiäre Rolle“ der SEOP und MPCD in der Praxis bedeutet und ob auch eine SEOP oder ein MPCD in gewissen Situationen den Lead übernehmen kann/soll;
- in welchen Fällen die Einteilung in 1. und 2. Linien-Dienste Sinn macht und ob die Bevorzugung von 2. Linien-Diensten tatsächlich dem Gebot von Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit entspricht;

- ob diese Aufteilung in Zeiten postulierter Selbstermächtigung und Mitbestimmung der Betroffenen auch den Erfordernissen der Praxis und den Bedürfnissen der Patienten und Angehörigen entspricht.

Empfehlung 2: Blick auf das Versorgungssystem statt auf sektorielle/professionelle Grenzen

Koordination oder Management in komplexen Situationen kann nur im Verbund mit anderen Akteuren geleistet werden. Bei der Klärung der Rollen und Verantwortlichkeiten darf deshalb nicht von den Ansprüchen einzelner Organisationen, Visionen zur Professionsentwicklung und persönlichen Interessen ausgegangen werden.

Gefordert ist ein Blick auf das (regionale) Versorgungssystem. Nach Massgabe der Klärung von Zweck und Rolle lassen sich in einer ganzheitlichen Planung klare Indikationskriterien und daraus wiederum Management- und Organisationsprinzipien ableiten, um die Angebote der einzelnen Akteure miteinander zu verbinden und bedarfsgerecht aufeinander abzustimmen.

Empfehlung 3: Klärung der Zuständigkeiten bei der Finanzierung

Es braucht klare Direktiven seitens der Politik und v.a. auch eine Klärung der Frage, wer für die Finanzierung welcher Koordinationsleistungen zuständig ist. So braucht es insb. eine Klärung in Bezug auf die Anwendung von Art. 7 KLV, um eine griffige, einheitliche Handhabung zu ermöglichen. Was heisst Koordination, welches sind die Indikationskriterien, und welche Leistungen (Art, Umfang) fallen genau unter Art. 7 KLV? Bzw. welche Koordinationsleistungen müssten anderweitig finanziert werden? Grundsätzlich stellt sich auch die Frage, ob ggf. bestimmte Koordinationsleistungen unter noch zu definierenden Bedingungen ohne ärztliche Verschreibung abrechnungsfähig sind.

Falls sich SEOP und MPCD in Zukunft gemäss nationaler Strategie und Leitkonzeption auf konsiliarische Tätigkeiten in 2. Linie konzentrieren, wird die Abgeltung der Leistungen der Krankenkassen aufgrund von KLV Art. 7 weiter zurückgehen (keine doppelte Abgeltung von Spitex-Leistungen). Ein stärkeres Engagement der Gemeinden oder Kantone ist dann unabdingbar.

Fazit

Es gibt gute Gründe, weshalb SEOP und MPCD eine Managementfunktion übernehmen können und sollen. Es gibt aber auch diverse Vorbehalte, ihnen diese Funktion explizit zuzuweisen. Schlussendlich ist es ein politischer Entscheid.

Lösungen setzen einen Dialog auf gesundheitspolitischer Ebene voraus, um eine bessere Übereinstimmung zwischen Konzepten und gelebter Praxis zu finden. Ganz grundsätzlich ist die Stellung der SEOP und MPCD als Teil der ambulanten Pflege oder als Teil der palliativen Versorgung zu klären und ggf. zu differenzieren bzw. die Zuständigkeiten bei Überschneidungen deutlich herauszuarbeiten. SEOP und MPCD können hier selber einen Beitrag leisten, indem sie Bottom-Up die Erfolgsfaktoren, Minimalkriterien und Integrations-/Koordinations-schritte aus systemischer Sicht skizzieren und Modelle guter Praxis vergleichend abwägen. Wenn der Zweck geschärft wird, kann die eigene Position in der zukünftigen Versorgungslandschaft gestärkt werden.

In diesem Feld die richtige Balance zu finden, ist zwar anspruchsvoll, aber lohnenswert. **Dies ist umso relevanter als heute in vielen Orten und in vielen Bereichen spezialisierte Dienste mit einer Management-/Koordinationsfunktion am Entstehen sind.** Mit Blick auf die Multimorbidität und die steigenden Bedarfe ist eine Klärung sowohl aus Sicht eines guten Care Managements als auch aus Sicht der Gesundheitspolitik dringend angezeigt.

Die Krebsliga Schweiz könnte dabei – legitimiert durch das langjährige Engagement – einen solchen Reflexionsprozess anstossen und allenfalls im Verbund mit anderen NGOs, die von der 1./2.-Linien-Problematik ebenfalls betroffen sind, eine Plattform für Dialog und Klärung initiieren.

1. Einleitung

1.1 Ausgangslage

Die Studie „Informal Caregivers in Critical End-of-Life Situations“ aus dem NFP67 „Lebensende“, die sich mit kritischen Situationen in der häuslichen Versorgung am Lebensende auseinandersetzt, hat aufgezeigt, dass aus Sicht der Angehörigen, die schwerkranke Personen zu Hause betreuen, ein grosser Bedarf nach einer besseren und besser abgestimmten Koordination der Versorgung besteht (Sottas et al. 2015; 2017). Gerade bei Personen mit onkologischen Erkrankungen, die zu Hause versorgt werden, sind häufig verschiedene Dienste und Fachpersonen involviert. Fehlt eine Instanz, welche die Versorgungsprozesse ganzheitlich betrachtet und die verschiedenen Leistungserbringer gemeinsam mit den Patienten und Angehörigen koordiniert, trägt dies zu einer zusätzlichen Belastung der Angehörigen wie auch der Patienten bei.

Für die spezialisierte Versorgung, Koordination und Entlastung sind in verschiedenen Regionen der Schweiz Dienste der spitalexternen Onkologie-Pflege (SEOP) oder mobile Palliative Care Dienste (MPCD) geschaffen worden, die in Ergänzung zu den Leistungserbringern der Grundversorgung schwerkranke Menschen zu Hause begleiten. Organisationsform, Trägerschaft und auch das Leistungsspektrum der einzelnen Dienste unterscheiden sich stark (Wächter/Bommer 2014). Während einige dieser Dienste in erster Linie konsiliarisch beigezogen werden, sind andere auch direkt an der Behandlung, Pflege oder Begleitung der Patienten und Patientinnen beteiligt. Einige richten sich ausschliesslich an Patienten mit onkologischen Erkrankungen, andere begleiten auch Menschen mit anderen Krankheitsbildern in palliativen Situationen.

Gemäss Selbstverständnis und Selbstdarstellung verstehen sich viele dieser Dienste als Koordinationsinstanz. So gehört gemäss Beschreibung auf der Website z.B. bei der Onko-Spitex in Basel Stadt die „Organisation und Koordination der Pflege zu Hause“ zu den zentralen Leistungen (www.spitexbasel.ch) und auch der palliative Brückendienst der Krebsliga Ostschweiz hilft gemäss Eigenbeschreibung mit, „das Betreuungsnetz zu Hause aufzubauen“ (www.krebsliga-sg.ch).

Diese Managementfunktion ist von besonderem Interesse, denn eine gute Koordination der Versorgung ist entscheidend für das Wohlergehen der Patienten und Angehörigen. SEOP und MPCD übernehmen hier eine wichtige Rolle. Derursorische Überblick über die bestehende Literatur macht aber auch deutlich, dass es kaum Studien gibt, die sich explizit mit der Koordinations- und Managementfunktion dieser Dienste beschäftigen. Wir wissen deshalb nur wenig darüber, was betreffend Koordination und Management konkret geleistet wird, wie die Wirksamkeit ist und was Erfolgsfaktoren und Hindernisse sind. Diese Unsicherheiten und Unklarheiten mit einem möglicherweise nicht deckungsgleichen Selbst- und Fremdbild der SEOP-Mitarbeitenden haben sich am 10. November 2016 an einer Tagung im Haus der Krebsliga in Bern an verschiedener Stelle deutlich manifestiert und damit den Anstoss für eine Analyse gegeben.

1.2 Ziel und Fragestellung der Studie

Untersuchungsgegenstand sind in der Schweiz existierende Dienste der spitalexternen Onkologie-Pflege (SEOP) und mobile Palliative Care Dienste (MPCD),¹ die gemäss Selbstbeschreibung bei schwerkranken Menschen, die zu Hause versorgt werden, neben anderen Aufgaben auch eine Management- oder Koordinationsfunktion übernehmen. Das Ziel der Studie besteht darin, anhand einer vertieften Analyse einer Auswahl solcher Dienste aus verschiedenen Regionen der Schweiz zu untersuchen, wie diese ihre Aufgaben im Bereich der Koordination/Care Management wahrnehmen, was Erfolgsfaktoren und Hindernisse sind und wo Handlungsbedarf besteht.

¹ Im ursprünglichen Auftrag war nur die Rede von SEOP. Jedoch wurde rasch deutlich, dass die Begriffe SEOP und MPCD von vielen als Synonyme verwendet werden und dass eine klare Trennung zwischen SEOP auf der einen und MPCD auf der anderen Seite nicht möglich ist.

Im Einzelnen werden folgende Fragen beantwortet:

- Wie lautet der **Auftrag** der SEOP und MPCD im Allgemeinen und in Bezug auf Koordinations- und Managementaufgaben im Besonderen?
- Wie wird dieser Auftrag von ihnen selbst sowie von anderen Akteuren interpretiert und umgesetzt? Welche **Leistungen** werden von SEOP und MPCD erbracht und wie werden diese finanziert?
- Was ist der **Nutzen** der SEOP und MPCD als Koordinationsinstanz?
Was sind **Mehrwerte und Erfolgsfaktoren**?
- Was sind **Herausforderungen und Schwierigkeiten**, die die Ausübung der Koordinations- oder Managementfunktion durch die SEOP/MPCD erschweren?
- Wo besteht **Verbesserungspotenzial oder Handlungsbedarf**?
Welche Empfehlungen können formuliert werden?

1.3 Methodisches Vorgehen

Die Durchführung der Studie wurde in folgende Arbeitsschritte gegliedert:

Arbeitspaket 1: Überblick über das Forschungsfeld und Auswahl der Gesprächspartner

Der erste Arbeitsschritt bestand aus einer summarischen Literatur- und Internetrecherche, Sondierungsgesprächen mit verschiedenen Experten und der Valorisierung von Daten aus früheren Forschungsprojekten mit einem ähnlichen Fokus. Damit sollte ein Überblick über das Forschungsfeld erlangt werden, um ausgehend davon geeignete SEOP für eine vertiefte Analyse zu identifizieren. Bei der Auswahl wurde darauf geachtet, möglichst unterschiedliche Dienste (in Bezug auf die Organisationsform, die Finanzierung, etc.) aus verschiedenen Regionen der Schweiz zu berücksichtigen. Es sind die folgenden Dienste, die schlussendlich ausgewählt wurden.^{2 3}

1. Palliativer Brückendienst der Krebsliga Ostschweiz
2. SEOP Bern
3. SEOP Baselland
4. Onko-Spitex Basel
5. Voltigo (Kanton Freiburg)
6. EMSP BEJUNE (Bern, Jura, Neuchâtel)

Arbeitspaket 2: Qualitative Interviews mit Vertretern der SEOP/MPCD

Der zweite und wichtigste Schritt bestand aus ausführlichen qualitativen Interviews mit Vertretern der sechs SEOP/MPCD. Es handelt sich dabei um folgende Personen:

- Renate Praxmarer, Leitung Palliativer Brückendienst der Krebsliga Ostschweiz
- Georgette Jenelten, Leitung SEOP Bern
- Georg Tiete, Pflegefachmann SEOP Bern
- Beatrice Zobrist, Leitung SEOP Baselland
- Felix Schläfli, Fachverantwortlicher Onko-Spitex Basel
- Johanna Löffel, Teamleitung Onko-Spitex Basel
- Frédéric Fournier, Leiter Pflege Voltigo, Freiburg
- Christian Bernet, médecin-chef EMSP BEJUNE.

² Weil sich in zeigte, dass die SEOP sehr heterogen sind und weil es insb. Unterschiede gibt zwischen der Deutschschweiz und der Romandie hat die KLS gewünscht, die vorgesehene Anzahl zu analysierender Dienste von 3 auf 6 zu erhöhen.

³ Ein Beschrieb der einzelnen Dienste findet sich im Anhang.

Alle sechs SEOP wurden mindestens einmal vor Ort besucht. Teilweise konnten dabei auch informelle Gespräche mit weiteren Mitarbeitenden geführt werden. In einem Fall konnte auch an einer Teamsitzung teilgenommen und eine Mitarbeiterin bei einem Patientenbesuch begleitet werden. Die sechs SEOP wurden gebeten, uns schriftliche Dokumente wie Leitbilder, Jahresberichte, Evaluationen, etc. zur Verfügung zu stellen. Im Sinne einer Triangulierung wurden zudem eigene Recherchen durchgeführt, um auch kantonale Konzepte und weitere schriftliche Unterlagen, die den entsprechenden Dienst betreffen, aufzuspüren.

Zusätzlich hatte das Forschungsteam im Rahmen anderer Projekte bereits Gespräche geführt mit folgenden Personen:

- Massimo Tinghi, Leiter der EMSP des Réseau Santé Nord Broye;
- Doris Bittel-Passeraub, Leiterin Kompetenzzentrum Palliative Care, Oberwallis;
- Catherine Mengis Bay, Leitende Ärztin Kompetenzzentrum Palliative Care, Oberwallis;
- Nicole Chanton, Verantwortliche des mobilen Palliativdienstes Oberwallis;
- Marlies Ebi, ehemalige Mitarbeiterin der Onko-Spitex Aargau;
- Boris Cantin, Leitender Arzt am HFR und verantwortlicher Arzt von Voltigo; und
- Sophie Pautex, Leiterin „Unité de gériatrie et de soins palliatifs communautaires“ in Genf.

Weil in diesen Gesprächen ähnliche Themen behandelt wurden, haben wir auch diese Transkripte in die Analyse für den vorliegenden Bericht einbezogen. Die Daten wurden insb. abgeglichen mit den Ergebnissen der Studie « Collaboration et coordination interprofessionnelles et interinstitutionnelles dans la prise en charge en fin de vie », die wir im Auftrag der Fondation Leenaards erarbeitet haben (Sottas et al. 2017).

Arbeitspaket 3: Qualitative Interviews mit Personen mit einer Aussenperspektive

Es wurden auch Gespräche geführt mit Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen, die aus einer Aussenperspektive über die Funktion und die Wirksamkeit der verschiedenen SEOP berichten können. Es handelt sich dabei um Mitarbeitende von Basis-Spitex-Organisationen, um Hausärzte sowie um Experten aus dem Bereich der Palliative Care und des Case Managements. Auch eine Angehörige berichtete von ihrer Erfahrung bei der Unterstützung durch die lokale SEOP.

Der Einbezug unterschiedlicher Perspektiven war uns wichtig, um einen allfälligen Selbstbeurteilungs-Bias zu vermeiden. Alle Gespräche wurden anhand eines zuvor erstellten Leitfadens strukturiert, digital aufgezeichnet, inhaltsgetreu transkribiert und für die Analyse aufbereitet. Bei der Auswertung richteten wir uns nach der Inhaltsanalyse nach Mayring (2008).

Arbeitspaket 4: Validierung mittels Online-Erhebung

Ausgehend von den Ergebnissen aus den Arbeitspaketen 1 bis 3 wurde mit Hilfe des Umfrage Tools SurveyMonkey ein kurzer Online-Fragebogen in Deutsch und Französisch erstellt. Der Fragebogen richtete sich an die Mitarbeitenden der verschiedenen SEOP und MPCD in der Schweiz, die dadurch die Gelegenheit erhielten, die Ergebnisse und Schlussfolgerungen zu validieren und zu kommentieren. Der Link zur Umfrage wurde an 60 E-Mail-Adressen geschickt (41 in deutscher und 19 in französischer Sprache). Dabei handelte es sich einerseits um allgemeine Adressen einer SEOP/eines MPCD, andererseits aber auch um die persönlichen Adressen von Mitarbeitenden. 41 Personen haben den Fragebogen ausgefüllt (29 in Deutsch und 12 in Französisch).⁴

Die Ergebnisse der Online-Erhebung finden sich an verschiedenen Stellen im Bericht sowie – in ausführlicher Form – im Anhang 3.

⁴ Weil nicht alle Personen den Fragebogen vollständig ausgefüllt haben, stimmt das nicht überall mit der Gesamtzahl der Antworten überein.

Arbeitspaket 5: Redaktion Schlussbericht

Im letzten Arbeitspaket wurde der vorliegende Schlussbericht erstellt, der die Ergebnisse der verschiedenen Arbeitspakete sowie Schlussfolgerungen und Empfehlungen enthält.

2. Der Kontext: Koordinationsbedarf bei komplexen Situationen zu Hause

Die meisten Menschen möchten auch bei schwerer Krankheit so lange wie möglich im vertrauten Umfeld verbleiben. Gerade in komplexen Situationen ist das häufig nur möglich, wenn verschiedene Dienste und Fachpersonen involviert sind. Damit wird die Koordination zu einer grossen Herausforderung zwischen einer Vielzahl von Akteuren und Organisationen (Hausärzte und deren MPA, Spitälern, Apotheke, Spitex, Therapeuten, Sozialdienst, Haushaltshilfe, Freiwillige, Mahlzeitservices, Palliative Care), Kostenträger und unterschiedlichen Antrags- oder Vergütungsprozessen. Das kleinteilige und fragmentierte Gesundheitssystem der Schweiz spitzt sich hier besonders zu. Der Bedarf nach einer Person bzw. einer Stelle, die bei komplexen Situationen im Privathaushalt alle Fäden in der Hand hat und die Koordination und Organisation übernimmt, ist deshalb unbestritten (z.B. Trageser et al. 2017: 58).

Grundsätzlich wäre es der Hausarzt, der im ambulanten Bereich die Fallführung übernimmt, der die Leistungen der Fachspezialisten und der anderen Leistungserbringer koordiniert, die relevanten Informationen und Berichte sammelt und dem Patienten als zentrale Ansprechperson zur Verfügung steht. Aber, wie eine der befragten Personen sagt: „die Hausärzte wollen die Koordination häufig schon übernehmen, aber sie können es immer weniger. Es gibt einige, die es machen, andere, die es nicht machen, und noch mal andere, die sagen, sie würden es machen, es aber doch nicht tun“ (A_4E).⁵ Aus der Befragung wird deutlich, dass es **grosse Unterschiede gibt, inwiefern die Hausärzte ihre Koordinationsfunktion wahrnehmen**: „Wenn jemand multimorbid und schwerkrank ist und auch noch verschiedene Spezialisten benötigt, da merkt man gut, ob ein Hausarzt diese Funktion besser oder weniger gut wahrnimmt. Schafft er es, die Informationen von den anderen zu vereinen? Das zeigt sich z.B. in der Medikamentenverordnung. Wenn der Arzt das gut macht, haben auch Patienten mit mehreren Spezialisten eine übersichtliche, gut abgestimmte Medikamentenverordnung. Wenn ein Hausarzt die Koordinationsfunktion nicht übernimmt, dann fällt das auf“ (A_5E).

Es gibt verschiedene Faktoren, die einem Hausarzt die Ausübung der Koordinationsfunktion erschweren. So hat ein Hausarzt gar nicht die Zeit, die dafür notwendig wäre. Zudem wird aktuell wegen der Tarmed-Revision auch die schlechte Abgeltung von Koordinationsleistungen beklagt.⁶ Eine weitere Schwierigkeit ist, dass **je nach Situation Fachspezialisten sowie onkologische und palliative Dienste eine aktivere Rolle übernehmen und der Hausarzt nur am Rande beteiligt ist**. Gleichzeitig ist unklar, wer genau in einer solchen Situation den Lead übernimmt und es besteht die „Gefahr der Verzettlung der Verantwortung“ (Stumm 2017). Eine Angehörige erzählt, wie ihr Mann während seiner Krebserkrankung vor allem mit den Onkologen im Spital Kontakt hatte und dass auch ohne Hausarzt bereits unzählige Personen involviert waren. Als die regionale SEOP einbezogen wurde, fragte diese nach dem Hausarzt, der die Koordination übernehmen sollte. Für die Familie war das noch einmal eine zusätzliche Person, die man aufsuchen und der man alles erzählen musste, obwohl man zu diesem Zeitpunkt kaum Kontakt zu ihm hatte.⁷

⁵ Anhang 2 enthält eine Liste der berücksichtigten Interviews mit entsprechendem Kürzel, anhand dessen die Zitate, die jeweils blau markiert sind, zugeordnet werden können.

⁶ Nach Meinung eines Experten ist es aber weniger die Höhe der Abgeltung, sondern die Sichtbarkeit von Koordinationsleistungen im Tarmed. Während andere Leistungen sehr detailliert erfasst und abgegolten werden, werden alle Arten von Koordinationsleistungen unter „Leistungen in Abwesenheit des Patienten“ subsumiert. Diese stehen aktuell unter Druck.

⁷ Erfahrungsbericht am Fachsymposium Palliative Care, Bern, 17. August 2017

Nicht zuletzt wird darauf hingewiesen, dass Hausärzte zwar im medizinischen Bereich die Koordination – mehr oder weniger gut – übernehmen, sich aber kaum um die anderen Dimensionen der Pflege und Betreuung zu Hause kümmern: „Ein Hausarzt geht halt schon nicht sehr weit in andere Bereiche. Dafür hat er gar nicht die Zeit. Es kann höchstens sein, dass er punktuell etwas initiiert“ (A_5E). Koordination in komplexen Situationen zu Hause bedeutet jedoch sehr viel mehr als nur die Koordination medizinischer Massnahmen. Damit die Pflege und Betreuung am Lebensort nachhaltig greift, ist Koordination in vielfältigen alltäglichen Fragen erforderlich. Dazu gehört u.a. die Vermittlung, Abstimmung und Anleitung der verschiedenen Fachpersonen und Freiwilligen, die Leistungen erbringen; die Administration der Kostenträger, das gesundheitsbezogene Management (Therapien, Medikamente, Arztbesuche), die Organisation von Dienstleistungen im Haushalt (Mahlzeiten, Haushaltshilfe); der Einkauf, die Wartung und die Lagerung von Hilfsmitteln, aber auch das laufende Assessment von Bedarfen und Leistungen. Eine regelmässig geäusserte Aussage ist deshalb, dass zu unterscheiden ist zwischen der **Koordination medizinischer Aspekte, die in den Aufgabenbereich des Hausarztes bzw. eines anderen Arztes gehört**, und der **Koordination im umfassenden Sinn, für die eine Fachperson aus der Pflege besser geeignet sei**.

Auch die Spitex hat deshalb einen Koordinationsauftrag. Gemäss KLV übernimmt die Spitex für ihre Klienten und Klientinnen neben der Grund- und Behandlungspflege auch „Abklärung, Beratung und Koordination“. Die Umsetzung dieses Auftrages ist jedoch sehr unterschiedlich: „Die Spitex-Organisationen sind sehr heterogen, sie sind sehr unterschiedlich organisiert und qualitativ aufgestellt“ (A_4E). Das betrifft ihre Kompetenzen und ihre Engagement im Bereich der Palliative Care wie auch die Frage, ob sie die Koordinationsfunktion als Aufgabe der Spitex betrachten. „Einige Spitex schicken die Leute ins Spital, sobald es schwierig wird. Andere leisten sehr gute Palliative Care, koordinieren auch und sind sehr engagiert. Es ist sehr personenabhängig, vom Wissen, von der Erfahrung“ (A_4E).

Es gibt Spitex-Organisationen, die PflegeexpertInnen angestellt haben, die in komplexen Fällen ein Case Management anbieten, das ist aber eher die Ausnahme. Insgesamt wird von praktisch allen Gesprächspartnern **gewünscht, dass die Spitex-Organisationen die Koordinationsfunktion stärker wahrnehmen** sollten: „Ich finde es schade, dass sie diese Funktion nicht überall wahrnehmen. Manchmal arbeiten sie sehr reduziert, kümmern sich nur um die Körperpflege. Ihnen ist oft gar nicht bewusst, welche anderen Komponenten sie auch noch bieten könnten“ (S_1SG).

Neben den Hausärzten und der Spitex gibt es diverse weitere Akteure, die koordinative Aufgaben übernehmen. Zu erwähnen sind hier beispielsweise Koordinationsstellen unter der Trägerschaft von Gemeinden und Regionen (Wenger 2015), Angebote der Gesundheitsligen, die Case Manager der Krankenkassen oder auch private Vereine. In einer Bestandesaufnahme von Bischofberger et al. (2014) wurden sehr viele verschiedene Angebote im Bereich der Koordination und Organisation erfasst. Im gleichen Bericht ist aber auch die Rede davon, dass aus Sicht der Angehörigen im Bereich der Koordination noch ein grosser Bedarf besteht (2014: 94). Eine Person sagt dazu: „Es gibt verschiedenen Berufsgruppen, die Verschiedenes anbieten. Aber ob das ausreicht und auch systematisch gemacht wird, das bezweifle ich“ (A_5E). So kommt es immer wieder vor, dass Menschen durch die Maschen fallen, dass Informationen nicht dort sind, wo sie sein sollten, dass sich niemand zuständig fühlt, und dass nicht klar ist, wer welche Aufgaben übernimmt. Vor allem bei Übergängen von einem Versorgungssetting in ein anderes kommt es zu Versorgungsbrüchen, die für die Betroffenen sehr belastend sind.

Die Angehörigen müssen sich deshalb notgedrungen häufig selber helfen. Sie sind oft die Einzigen, die mit allen Leistungserbringern zu tun haben und die eigene Situation mit all ihren Facetten umfassend kennen und übernehmen deshalb faktisch die Fallführung. Dabei zeigen verschiedene Studien, dass die Organisation der Versorgung und die Koordination der verschiedenen Leistungserbringer für sie aufwendig und belastend ist (z.B. Sottas et al. 2015).

Immer wieder werden Forderungen nach Case oder Care Management bzw. nach einer besseren Koordination der Versorgung laut, denn eine gute Koordination spielt für die Versorgungsqualität

der betroffenen Personen eine entscheidende Rolle. Damit kann die Belastung für die Angehörigen reduziert und können Doppelspurigkeiten und Ineffizienzen vermieden werden (Trageser et al. 2017: 17). Das ursprünglich aus der sozialen Arbeit stammende Case Management-Vorgehen meint vor allem die Lotsenfunktion, d.h. das Begleiten einer Person in einer sozial und/oder gesundheitlich anspruchsvollen Situation, die alleine nicht bewältigt werden kann: „Case Management agiert entlang des (möglichst gesamten) Krankheits- oder Betreuungsverlaufs eines Patienten und quer zu den Grenzen von Versorgungseinrichtungen und -sektoren sowie Professionen“ (Waldispühl/Rex 2014).

Können SEOP und MPCD die Funktion des Case Managements übernehmen bzw. inwiefern machen sie das bereits? Dieser Frage wird im Folgenden nachgegangen.

3. Der Auftrag von SEOP und MPCD

3.1 Nationale Strategie Palliative Care

In den Jahren 2010 bis 2015 wurde in der Schweiz die Nationale Strategie Palliative Care umgesetzt. Im Rahmen dieser Strategie wurden u.a. die „Nationalen Leitlinien Palliative Care“ (BAG/GDK 2010), das Dokument „Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care“ (BAG/GDK 2012) sowie ein „Rahmenkonzept Palliative Care (BAG/GDK 2014) erarbeitet. Für Patienten, die auf die Unterstützung durch spezialisierte Fachpersonen angewiesen sind⁸ und zu Hause oder im Pflegeheim leben, wird darin die Etablierung von mobilen Palliativdiensten empfohlen. Diese werden wie folgt beschrieben: „Der mobile Palliativdienst ist ein spezialisiertes, interprofessionell arbeitendes Team, das sich in erster Linie an die professionellen Betreuenden der Grundversorgung zu Hause und im Pflegeheim wendet. Er ist beratend und anleitend tätig und bietet seine Erfahrung in Palliative Care auf dem Niveau der spezialisierten Palliativversorgung an. Das Team des mobilen Palliativdienstes unterstützt ausserdem die Übergänge zwischen Spital und häuslicher Versorgung und stellt somit den Drehpunkt jedes regionalen oder lokalen Palliativnetzes dar“ (BAG/GDK 2012: 28).

Wichtig sind hier zwei Punkte:

- MPCD sind als 2. Linien-Dienste gedacht, die sich hauptsächlich an die professionellen Betreuenden der Grundversorgung richten sollen und sich nicht direkt an der Pflege und Begleitung der Patienten beteiligen.
- Zielgruppe der MPCD sind schwerkranke Menschen in komplexen oder instabilen Situationen, unabhängig vom Krankheitsbild, die zu Hause oder im Pflegeheim versorgt werden.

In verschiedenen Kantonen wurden parallel dazu auch Palliative Care Konzepte erarbeitet, in denen mobile Palliative Care Dienste jeweils auch eine wichtige Rolle spielen (z.B. Basel Landschaft 2016; Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern o.J.).

3.2 SEOP und MPCD: Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Dienste, die schwerkranke Menschen zu Hause betreuen, gab es bereits vor der Nationalen Strategie Palliative Care. So sind unter der Trägerschaft der Krebsliga oder privater Vereine schon in den 80er und 90er Jahre an verschiedenen Orten sogenannte SEOP entstanden und auch grössere Spitex-Organisationen haben schon früh damit begonnen, entsprechende Spezialdienste einzurichten. Die SEOP der Krebsliga Schaffhausen existiert beispielsweise seit 1987, der Verein der SEOP Baselland seit 1992 und die SEOP der Spitex Bern seit dem Jahr 2000 (Wächter/Bommer 2014: 20-

⁸ Dies trifft auf ca. 20% der Patienten und Patientinnen in palliativen Situationen zu. Die restlichen 80% können grösstenteils im Rahmen der Grundversorgung, d.h. durch Hausärzte, Spitex, Alters- und Pflegeheime und auch Akutspitäler betreut werden. Der Übergang zwischen den beiden Gruppen ist fließend (BAG/GDK 2014).

21). Bei diesen Beispielen handelt es sich um **pflegegeleitete Dienste, die sich vorerst hauptsächlich an Personen mit onkologischen Erkrankungen richteten**. Sie entstanden in der Regel dank dem Engagement einzelner Fachpersonen, die in ihrem Berufsalltag mit onkologischen Patienten in palliativen Situationen, die ihr Lebensende zu Hause verbringen wollten, konfrontiert waren. Diese Dienste leisteten laut eigenen Aussagen Palliative Care, auch wenn dieses Konzept zur damaligen Zeit hierzulande noch kaum bekannt war: „Wir sind einfach mal als SEOP gestartet vor vielen Jahren. Damals hat noch niemand von Palliative Care gesprochen. So hat sich das als spezialisierte Onkologiepflege entwickelt, aber schlussendlich haben wir eigentlich von Anfang an Palliative Care gemacht“ (S_3BL).

Im Zuge der Nationalen Strategie haben sich einige der bereits bestehenden SEOP immer mehr in Richtung einer umfassenden Palliative Care erweitert und auch für nicht-onkologische Patienten geöffnet.⁹ In verschiedenen Kantonen kam es auch zu Neugründungen von MPCD, die sich z.T. an den bereits bestehenden Diensten orientierten. Zwischen SEOP und MPCD gibt es somit grosse Überschneidungen und die unterschiedlichen Bezeichnungen sind zu einem grossen Teil historisch bedingt. **Die meisten Dienste, die sich als SEOP bezeichnen, verstehen sich heute als mobiler Palliative Care Dienst im Sinne der Nationalen Strategie. Das ist aber nicht überall der Fall.**

Während z.B. die SEOP Baselland trotz ihres Namens explizit als MPCD bezeichnet wird (Basel Landschaft 2016), hat die Online-Erhebung deutlich gemacht, dass es auch Dienste gibt, die sich nicht als MPCD verstehen, sondern sich als „Spezialteam der ambulanten Grundversorgung“ bezeichnen. So gibt es auch in Basel Stadt eine SEOP (Onko-Spitex) wie auch ein mobiles Palliative Care Team mit jeweils unterschiedlicher Funktion.¹⁰

Unsere Ergebnisse machen deutlich, dass es zwischen SEOP und MPCD einige konzeptionelle Unterschiede gibt. Neben der **Zielgruppe** und der **Frage der 1. und der 2. Linie**, auf die weiter unten vertieft eingegangen wird, ist das insb. **die Ausrichtung als pflegegeleiteter Dienst bei der SEOP und die Betonung der Interprofessionalität und des zwingenden Einbezugs der Medizin bei den MPCD gemäss Nationaler Strategie** (BAG/GDK 2012).

In der Online-Erhebung wurde die Frage gestellt, ob es einen Unterschied gibt zwischen SEOP und MPCD.¹¹ 22 (von 28) Personen haben dies bejaht. Sie führen dabei im Grossen und Ganzen die gleichen Elemente an, die auch von uns identifiziert wurden (s. Anhang 3). Interessant ist die Tatsache, dass 7 Personen angeben, SEOP seien eher in 1. Linie und MPCD eher in 2. Linie tätig, 2 Personen es aber genau umgekehrt sehen.

Zu betonen ist, dass die genannten **Unterschiede nicht in jedem Fall zutreffen und eine klare Trennung zwischen der SEOP auf der einen und den MPCD auf der anderen Seite nicht möglich ist**. Auf dem Spektrum zwischen SEOP/spezialisierter Pflegedienst und MPCD gemäss Nationaler Strategie positioniert sich jeder einzelne Dienst wieder ein bisschen anders und der Name sagt dabei nicht zwingend etwas über die Ausrichtung aus. Weil die Verwendung der Begriffe SEOP und MPCD in den verschiedenen Regionen der Schweiz und je nach Kontext unterschiedlich ist, werden im vorliegenden Bericht die beiden Bezeichnungen als Synonyme verwendet.¹²

Wenn von einer SEOP die Rede ist, kann somit ein spezialisierter Pflegedienst gemeint sein, oder ein MPCD im Sinne der Nationalen Strategie, oder man will – wie es häufig den Anschein macht –

⁹ Einige SEOP haben deshalb auch ihren Namen geändert, bei anderen wird eine Namensänderung zumindest diskutiert.

¹⁰ Während die Onko-Spitex Basel bereits in den 1980er Jahren entstand, war es das kantonale Palliative Care Konzept, das seit 2013 in Kraft ist, das zur Gründung eines MPCD führte. Der MPCD setzt sich zusammen aus Ärzten des Palliativzentrums Hildegard und Pflegefachpersonen der Onko-Spitex und ist ausschliesslich konsiliarisch (in 2. Linie) tätig.

¹¹ In der französischen Version wurde zuvor die Frage gestellt, ob der Begriff SEOP überhaupt bekannt ist. Nur zwei von 12 Personen haben dies bejaht.

¹² In der Online-Erhebung hat eine Person den Kommentar hinzugefügt, dass es nicht nur SEOP und MPCD sondern auch spitexeigene Fachstellen Palliative Care mit einem sehr ähnlichen Angebot gibt, dass im ambulanten Bereich also von drei verschiedenen Modellen die Rede sein müsste.

beides gleichzeitig sein. Dazu passt die Feststellung von BAG und GDK, dass die Deutschschweiz gemischte Formen kenne, „bei der die spezialisierte Palliative Care relativ häufig in den Aufgabenbereich der mobilen Palliativdienste der Grundversorgung fällt (beispielweise spitalexterne Onkologiepflege SEOP)“ (BAG/GDK 2013: 39).

Die Gegenüberstellung zwischen SEOP als spezialisierter Pflegedienst und MPCD ist auch deshalb weniger eindeutig als es auf den ersten Blick erscheinen mag, weil die befragten Personen betonen, dass „Pflege“ mehr umfasst als Fachwissen und technische Verrichtungen. Auch BAG und GDK verweisen in ihren Dokumenten auf eine breit gefasste Definition von Pflege. Danach heisst pflegen, „einem Menschen besondere Aufmerksamkeit entgegenzubringen, der eine besondere Situation erlebt und im Sinne einer Hilfestellung zu seinem Wohlbefinden und Gesundheit beitragen“ (W. Hesbeen, zit. in BAG/GDK 2013: 18). In diesem Sinne erbringen auch MPCD als 2. Linien-Dienste pflegerische Leistungen, auch wenn diese nicht zwingend als solche anerkannt und damit auch nicht vergütet werden.

3.3 Die Zielgruppe(n) von SEOP und MPCD

Gemäss den Indikationskriterien und Empfehlung zur Versorgungsstruktur von BAG und GDK sollen SEOP und MPCD dort zum Einsatz kommen, wo Menschen mit unheilbaren Krankheiten im fortgeschrittenen Stadium zu Hause versorgt werden, und wo neben den Leistungen der Grundversorgung auch Unterstützung durch ein spezialisiertes Palliative Care Team notwendig ist. Gründe dafür können z.B. eine instabile Krankheitssituation sein, die Notwendigkeit einer komplexen Behandlung bzw. die Stabilisierung von bestehenden Symptomen oder das Überschreiten der Belastungsgrenze bei nahestehenden Bezugspersonen (BAG/GDK 2012: 8). **Es ist die Komplexität oder Instabilität einer Situation, die gemäss diesen Vorgaben den Einbezug einer SEOP oder eines MPCD notwendig macht, nicht ein Krankheitsbild oder die Zuweiserstrukturen.** Dabei ist nicht nur der körperliche Zustand des Patienten oder der Patientin zu berücksichtigen, sondern auch die psychische, soziale oder spirituelle Dimension (BAG/GDK 2011: 12-15).

Der Ursprung der SEOP liegt jedoch, wie oben gesehen, in der Onkologie. **Auch wenn im Zuge der Nationalen Strategie vielerorts eine Öffnung gegenüber anderen Krankheitsbildern stattgefunden hat, gibt es Dienste, die sich bis heute ausschliesslich an Patienten mit onkologischen Erkrankungen richten.** Betont wird zudem, dass auch dort, wo man gegenüber anderen Krankheitsbildern offen ist, onkologische Patienten immer noch die grosse Mehrheit ausmachen.

Die folgende Tabelle gibt an, wie gross gemäss Aussagen aus den Interviews der Anteil onkologischer und nicht-onkologischer Patienten bei den sechs untersuchten SEOP und MPCD ist:

Anteil onkologischer und nicht onkologischer Patienten bei den einzelnen SEOP/MPCD

Palliativer Brückendienst der Krebsliga Ostschweiz	Offen für alle, aber ca. 90% onkologische Patienten
SEOP Bern	Gemäss Website nur für Krebsliga, in der Praxis offen für alle. Weitaus grösster Anteil betrifft onkologische Patienten
SEOP Baselland	Erst seit kurzem Öffnung gegenüber andere Krankheitsbildern. Von 270 Patienten im letzten Jahr waren nur gerade 11 nicht-onkologische Patienten (v.a. ALS)
Onko-Spitex Basel	Ursprünglich nur onkologische Patienten, heute offen für alle, aber nur sehr kleiner Teil nicht-onkologischer Patienten
Voltigo	Offen für alle; Gründung im Kontext der Onkologie am HFR
EMSP BEJUNE	Offen für alle; Anteil nicht-onkologischer Patienten beträgt 30-35%.

3.4 Grosse Heterogenität bei Organisationsform und Trägerschaft

Im Herbst 2013 wurde eine Bestandesaufnahme über mobile Palliative Care Dienste in der Schweiz erstellt, in der auch die hier näher untersuchten SEOP/MPCD berücksichtigt wurden (Wächter/Bommer 2014). Ein zentrales Ergebnis dieser Bestandesaufnahme ist die Erkenntnis, dass eine grosse Heterogenität in Bezug auf die Organisationsform, die Trägerschaft und die Finanzierung besteht. Die Autoren unterscheiden:

- A. MPCD als spezialisierte Spitex-Organisation, die von einer gemeinnützigen Stiftung oder einem Verein getragen wird.
- B. MPCD als Spezialdienst innerhalb einer Spitex mit Leistungsauftrag in der Grundversorgung,
- C. MPCD als Organisationseinheit eines Spitals, .
- D. MPCD als versorgungsbereichsübergreifende Institution und
- E. MPCD, die im Rahmen eines kantonalen Programms oder eines interkantonalen Leistungsauftrags finanziert werden (Wächter/Bommer 2014: 7).

Der palliative Brückendienst der Krebsliga Ostschweiz gehört zur Gruppe A, die SEOP Bern und die Onko-Spitex Basel gehören zur Gruppe B, die SEOP Baselland zur Gruppe C, Voltigo zur Gruppe D und

die EMSP BEJUNE zur Gruppe E (Wächter/Bommer 2014: 14-18).

Die Situation ist in Realität aber noch komplexer, weil die Finanzierung weitere Unterschiede und Überschneidungen schafft (vgl. Kap. 9).

3.5 Der Koordinationsauftrag von SEOP/MPCD

MPCD werden gemäss der in Kap. 3.1 zitierten Definition **als Drehpunkt des regionalen oder lokalen Palliativnetzes bezeichnet**. Ihr Auftrag besteht darin, insb. die Übergänge zwischen Spital und häuslicher Versorgung zu unterstützen (BAG/GDK 2012: 28). An einer anderen Stelle werden die „intensive Unterstützung der Netzwerkorganisation“ und „Koordination und Kommunikation“ als zentrale Aufgaben der spezialisierten Palliative Care genannt (BAG/GDK 2014). MPCD haben somit einen implizit wahrgenommenen oder explizit erteilten Koordinationsauftrag.

Gleichzeitig wird die **Koordinationsfunktion aber nicht alleine den MPCD zugewiesen**, sondern es heisst an einer Stelle auch, dass die Frage, wer die Koordinationsrolle („Case Management“) wahrnehme, sei „innerhalb der regionalen Gegebenheiten und oft sogar nur im individuellen Fall“ zu entscheiden (BAG/GDK 2012: 5).

Es kann somit festgehalten werden, dass die Vorgaben von BAG und GDK in Bezug auf die Ausübung der Management- und Koordinationsfunktion durch MPCD/SEOP relativ allgemein gehalten sind und dass klare Anweisungen für die konkrete Umsetzung in der Praxis fehlen.

4. Die Umsetzung des Auftrags und die Leistungen der SEOP und MPCD

Wie werden die Vorgaben von BAG und GDK in der Praxis umgesetzt und welche Leistungen werden konkret erbracht? Bevor wir uns der Koordinations- und Managementfunktion zuwenden, müssen wir uns fragen, welche Aufgaben SEOP und MPCD allgemein in der Versorgungslandschaft wahrnehmen.

4.1 Vier Hauptkategorien von Leistungen

Die Leistungen der einzelnen SEOP und MPCD werden in Broschüren, auf Flyers und auf Webseiten beschrieben.¹³ Dabei zeigen sich einerseits grosse Überschneidungen – so können die einzelnen Leistungen in vier Hauptkategorien unterteilt werden –, andererseits sind aber auch deutliche Unterschiede erkennbar.

Die vier Hauptkategorien von Leistungen werden im Folgenden vorgestellt.

Beratung, Unterstützung und Instruktion anderer Fachpersonen

Gemäss der Nationalen Strategie richten sich ein MPCD, wie wir gesehen haben, „in erster Linie an die professionellen Betreuenden“ und ist „beratend und anleitend tätig“ (BAG/GDK 2012: 28). Ein MPCD soll somit nicht die Fachpersonen der Grundversorgung ersetzen, sondern diese sollen dank der Unterstützung und Beratung durch den MPCD befähigt werden, schwierige Situationen selber zu meistern. **Diese Art von Leistungen wird bei allen sechs Diensten erwähnt.** Besonders prominent ist das bei der EMSP BEJUNE der Fall, die sich klar als 2. Linien-Dienst positioniert (s.u.). „Contribuer par des activités de conseil, d'orientation, de consultance, de formation auprès des professionnels de la santé et du social à offrir des soins palliatifs répondant aux critères de qualité, de proximité et d'économie“ steht hier an erster Stelle; des Weiteren wird „soutenir les équipes de soins confrontées à des situations palliatives complexes“ und „participer au développement des compétences en soins palliatifs des professionnels, tant par la collaboration sur le terrain que par des activités de formation“ erwähnt. Es geht hier also einerseits um die **Beratung und Unterstützung in konkreten Situationen**, andererseits aber auch um **allgemeine Schulungen und Weiterbildungen für die Fachpersonen der Grundversorgung**. Dieser pädagogische Auftrag wird von mehreren Gesprächspartnern als sehr wichtig erachtet.

Ähnliche Formulierungen finden sich auch bei den anderen SEOP und MPCD. Der Palliativen Brückendienst der Krebsliga Ostschweiz bietet „Beratung, Unterstützung und Instruktion von Spitex und Hausärzten bei komplexen Situationen einer palliativen Betreuung zu Hause (Schmerztherapie, Symptomlinderung, etc.)“. Die SEOP Bern spricht von „fachspezifischer Beratung und Unterstützung von Organisationen aus dem Gesundheitswesen und Schulung und Weiterbildung der Mitarbeitenden des Spitex-Basisdienstes“ und die SEOP Baselland von „Beratung und Unterstützung von Angehörigen, Spitexpersonal oder andern an der Pflege beteiligte Personen“. Bei der Onko-Spitex Basel richtet sich die „Beratung und Unterstützung“ gemäss Leistungsbeschreibung nur an die „Mitarbeitenden der Spitex Basel“ und Voltigo berät und unterstützt „Fachleute und freiwillige Mitarbeitende im Umgang mit schweren und/oder unheilbaren Krankheiten“. Voltigo übernimmt zudem auch „Weiterbildungen und Supervisionen für Institutionen und Fachleute des Freiburger Gesundheits- und Sozialwesens“ und trägt insgesamt zum „Ausbau der Kompetenzen in der Palliativmedizin bei“.

¹³ Diese Leistungsbeschreibungen finden sich im Anhang 1.

Beratung und Begleitung der Patienten und Angehörigen

Ob die Beratung und Begleitung der Patienten und Angehörigen nach den Vorstellungen von BAG und GDK zum Auftrag eines MPCD gehören, ist nicht ganz klar. Die Meinungen darüber gehen auseinander. Bei 5 der 6 analysierten Dienste gehören Leistungen dieser Art jedenfalls zum Angebot. In St. Gallen berät und begleitet man den Patient und die Angehörigen „bei besonderen Fragestellungen der Palliativpflege zu Hause“, man bietet auch „psychosoziale und fachliche Beratung zur individuellen, pflegerischen Gestaltung der terminalen Phase zu Hause“ sowie „in Bezug auf „Patientenverfügungen u.ä.“. In Bern spricht man von „Begleitung und Unterstützung in Krisensituationen und während des Sterbens“ und „fachspezifische[r] Beratung und Unterstützung der Angehörigen in allen Fragen des Krankseins“. Zu den Leistungen der SEOP Baselland gehören „Gespräche und Begleitung in Krisensituationen und während des Sterbens“ und „Beratung und Unterstützung von Angehörigen“. Die Onko-Spitex Basel berät und begleitet „in der Krankheit, in Krisen und während der letzten Lebensphase“ und Voltigo erwähnt den „Support für Angehörige“ und die Beratung „kranke[r] Menschen in Bezug auf die letzte Lebensphase“. Nicht erwähnt werden Leistungen dieser Art bei der EMSP BEJUNE.

Die Begriffe und Formulierungen unterscheiden sich somit erheblich und es ist auch unterschiedlich, was die Beratung und Begleitung der Patienten und Angehörigen gemäss Leistungsbeschrieb genau beinhaltet. **Mit Ausnahme der EMSP BEJUNE ist es aber für alle befragten SEOP sehr entscheidend, für Patienten und Angehörige als Ansprechperson zur Verfügung zu stehen, zuzuhören, die richtigen Fragen zu stellen, Bedürfnisse, Problemlagen und Risiken zu erkennen und auch Antworten zu geben.** In den Gesprächen besonders hervorgehoben wird auch die Unterstützung bei der Entscheidungsfindung¹⁴ sowie die Übernahme einer Art Coaching-Funktion für die Angehörigen.

Zu erwähnen ist an dieser Stelle auch die 24h-Erreichbarkeit, mit der den Angehörigen Sicherheit vermittelt wird. Tritt in der Nacht oder am Wochenende, wenn weder der Hausarzt noch die Spitex erreichbar sind, ein Notfall ein, haben die Angehörigen eine Ansprechperson, die ihnen weiterhilft. Der einzige Dienst, bei dem die 24h-Erreichbarkeit nicht zu den Leistungen gehört, ist wieder die EMSP BEJUNE.¹⁵ Die primäre Ansprechperson bleibt hier immer der Hausarzt oder die Basis-Spitex. Nichtsdestotrotz gehen auch die Mitarbeitenden der EMSP BEJUNE zu den Patienten nach Hause und führen Gespräche mit Patienten und Angehörigen, sie übernehmen jedoch nicht die Verantwortung und „nous essayons d'éviter d'être les premières personnes que les gens appellent“ (S_6NE). Wie weiter unten noch ausgeführt wird, betonen auch andere, sie seien nicht die primäre Ansprechperson – auch wenn die Beratung und Begleitung der Patienten und Angehörigen in der täglichen Praxis eine wichtige Rolle spielt.

Symptommanagement, spezialisierte Pflege

Das Symptommanagement ist ein wichtiger Bestandteil der spezialisierten Palliative Care und wird auch im „Rahmenkonzept Palliative Care“ (BAG/GDK 2014) explizit als Aufgabe spezialisierter Versorgungsstrukturen genannt. Die Frage, die sich hier stellt, ist, ob eine SEOP selber das Symptommanagement übernimmt oder ob es darum geht, die Fachpersonen der Grundversorgung diesbezüglich zu beraten und instruieren. Nach den Vorstellungen von BAG und GDK gehört Ersteres nicht zu den Aufgaben eines MPCD. In der Versorgungslandschaft findet man diesbezüglich jedoch ein breites Spektrum. **Während einige SEOP/MPCD sich auf die konsiliarische Tätigkeit beschränken, verstehen sich andere viel stärker als spezialisierter Pflegedienst, der selber**

¹⁴ Die Unterstützung bei schwieriger Entscheidungsfindung ist eine zentrale Aufgabe der spezialisierten Palliative Care (BAG/GDK 2014).

¹⁵ Eine 24h-Erreichbarkeit für Fachpersonen wird von La Chrysalide, dem Zentrum für Palliative Care des Hôpital neuchâtelois, gewährleistet. Eine 24h-Erreichbarkeit durch die EMSP BEJUNE wurde zwar in Betracht gezogen, jedoch aus Ressourcen- und Finanzierungsgründen verworfen.

pflegerische Aufgaben übernimmt und insb. auch onkologiespezifische, spezialisierte Verrichtungen anbietet.

Beim Brückendienst der Krebsliga Ostschweiz z.B. stehen pflegerische Massnahmen weniger im Zentrum, erwähnt werden nur „kurzfristige Massnahmen der Behandlungspflege, um eine Hospitalisation zu vermeiden“. In Bern hingegen ist nicht nur die Rede von der „Betreuung und Kontrolle von Beschwerden wie Schmerzen, Übelkeit, Müdigkeit, Angst, usw., sondern zu den Leistungen gehört auch die „Anleitung und Übernahme von fachspezifischen Verrichtungen (Umgang mit Port-, Medikamentenpumpensystemen, Infusionen, Chemotherapie, etc.)“. Auch die SEOP Baselland kümmert sich neben „Schmerztherapien und Massnahmen zur Linderung krankheitsbedingter Symptome“ auch um „Medikamentenpumpen zur Symptomkontrolle, sowie Blutentnahmen, Infusionen und Transfusionen“. Praktisch die gleichen Worte verwendet die Onko-Spitex Basel, erwähnt zusätzlich aber auch noch „Chemotherapien, Verabreichung künstlicher Ernährung“ und „Instruieren und Pflege von Kunden mit implantiertem Venenkathetersystem“.

Als klarer 2. Linien-Dienst werden bei der EMSP BEJUNE hingegen keine pflegerischen Tätigkeiten im engeren Sinn erwähnt. Bei Voltigo heisst es einfach „Palliative Care leisten, wenn die Situation es erfordert“ und „komplexe Situationen in Bezug auf das Symptommanagement [...] evaluieren“.

Die einzelnen SEOP und MPCD unterscheiden sich somit nicht nur bei der Frage, ob sie selber pflegerische Leistungen übernehmen bzw. was darunter verstanden wird, sondern auch darin, **ob auch fachspezifische Pflegeleistungen aus dem Bereich der Onkologie zum Angebot gehören oder ob nur eine Art allgemeine Palliative Care geboten wird**. Ersteres ist vor allem dort der Fall, wo man sich stark am ursprünglichen Modell der SEOP orientiert (vgl. Kap. 3.2).

Organisation und Koordination

Das Thema der Organisation und Koordination wird in Kap. 5 noch ausführlich behandelt. Hier reicht der Hinweis darauf, dass dieser Aspekt **bei 4 von 6 Diensten erwähnt wird, wobei eine Übereinstimmung mit der Ausrichtung als 1. oder als 2. Linien-Dienst nicht zu erkennen ist**.

Nicht explizit genannt wird diese Kategorie beim palliativen Brückendienst der Krebsliga Ostschweiz¹⁶ und bei Voltigo. Wie wir noch sehen werden, werden aber auch dort Leistungen erbracht, die darunter gefasst werden können. In Bern ist die Rede von der „Abklärung des Pflegebedarfs mit Klient, Arzt, Spital, Angehörigen“ und der „Organisation und Koordination der an der Pflege beteiligten Dienste / Organisationen und Kontakte zu unterstützenden Dienstleistungen“. Die SEOP Baselland kümmert sich um die „Organisation und Koordination der Pflege zu Hause in Zusammenarbeit mit der örtlichen Spitex und anderen Partnerorganisationen“. Die Onko-Spitex Basel übernimmt die „Organisation und Koordination der Pflege zu Hause, von Pflegehilfsmitteln, von Pflege in der Nacht“ und die EMSP BEJUNE hilft „à assurer la continuité des soins aux patients en contribuant à relier les différents partenaires et associés du réseau socio-sanitaire.“

4.2 Die Frage der 1. und der 2. Linie

Die Leistungsbeschreibungen lassen eine grosse Vielfalt sowie auch eine mehr oder weniger deutliche Diskrepanz zwischen dem Auftrag gemäss Nationaler Strategie Palliative Care und der Umsetzung in der Praxis erkennen. Obwohl sich praktisch alle auf die Nationale Strategie beziehen, werden Auftrag und Rolle von verschiedenen Akteuren und in den verschiedenen Regionen der Schweiz sehr unterschiedlich umgesetzt. **Eine wichtige Unterscheidung bezieht sich auf die Frage, ob der Dienst hauptsächlich konsiliarisch beigezogen wird und sich an die Fachpersonen der**

¹⁶ Diese Aussage bezieht sich auf den Leistungsbeschrieb auf der Website. An anderer Stelle auf der Website ist hingegen die Rede vom Aufbau des Betreuungsnetzes zu Hause (siehe Kap. 1).

Grundversorgung richtet oder ob die Mitarbeitenden der SEOP auch direkt an der Behandlung, Pflege und Begleitung der Patienten und Patientinnen beteiligt sind. Ersteres wird in der offiziellen Terminologie als 2. Linien-Dienst bezeichnet, letzteres als 1. Linien-Dienst.

Die Ausrichtung der Tätigkeit der einzelnen Dienste

In den Dokumenten der Nationalen Strategie Palliative Care werden MPCD als 2. Linien-Dienste konzipiert (vgl. Kap. 3.1). Das entspricht der vorherrschenden Praxis in der Westschweiz und im Tessin. Aber auch in der Deutschschweiz gibt es Dienste, die sich klar als 2. Linien-Dienst positionieren. Bei der EMSP BEJUNE wie auch beim palliativen Brückendienst der Krebsliga Ostschweiz wird betont, das Ziel sei die Stärkung der Grundversorgung: „*Les missions de notre EMSP, c’est de soutenir les équipes de première ligne dans leur travail et de les aider à travailler mieux. Nous avons une mission pédagogique. On peut parler d’un „enseignement clinique au lit du patient“. L’objectif est que, quand nous repartons, les gens aient des outils supplémentaires pour faire face aux mêmes situations plus tard*“ (S_6NE). In beiden Fällen heisst es, man habe gar nicht die personellen Ressourcen, um selber Patienten zu übernehmen – vor allem nicht angesichts des grossen Einzugsgebiets. Eine Person fügt zudem hinzu, dass es häufig hilfreich sei, weniger emotional involviert zu sein, um eine gute Lösung für alle Beteiligten zu finden. Das sei nur möglich, wenn man nicht selber zu nahe dran und für den Patienten verantwortlich sei.

Viele SEOP und MPCD in der Deutschschweiz sind aber viel stärker auch in 1. Linie tätig als in den Konzeptpapieren und Strategien der Kantone und des Bundes vorgesehen. Mehrere Gesprächspartner bekunden denn auch grosse Mühe mit dieser Unterteilung in 1. und 2. Linien-Dienste, die ihrer Meinung nach kaum der gelebten Praxis entspricht.

Wächter und Bommer haben in ihrer Bestandesaufnahme festgestellt, dass die meisten SEOP und MPCD sowohl in 1. wie auch in 2. Linie tätig sind, wenn auch mit unterschiedlicher Gewichtung. Die folgende Tabelle gibt an, wie die von uns näher betrachteten Dienste ihre Ausrichtung einordnen. Interessant ist, dass sich die Selbsteinschätzung in einigen Fällen von der Auskunft des jeweiligen Kantons unterscheidet (Wächter/Bommer 2014: 27).

Ausrichtung der Tätigkeit gemäss Selbsteinschätzung (vgl. Wächter/Bommer 2014: 26)

Ausschliesslich konsiliarisch/beratend tätig	Kein Beispiel
Überwiegend konsiliarisch/beratend tätig, nur in Ausnahmefällen direkte medizinisch-therapeutische Behandlung oder pflegerische Begleitung der Patientin/des Patienten vor Ort.	Palliativer Brückendienst der Krebsliga Ostschweiz SEOP Baselland EMSP BEJUNE
Konsiliarisch/beratend und in der direkten medizinisch-therapeutischen oder pflegerischen Begleitung der Patientin/des Patienten vor Ort tätig.	SEOP Bern Voltigo
Vorwiegend in der direkten medizinisch-therapeutischen oder pflegerischen Begleitung der Patientin/des Patienten vor Ort tätig, mit einem kleinen Anteil an konsiliarischer/beratender Tätigkeit.	Onko-Spitex Basel
Ausschliesslich in der direkten medizinisch-therapeutischen oder pflegerischen Begleitung der Patientin/des Patienten vor Ort tätig, nicht oder nur in Ausnahmefällen konsiliarisch/beratend tätig.	Kein Beispiel

Die im Rahmen unserer Erhebung geführten Gespräche bestätigen diese Einteilung im Grossen und Ganzen, wenn auch mit Einschränkungen (siehe insb. Selbsteinschätzung SEOP BL). Die entsprechenden Aussagen aus den Interviews lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Aussagen aus den Interviews zur Ausrichtung der Tätigkeit

Palliativer Brückendienst der Krebsliga Ostschweiz	Eher 2. Linien-Dienst, das Ziel ist die Stärkung der Grundversorgung, nicht die Übernahme von Aufgaben, die die Grundversorgung selber machen können.
SEOP Bern	Man ist sich noch am Finden, das Ziel ist ein 2. Linien-Dienst, d.h. vor allem Fachberatungen zu machen. Man erbringt auch pflegerische Leistungen, aber das Wort „subsidiär“ ist wichtig.
SEOP Baselland	„Wir sind kein klarer 2. Linien-Dienst. Wir gehen auch zu den Patienten nach Hause.“ (S_3BL)
Onko-Spitex Basel	Bezeichnet sich durchaus als 1. Linien-Dienst: „Wir machen alles, wenn es sein muss. [...] Wir machen Beratung, Begleitung, Organisation, Koordination, aber auch Behandlungspflege wenn nötig und je nach Situation und Notwendigkeit auch Grundpflege. Wir machen alles und sind die Hauptansprechperson für viele Patienten in komplexen, chronischen Situationen“ (S_4BS).
Voltigo	Voltigo erbringt Leistungen in 1. und 2. Linie. Eine klare Einteilung ist kaum möglich.
EMSP BEJUNE	Klarer 2. Linien-Dienst: „Nous sommes des consultants au vrai sens du terme, la 2ème ligne pour de vrai. Donc nous ne prenons rien en charge, nous ne sommes responsables de la prise en charge d'aucun patient“ (S_6NE)

Die einzelnen Dienste positionieren sich somit unterschiedlich. Gleichzeitig ist zu betonen, dass die Definition von 1. und 2. Linie nicht immer eindeutig ist. In Baselland heisst es, man sei kein klarer 2. Linien-Dienst, da man auch zu den Patienten nach Hause gehe. Bei der EMSP ist das kein entscheidendes Kriterium. Man bezeichnet sich als 2. Linien-Dienst, obwohl auch dort Patientenbesuche zum Aufgabengebiet gehören.¹⁷

Weshalb sind SEOP und MPCD in der Praxis häufig auch in 1. Linie tätig?

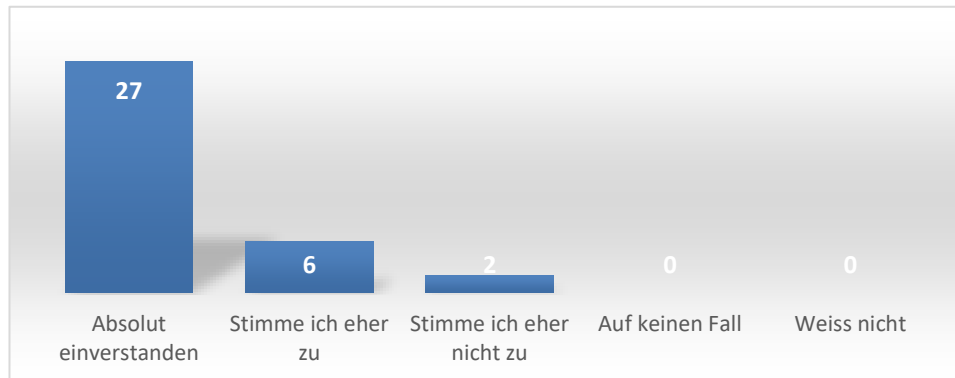
Verschiedene Gesprächspartner sind der Ansicht, dass ein reiner 2. Linien-Dienst wenig sinnvoll ist. **Das Hauptargument lautet wie folgt: Wollen die Mitarbeitenden einer SEOP Patienten und Angehörigen in schwierigen Situationen unterstützen und begleiten, dann müssen sie erstens die Situation sehr gut kennen und zweitens braucht es ein Vertrauensverhältnis, das nur im persönlichen Kontakt entstehen kann.** Aus diesem Grund ziehen sie es auch vor, Patienten längere Zeit zu begleiten. Es braucht ihrer Ansicht nach Nähe und Vertrauen, um die Aufgaben gut erfüllen zu können: „Ein 2. Linien-Dienst ist definitionsgemäss weniger am Patientenbett. Damit wird es viel schwieriger, um nicht zu sagen unmöglich, eine Beziehung aufzubauen. Der Vorteil einer 1. Linien-Betreuung ist, dass man in komplexen Situationen viel häufiger drin ist, dass man eine Beziehung hat. Man muss auch spüren, was man zu welchem Zeitpunkt ansprechen kann“ (S_4BS).

¹⁷ Dass die Einteilung in 1. und 2. Linien-Dienste alles andere als eindeutig ist, zeigt sich auch darin, dass in der Literatur in Bezug auf 2. Linien-Dienste die Rede ist von drei Arten von Interventionen: Es sind dies (1) die reine Konsultation, (2) die Substitution der Leistungserbringer der Grundversorgung und (3) die Zusammenarbeit zwischen Grundversorger und spezialisiertem Team (Cantin et al. 2008; Teike Lüthi/Cantin 2010). Dabei scheint uns fraglich, inwiefern eine Substitution noch als eine Leistung der 2. Linie betrachtet werden kann. Anzuführen ist, dass in der Praxis konstant zwischen diesen drei Arten von Interventionen gewechselt wird (Teike Lüthi et al. 2013).

Auch in der Online-Erhebung ist die grosse Mehrheit absolut einverstanden mit der Aussage, dass es für eine gute Unterstützung den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung braucht.

Bitte geben Sie an, inwieweit Sie der folgenden Aussagen zustimmen oder nicht.

Damit SEOP/MPCD Patienten und Angehörige gut unterstützen können, braucht es den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung.



Eine Person schreibt dazu: „Wenn SEOP/MPCD „nur“ Konsiliardienst sind, würde ein wesentlicher Aspekt in der vertrauensvollen Pflege fehlen. Es ist sicher nicht notwendig, dass die SEOP immer als Erstlinien-Dienst funktioniert. Aber die Freiheit zu haben, in einzelnen Patientensituationen für die ganze Pflege zuständig zu sein, entspricht manchmal ganz klar einem Patientenbedürfnis und Bedarf.“ Auch eine andere Person wünscht sich „die Freiheit, sich an die Patientensituation entsprechend anpassen zu können.“

Ein weiteres Argument lautet, dass man auch Zeit verliere, wenn Patienten und Angehörige sich nicht direkt an die SEOP oder an den MPCD wenden können, da immer noch ein Zwischenschritt eingeschaltet werden müsse. Zudem sei auch die Zusammenarbeit mit der Basis-Spitex einfacher, wenn man selber auch in 1. Linie tätig sei: „En prenant une part du travail, on s’entraide, on fait ensemble“ (S_5FR). Das sei etwas ganz anderes, als kurz hinzuzukommen, einen Ratschlag abzugeben und wieder zu verschwinden.

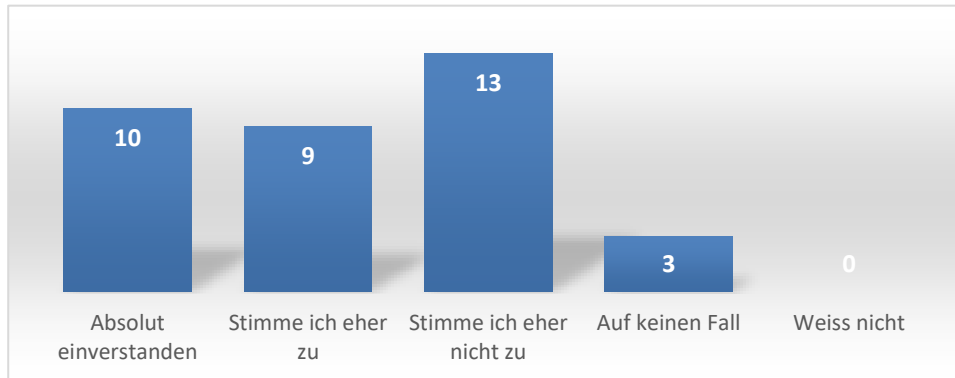
Möglicherweise liegt der Knackpunkt in der unterschiedlichen Arbeitsweise von Medizin und Pflege. Ein Palliativmediziner, der für eine SEOP oder ein MPCD tätig ist, kann viel eher seinem Berufskollegen aus der Grundversorgung eine punktuelle Empfehlung abgeben, ohne direkt an der Patientenbetreuung beteiligt zu sein. Im Rahmen dieser Studie wurden jedoch v.a. Pflegefachpersonen befragt. Bei der pflegerischen Betreuung und Begleitung spielt der direkte Patientenkontakt eine viel wichtigere Rolle. **Müsste bei der ganzen Diskussion um 1. oder 2. Linie unterschieden werden, ob man sich auf die medizinischen oder die pflegerischen Leistungen bezieht?**

Das letzte Argument ist die eigene Arbeitszufriedenheit: Den meisten Mitarbeitenden der SEOP und MPCD ist die Möglichkeit zum Aufbau einer vertieften Beziehung zu den Patienten und Angehörigen sehr wichtig. Ein zu punktueller oder rein auf Notfallsituationen beschränkter Einbezug schränkt ihre Arbeit hingegen stark ein und kann zu einer hohen Belastung führen. Sogar in St. Gallen, wo man sich als 2. Linien-Dienst sieht, grenzt man sich ab von einem reinen Konsiliardienst, der nur punktuell zum Einsatz kommt und eine ganz andere Aufgabe habe.

Angesichts dieser Argumente ist es wenig erstaunlich, dass auch in der Online-Erhebung ein grosser Teil der Befragten mit der Aussage, dass SEOP/MPCD hauptsächlich in 2. Linie tätig sein sollen, eher nicht einverstanden ist. Insgesamt lässt die Verteilung der Antworten auf diese Frage erkennen, dass diesbezüglich wenig Einigkeit besteht.

Bitte geben Sie an, inwieweit Sie der folgenden Aussagen zustimmen oder nicht.

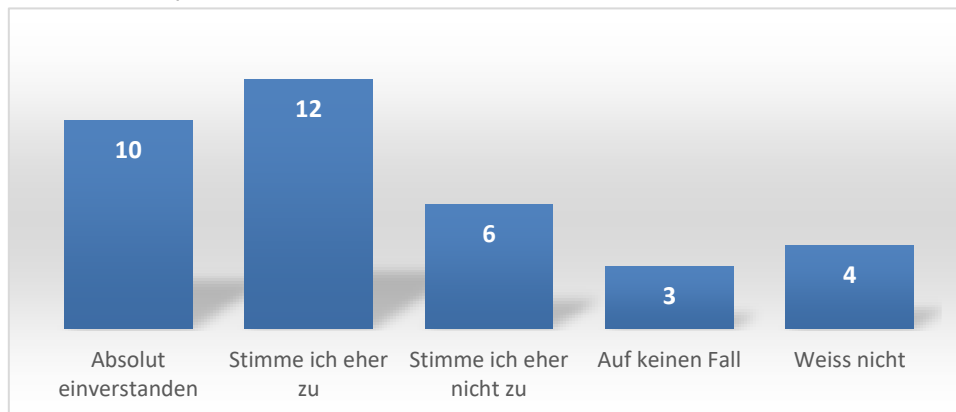
SEOP/MPCD haben einen Beratungsauftrag, sie sollen hauptsächlich konsiliarisch tätig sein (in 2. Linie). Primäre Ansprechperson für Patienten und Angehörige bleiben andere Fachpersonen.



Ähnlich – wenn auch mit einer leicht stärkeren Zustimmung – sieht die Verteilung der Antworten bei folgender Aussage aus:

Bitte geben Sie an, inwieweit Sie der folgenden Aussagen zustimmen oder nicht.

Die Bevorzugung von 2. Linien-Diensten (im Gegensatz zu 1. Linien-Diensten) in der Nationalen Strategie Palliative Care ist richtig, weil sie dem Gebot von Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit entspricht.



Die Ergebnisse der Online-Erhebung zeigen somit, dass die Konzeption der MPCD als 2. Linien-Dienste nur sehr bedingt den Vorstellungen der Mitarbeitenden in der Praxis entspricht.

Die SEOP als spezialisierter Pflegedienst: Macht das Sinn?

Obwohl BAG und GDK die MPCD als 2. Linien-Dienste konzipieren, finden sich in der Praxis viele Mischformen zwischen 1. und 2. Linie. Das Modell, in dem auch 1. Linien-Leistungen erbracht werden, findet – wie gezeigt wurde – auch bei den Mitarbeitenden der verschiedenen SEOP und MPCD grosse Unterstützung.

Zusätzlich gibt es v.a. in der Deutschschweiz auch einige SEOP, die sich nicht als Mischform, sondern klar als 1. Linien-Dienst bezeichnen. Sie verstehen sich stark als pflegerischer Spezialdienst für onkologische Patienten – so wie es der ursprünglichen Idee der SEOP entspricht. Sie haben also keine explizite Neuausrichtung bzw. Erweiterung gemäss Palliative Care-Strategie gemacht. Die Übernahme pflegerischer Tätigkeiten sowie auch der Fokus auf onkologische Patienten widersprechen aber der Leitkonzeption von BAG und GDK.

Es gibt somit Dienste, die sich bis heute stark als SEOP im ursprünglichen Sinn verstehen und die sich damit von den MPCD im Sinne der Nationalen Strategie Palliative Care massgeblich unterscheiden. **Während die Etablierung von MPCD von BAG und GDK empfohlen wird, stellt sich die Frage, ob solche spezialisierte Pflegedienste tatsächlich gewünscht und notwendig sind bzw. welche Rolle sie im Versorgungssystem spielen sollen.**

Gründe für die Diskrepanz zwischen Auftrag und Praxis

Es lassen sich verschiedene Gründe identifizieren, die dazu geführt haben, dass sich bei der Frage der 1. und der 2. Linie eine grosse Vielfalt und eine gewisse Diskrepanz zwischen Auftrag und Praxis zeigt.

Erstens erklärt sich die Ausrichtung der einzelnen Dienste durch die **unterschiedlichen Entstehungsgeschichten in einem jeweils spezifischen regionalen Kontext und die bis heute unterschiedlichen Rahmenbedingungen** (regionale Versorgungsstrukturen, Organisationsform, Trägerschaft und Finanzierungsform, geografische Gegebenheiten, etc.).

Zweitens spielen auch **das professionelle Selbstverständnis der Pflege sowie intraprofessionelle und fachliche Differenzierungen** eine Rolle; perspektivisch schwingen Erwartungen zu APN-Funktionen der Motion Joder bzw. Pflegeinitiative mit. Während es in der Medizin ein klares Konzept von konsiliarischer Konsultation mit punktueller Intervention gibt, hat die Pflege viel stärker einen umfassenden Pflegeprozess-Anspruch, zu dem auch ein anwaltschaftliches Engagement für das Gesamte und der Blick auf das umfassende Patientenwohl gehört. Die „Beziehung“ spielt eine wichtige Rolle, gerade im Bereich Palliative Care. SEOP bzw. MPCD haben sich dank Zusatzqualifikation ein Arbeitsfeld geschaffen, das umfassend und koordinativ ist und sich von der Basis-Spitex abgrenzt. **Der Beziehungsanspruch widerspricht aber der 2. Linien-Beratung gemäss den Vorstellungen von BAG und GDK. Dieser Widerspruch zwischen Selbstbild und Anspruch und dem offiziellen Auftrag muss geklärt werden.**

Drittens sind die **Vorgaben der Nationalen Strategie relativ allgemein gehalten und auch nicht verbindlich**, v.a. weil damit auch kein Finanzierungsanspruch verbunden ist. Das führt zum nächsten Punkt.

SEOP/MPCD erbringen in der Praxis häufiger Leistungen der 1. Linie weil nur diese sich über die Krankenkassen abrechnen lassen. Ein reiner 2. Linien-Dienst bzw. ein Dienst mit einem hohen Anteil an Tätigkeiten der 2. Linie ist viel stärker auf Subventionen durch den Kanton, die Gemeinden oder auf eine andere Finanzierungsquelle angewiesen, was aber gerade in Zeiten der Sparpolitik häufig nicht gegeben ist (mehr dazu in Kap. 9).

Die bestehenden Unklarheiten und Schwierigkeiten bei der Klärung der Rolle der SEOP und MPCD sind ein Ergebnis übergeordneter politischer Prozesse. **Die Nationale Strategie Palliative Care, die eine deutliche Trennung von 1. und 2. Linie postuliert und damit wesentlich die Organisationsentwicklung bei SEOP und MPCD motiviert, ist ein ordnungspolitisches Idealkonstrukt. Es hält in den meisten Fällen weder dem professionellen Selbstverständnis und den Ambitionen der Professionals, noch den Realitäten und den Bedarfen stand.**

Zu erwähnen ist an dieser Stelle, dass mehrfach die Vermutung geäussert wurde, SEOP und MPCD würden nur deshalb als 2. Linien-Dienste konzipiert, um möglichen Konkurrenzängsten entgegenzutreten. Man wolle keinesfalls den Platz der Grundversorgung einnehmen, aber an erster Stelle müsse der Bedarf der Patienten und Angehörigen stehen und dass bedinge, dass auch eine SEOP oder ein MPCD manchmal Leistungen der 1. Linie erbringe.

Wohin geht die Reise?

Während die meisten SEOP – insbesondere diejenigen, die bereits auf eine längere Geschichte zurückblicken – sich ursprünglich stärker als 1. Linien-Dienst verstanden, geht die Entwicklung heute in eine andere Richtung. So sieht man z.B. in Basel die eigene Rolle in Zukunft viel stärker im Coaching der Fachpersonen der Grundversorgung: „Wir sind jetzt am Entwickeln, wie wir quasi die Coaching-Aufgabe übernehmen können gegenüber den geschulten Mitarbeitenden der Zentren. Unsere Rolle ist sich am Verändern oder Erweitern“ (S_4BS). **Weil die Basis-Dienste sich weiterentwickeln und auch selber zunehmend Aufgaben im Bereich der Palliative Care übernehmen, ändert sich auch die Rolle der SEOP und MPCD.**

Obwohl die Mitarbeitenden der SEOP in den Gesprächen mehrheitlich die Vorteile der 1. Linie hervorheben, gehen die gesundheitspolitische Mission und damit grundsätzlich auch die Organisations-Entwicklung in eine andere Richtung. Was bedeutet das für die SEOP und wo werden sie sich in Zukunft positionieren? Braucht es sie überhaupt noch, wenn die Basisteams sich weiterentwickeln und ihre Funktion integrieren? Und wenn ja, für welche Aufgaben?

4.3 Arbeitsteilung zwischen spezialisiertem Team und Grundversorgung

Die genaue Aufgabenteilung zwischen spezialisiertem Team und Grundversorgung (insb. Basis-Spitex) wird häufig **von Fall zu Fall ausgehandelt**. So heisst es in St. Gallen, dass die Aufgabenteilung davon abhängt, welche Leistungen von den Grundversorgern selbst erbracht werden können (z.B. 24-Stunden-Erreichbarkeit) bzw. was genau die Erwartungen sind: „Was genau unsere Aufgabe ist, ist jedes Mal ein bisschen anders. [...] Das kann nicht formalisiert werden. Palliative Care ist nicht so einfach wie z.B. eine Stomatherapie. Wir sind ein spezialisierter Dienst, aber die anderen haben vielleicht eine andere Idee als wir. Deshalb muss immer wieder genau geschaut werden, wer macht was.“ (S_1SG). Weil der Brückendienst mit über 40 Spitex-Organisationen zusammenarbeitet, die sich in ihrem Angebot stark unterscheiden, unterscheiden sich auch die Aufgaben des Brückendienstes von Fall zu Fall. In Baselland tönt es ähnlich: „Es gibt im Kanton sehr viele verschiedene Spitex-Organisationen, die sehr unterschiedlich sind von der Grösse und vom Angebot her. Darum ist natürlich auch die Zusammenarbeit sehr unterschiedlich. Die Spitex Liestal ist ganz anders organisiert als eine kleine Spitex, die nur 1-2 Dörfer abdeckt. Demensprechend ist auch die SEOP anders involviert“ (S_3BL).

Auch die Frage, ob die SEOP/der MPCD oder die Basis-Spitex fallführend ist, entscheidet sich deshalb häufig von Fall zu Fall. Wächter und Bommer sprechen von einer „gemeinsam getragene[n] Entscheidung aller Beteiligten“ (2014: 30). Trotzdem unterscheiden sich die Praktiken der einzelnen Dienste (vgl. Kap. 5.1).

In der Regel sind alle SEOP und MPCD, d.h. auch diejenigen, die auch 1. Linien-Leistungen erbringen, sehr darauf bedacht, nicht Aufgaben zu übernehmen, die von der Basis-Spitex oder vom Hausarzt erbracht werden können. Es wird betont, dass man subsidiär zum Einsatz komme: „Das ist die Idee: wir unterstützen, aber wenn die Basis es selber kann, ist auch gut. Von unseren personellen Ressourcen her ist es auch gar nicht anders möglich“ (S_2BE). Eine SEOP oder MPCD kann ihre Rolle im Versorgungssystem deshalb nur im Dialog mit den Leistungserbringern der Grundversorgung finden, wobei das Resultat je nach regionalem Kontext anders ausfällt.

Zu erwähnen ist an dieser Stelle noch, dass es immer wieder Situationen gibt, in denen neben der SEOP/dem MPCD keine weitere Spitex involviert ist – weil kein Bedarf besteht oder weil die Angehörigen es selber machen wollen. Auch die Hausärzte sind manchmal sehr präsent und manchmal nur am Rande beteiligt und wenig aktiv. Damit ändern sich auch wieder die Voraussetzungen und Aufgaben der SEOP und des MPCD.

5. Die Koordinations- und Managementfunktion von SEOP und MPCD

Gerade in Bezug auf die Koordinations- und Managementfunktion sind die Unterschiede zwischen den einzelnen SEOP und MPCD gross. Wir haben gesehen, dass den SEOP und MPCD gemäss Nationaler Strategie Palliative Care zwar eine Koordinationsrolle zugewiesen wird, die entsprechenden Textstellen sind aber sehr allgemein gehalten und erläutern kaum, was damit in der Praxis genau gemeint ist (vgl. Kap. 3.5).

Wenn die Mitarbeitenden der SEOP selbst gefragt werden, ob und in welcher Form ihr Dienst eine Koordinations- oder Managementfunktion übernimmt, erhält man sehr unterschiedliche Antworten. Zum einen hängen diese Unterschiede mit unterschiedlichen Definitionen der Begriffe Koordination und Management¹⁸ zusammen, zum anderen zeigen sich hier sehr deutlich die bereits zu Beginn erwähnten Unklarheiten und Unsicherheiten.

5.1 Heisst Koordination auch Leadership?

Die Auswertung der Aussagen aus allen Interviews zeigt, dass **„Koordination“ oder „Case/Care Management“ auf zwei unterschiedliche Arten verstanden werden kann. Der zentrale Unterschied betrifft v.a. die Frage der Leadership**, d.h. bedeutet die Übernahme einer Koordinations- oder Managementfunktion auch die Übernahme des Leads bzw. der Fallführung oder werden auch dann Koordinationsleistungen erbracht, wenn ein anderer Akteur den Lead innehat?

Viele verstehen die Frage nach der Koordinations- oder Managementfunktion so, dass damit auch eine Führungsfunktion bzw. ein Führungsanspruch verbunden ist. Dabei gibt es wiederum zwei unterschiedliche Ansichten:

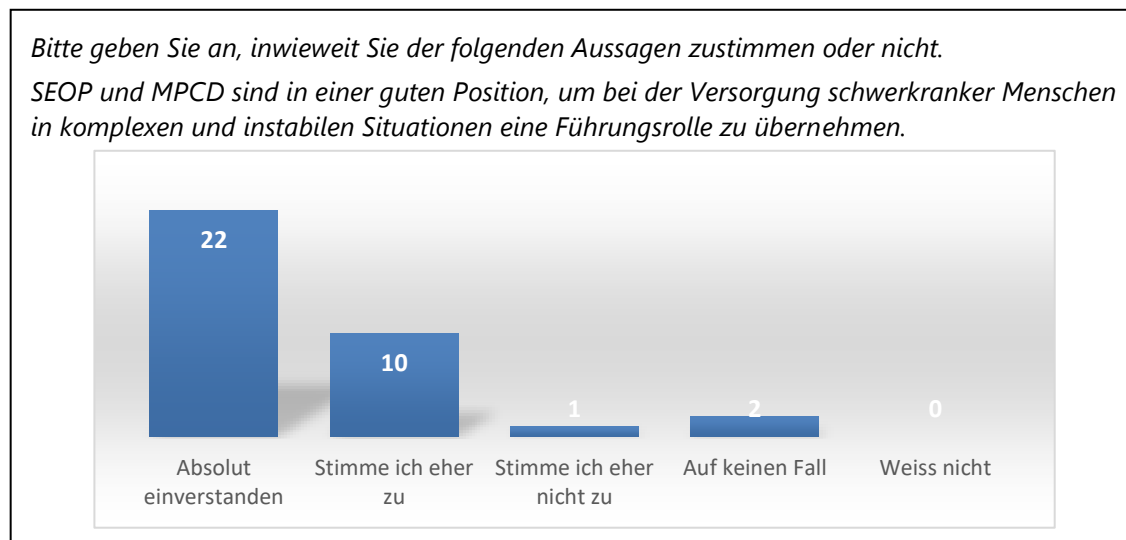
- Auf der einen Seite gibt es die Meinung, dass gerade in komplexen und instabilen Situationen am Lebensende der Bedarf nach einem Koordinator/Manager besteht und dass die Grundversorgung das nicht leisten könne. **In klar definierten Situationen müsse der Lead deshalb bei der SEOP/beim MPCD liegen, um im Interesse der betroffenen Menschen eine ganzheitliche Versorgung zu ermöglichen** (die Situation zu „managen“). Dabei wird auch gesagt, die SEOP könne und solle schweizweit noch viel stärker die Funktion eines Koordinators/Managers übernehmen. Typische Vertreter dieser Sichtweise sind die im Rahmen der Studie betrachteten Onko-Spitex Basel und Voltigo, aber auch viele andere SEOP-Fachpersonen, die an der Tagung der Krebsliga im November 2016 teilgenommen haben.
- Auf der andere Seite wird gesagt, die SEOP könne/solle **nicht die Leadership übernehmen, da andere Akteure bereits früher involviert sind, den Gesamtverlauf besser überblicken und näher beim Patienten sind**. Diese Sichtweise findet sich vor allem dort, wo sich SEOP oder MPCD stark als 2. Linien-Dienst positionieren wie bei der EMSP BEJUNE und beim palliativen Brückendienst der Krebsliga Ostschweiz.

Eng verbunden mit der Frage der Leadership ist auch die Frage der primären Ansprechperson. Mit Ausnahme der EMSP BEJUNE sind alle hier betrachteten Dienste für Patienten und Angehörige direkt erreichbar und gewährleisten eine 24h-Erreichbarkeit (vgl. Kap. 4.1). Während einige jedoch betonen, nur subsidiär als Ansprechperson zur Verfügung zu stehen, ist für andere die Funktion als primäre Ansprechperson für Patienten und Angehörige zentral.¹⁹

¹⁸ In den Gesprächen wird häufig die Frage gestellt, ob bestimmte Aufgaben als Koordination zu bezeichnen sind oder nicht. Koordination und (Case) Management wird von jeder Person wieder ein bisschen anders verstanden und definiert.

¹⁹ Vielerorts wird von Fall zu Fall und je nach Situation entschieden, welche Telefonnummer der Patient oder die Angehörigen erhalten. Wie stark ein Dienst für die Patienten und Angehörigen präsent ist, hängt u.a. von den geografischen Gegebenheiten und damit von der Möglichkeit, regelmässige Hausbesuche zu machen, ab. Betont wird aber auch, dass es schlussendlich die Betroffenen selbst sind, die entscheiden, an wen sie sich in einer Krisensituation wenden. Formelle Absprachen sind dabei wenig relevant.

Die unterschiedlichen Sichtweisen und Praktiken basieren auf den bereits erwähnten Unterschieden zwischen der 1. und der 2. Linie. Da BAG und GDK die MPCD als Angebot der 2. Linie verstehen, folgt daraus, dass die Übernahme der Koordinationsfunktion, wie sie von der ersten Gruppe praktiziert wird, dem Auftrag gem. Nationaler Strategie Bereich Palliative Care eigentlich widerspricht. Gleichzeitig sind aber auch in der Online-Erhebung praktisch alle Befragten der Meinung, dass SEOP und MPCD in einer guten Position sind, um in bestimmten Situationen eine Führungsrolle zu übernehmen.



Wird explizit gefragt, ob es notwendig sei, dass SEOP/MPCD in gewissen Situationen den Lead übernehmen, antworten 34 Personen mit Ja und nur drei Personen mit Nein. Notwendig ist die Übernahme des Leads bei „komplexen und instabilen Situationen“, die sich z.B. dadurch auszeichnen, dass

- viele verschiedene Dienste und Personen involviert sind;
- komplexes Symptommanagement erforderlich ist;
- es sich um eine terminale Situation handelt;
- die Situation sich rasch verändert/verändern kann;
- der Bedarf die Strukturen und Möglichkeiten der Grundversorgung sprengt.

Zwei Personen betonen explizit, SEOP/MPCD nur den Lead übernehmen sollen, wenn kein Grundversorger involviert ist.

Oben wurden zwei unterschiedliche Ansichten in Bezug auf den Führungsanspruch vorgestellt. Dazu ist anzufügen, dass die Realität komplizierter und differenzierter ist als die ordnungspolitische Leitkonzeption. **Obwohl die zweite Gruppe zu Beginn verneint, eine Koordinationsfunktion auszuüben, zeigt sich in den Gesprächen in allen Fällen, dass auch hier gewisse Koordinationsaufgaben übernommen werden, wenn auch eher im Hintergrund.** Hier stellt sich die Frage, ob eine Koordinationsfunktion zwingend auch die Übernahme des Leads bedingt – oder ob Koordination auch als gemeinschaftliche Aufgabe aller involvierten Personen und Instanzen verstanden werden kann, ohne zentralen «Koordinator».

5.2 Koordinationsleistungen spielen bei allen SEOP und MPCD eine Rolle

Versteht man den Begriff «Koordination» eher umfassend und nicht zwingend deckungsgleich mit fallführend, so übernehmen alle SEOP und MPCD, unabhängig davon, ob sie sich als 1. oder als 2. Linien-Dienst verstehen, gewisse Koordinationsaufgaben – sie nennen es nur nicht zwingend so. So heisst es z.B. beim palliativen Brückendienst der Krebsliga Ostschweiz: „wenn bei einem multimorbiden Menschen viele verschiedene Fachärzte involviert sind und alle

ein bisschen mitreden, da erleben wir es häufig, dass wir koordinieren müssen, d.h. abklären, wer hat den Lead, wer ist da für Verordnungen, wer ist für den Informationsfluss zuständig. Das muss einfach geklärt sein, für den Arzt und für das ambulante Team“ (S_1SG). Gleichzeitig will man sich jedoch nicht als „Koordinator“ präsentieren, denn – wie der Vertreter der EMSP BEJUNE sagt – „Je n’ose pas me présenter comme quelqu’un qui fait de la coordination auprès des membres du réseau parce que ça serait vécu comme quelque chose d’extrêmement orgueilleux, comme la personne qui veut prendre la main et gérer et organiser à la place des autres“ (S_6NE). Interessant ist, dass die gleiche Person aber auch sagt, man mache in gewissen Situationen eine Art Case Management: „Dans ces situations, ce que nous faisons, c’est du Case Management, à faire en sorte que les gens communiquent, à suggérer aux uns et aux autres que ce serait bien de faire intervenir tel organisme, etc.“ (S_6NE).

Trotz der genannten Unterschiede zeigen sich grosse Überschneidungen und es kann festgehalten werden, dass – mit Ausnahme der Frage der Leadership und der primären Ansprechperson – sich die erbrachten Leistungen schlussendlich gar nicht so sehr unterscheiden. Im Folgenden wird beschrieben, welche Koordinations- und Managementaufgaben zu den Leistungen der SEOP und MPCD gehören.

Assessment, Ziel- und Handlungsplanung

Nachdem ein Patient oder eine Patientin angemeldet und aufgenommen wurde, beginnen alle befragten Dienste ihre Arbeit mit einem Erstgespräch: „Da geht es darum, sich kennenzulernen. Wir erklären unser Angebot und schauen, was sie sich wünschen und was es braucht, damit das erreicht werden kann“ (S_3BL). Mit den Patienten und Angehörigen werden ihre Wünsche für die Betreuung und die letzte Lebensphase besprochen. Geklärt wird auch, was die Erwartungen an die SEOP sind und inwiefern diese Erwartungen erfüllt werden können. Auch die Perspektive der verschiedenen involvierten Fachpersonen wird selbstverständlich berücksichtigt. Ganz allgemein geht es darum, den Bedarf aus Sicht der Betroffenen wie auch aus Sicht der Fachpersonen zu erkennen, **die verschiedenen Perspektiven unter einen Hut zu bringen, Ziele zu definieren, um anschliessend die notwendigen Massnahmen in die Wege zu leiten.**

Der ganzheitliche Blick der Palliative Care

Sehr entscheidend ist der von den SEOP und MPCD beanspruchte ganzheitliche Blick. Palliative Care bezieht sich nicht nur auf körperliche Aspekte, sondern berücksichtigt auch die psychische, soziale und spirituelle Dimension. Im Gespräch mit Patienten und Angehörigen werden deshalb viele verschiedene Themen angesprochen: „Die soziale, die spirituelle Situation, die Patientenverfügung, das Symptomanagement. Das wird alles angesprochen. Das heisst nicht, dass wir danach auch alles selber managen müssen. Aber wir haben mit der Vernetzung die notwendigen Ressourcen, um die Leute weiterzuweisen. Bei uns kann man alles ansprechen. Wir müssen an alles denken“ (S_4BS). Es ist eine Art „Auseinanderbüscheln der verschiedenen Problematiken, um anschliessend ein Problem nach dem anderen anzugehen (S_4BS). **Die Koordinations- oder Managementfunktion kann somit auch so verstanden werden, dass die SEOP als einziger Akteur im Gesundheitswesen alle Aspekte einer Person bzw. einer Situation in den Blick nimmt.** Allgemein gesagt ist die zentrale Aufgabe „die vorausschauende und ganzheitliche Planung, um ein Lebensende zu Hause zu ermöglichen“ (S_2BE). Dazu gehört auch Komplikationen vorzusehen, Notfallbetreuungspläne zu entwickeln, Wünsche für die letzte Lebensphase anzusprechen, etc. Aus Sicht des Gesundheitssystems könnte man feststellen, dass damit der Anspruch eines Meta-Case-Managements mitschwingt.

Ein Versorgungsnetz schaffen

Aus der Selbstdarstellung wird ersichtlich, dass sich die einzelnen SEOP und MPCD um die **Vernetzung, Organisation und Koordination der verschiedenen Akteure** kümmern. „Wir schauen mit dem Hausarzt, mit der Spitex, vielleicht mit der Krebsliga, die schon drin ist. Wir hören oft schon bei der Anmeldung, ob es notwendig ist, schon vorher Kontakt mit anderen Leistungserbringern aufzunehmen“ (S_3BL). Hier geht es also darum zu schauen, welche Fachpersonen und Dienste notwendig sind, um die zuvor definierten Ziele zu erreichen. Manchmal reicht es, die Angehörige auf ein Angebot hinzuweisen, manchmal organisiert die SEOP selbst einen ersten Termin: „Wenn wir im Gespräch merken, dass Bedarf nach psychosozialer Beratung, nach Seelsorge oder nach sonst etwas besteht, dann werden die entsprechenden Fachpersonen beigezogen. Wenn sie nicht selber schon eine Person kennen, stellen wir den Kontakt her. Manchmal geht es aber auch nur darum, ein Thema überhaupt anzusprechen. Manchmal sind sie aber auch froh, wenn wir direkt eine Person vorschlagen und organisieren. Wir haben ein grosses Netzwerk“ (S_2BE). Das Netzwerk einer SEOP umfasst i.d.R. nicht nur Fachpersonen aus dem Gesundheitsbereich, sondern es bestehen auch Kontakte zu Seelsorgern, Sozialarbeiterinnen, etc. Je nachdem, welche Problemlagen sich im Gespräch mit den Patienten und Angehörigen herauskristallisieren, werden auch Haushaltshilfen, Unterstützung in administrativen Belangen (z.B. die Beratungsangebote der Krebsliga) oder Freiwilligendienste zur Entlastung der Angehörigen vermittelt.

Klären und Ordnen

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die **Klärung der Aufgaben und Verantwortlichkeiten** der verschiedenen Akteure. Der palliative Brückendienst der Krebsliga Ostschweiz beschreibt seine Funktion als „eine Art Ordnung machen und Klärung hineinbringen, damit jeder weiss, wer im Ganzen welche Aufgaben übernimmt, wer Ansprechpartner ist“ (S_1SG). Bei der Onko-Spitex Basel heisst es: „Die Hauptaufgabe im Bereich der Koordination ist, dass wir diejenigen sind, die sich für alle Fragen zuständig fühlen. Wer hat eigentlich den Lead von pflegerischer Seite? Wer ist für den spezialisierten Teil zuständig? Wer ist für die Grundpflege zuständig? Wer für Behandlungspflege? Welcher Arzt ist verantwortlich? Es kann auch heissen, dass wir Medikamente zusammen mit dem Hausarzt oder schon im Spital durchgehen, damit man eine vernünftige Medikamentenliste hat. Oder man schaut, dass das Material da ist, notwendige Hilfsmittel“ (S_4BS).

Kommunikation und Informationsaustausch sicherstellen

Damit die verschiedenen Fachpersonen und Dienste als Team im Dienste der Patienten und Angehörigen zusammenarbeiten, ist die **Sicherstellung der Kommunikation und des Informationsaustausches** sehr entscheidend.

Viele Patienten gelangen nach einem Spitalaufenthalt zur SEOP. Die Gewährleistung des Übergangs vom Spital in die häusliche Versorgung ist deshalb äusserst wichtig.²⁰ Manchmal finden bereits im Spital Rund-Tisch-Gespräche mit allen Beteiligten statt, die von der SEOP oder dem MPCD initiiert werden. An diesen Gesprächen nehmen – wie es z.B. in Bern heisst – der Patient, die Angehörigen, die Spitalpflege, der Spitalarzt und z.T. auch die Basis-Spitex teil: „Da wird geschaut, was es zu Hause braucht. Welche Hilfsmittel? Was muss vorher aufgeleitet werden? Welches Material? Was braucht es für die Symptombehandlung? Welche Medikamente braucht es? Sind sie verordnet? Sind sie zu Hause? Was sind mögliche Komplikationen? Was sind Anschlusslösungen, wenn es zu Hause nicht geht? Was wünschen die Patienten am Lebensende?“ (S_2BE).

Manchmal finden solche Rund-Tisch-Gespräche aber auch erst zu Hause statt; und manchmal ist es auch nicht möglich, alle relevanten Akteure an einen Tisch zu bringen (vgl. Kap. 8.6). In solchen

²⁰ Die Brückenfunktion zwischen dem stationären und dem ambulanten Bereich ist, wie bereits erwähnt, gemäss Nationaler Strategie eine der Hauptaufgaben eines MPCD (BAG/GDK 2012: 28).

Situationen ist es umso wichtiger, dass **die SEOP als Drehscheibe fungiert und den Austausch gewährleistet**. Wie bereits angetönt und wie insbesondere in der Gegenüberstellung der Aussagen aus St. Gallen und Basel-Stadt deutlich wird, gibt es dabei zwei Möglichkeiten:

- In St. Gallen geht es darum zu klären, wer für den Informationsfluss zuständig ist, wer in welchen Aspekten die Führung übernimmt. Man positioniert sich nicht selber an zentraler Stelle, trägt aber entscheidend dazu bei, dass Verantwortlichkeiten, Aufgaben und Ansprechpersonen für alle Beteiligten geklärt sind.
- In Basel-Stadt ist es hingegen viel stärker die Onko-Spitex selbst, die entscheidende Koordinationsaufgaben wie z.B. die Sicherstellung des Informationsflusses, aber auch die Fallführung übernimmt.

Konkret besteht dieser Teil der Arbeit aus vielen Telefongesprächen und anderen Formen der Kommunikation. Eine Person fasst es wie folgt zusammen: „*Es ist unsere Aufgabe zu schauen, dass die notwendigen Dienste dabei sind, dass man miteinander spricht, dass man die Medikamente anschaut, dass man erreichbar ist, dass man das Ganze zusammenhält*“ (S_3BL). Eine andere Person betont, wie wichtig es sei, pro-aktiv zu sein, Informationen einzuholen und immer wieder mit den verschiedenen Personen in Kontakt zu treten: „*Notre mission consiste à mettre tout le monde en contact, à repérer ce qui manque*“ (S_6NE).

Koordination auf Systemebene

Die befragten SEOP und MPCD sind teilweise auch in übergeordnete Koordinationsaufgaben involviert, d.h. sie vernetzen, betreiben Öffentlichkeitsarbeit, sind an der Erarbeitung von Konzepten beteiligt, u.a.m.. In einigen Regionen fällt dieser Bereich zwar eher ins Aufgabengebiet einer übergeordneten Koordinations- und Kommunikationsplattform wie beispielsweise die regionalen Sektionen von palliative-ch. Gewisse Bildungs- und Vernetzungsaufgaben übernimmt die SEOP aber auch in diesen Fällen. Bildung und Vernetzungen sind Voraussetzungen dafür, damit die verschiedenen Leistungserbringer im Einzelfall gut zusammenarbeiten können.

6. Bewertung des Nutzens und der Wirksamkeit

Wie wird der Nutzen der SEOP im Hinblick auf eine bessere Koordination der Versorgung von verschiedenen Akteuren bewertet? Eine allgemeingültige Antwort auf diese Frage ist schwierig, denn

- die Leistungen der verschiedenen SEOP und MPCD sind sehr unterschiedlich und Aussagen zum Nutzen oder zur Wirksamkeit beziehen sich immer nur auf einen bestimmten Dienst mit einem bestimmten Angebot;
- die Koordinations- und Managementfunktion einer SEOP oder MPCD ist kaum von ihren anderen Funktionen zu trennen und die meisten Aussagen über den Nutzen dieser Dienste beziehen sich deshalb nicht explizit auf die Koordinations- oder Managementfunktion.

In den Gesprächen wurde zwar explizit nach dem Nutzen der Koordinations- oder Managementfunktion gefragt, die Antworten sind aber in den meisten Fällen mehr auf den Nutzen dieser Dienste als Ganzes bezogen. Aus diesem Grund werden im Folgenden als erstes die Gründe genannt, die allgemein für die Existenz von SEOP und MPCD sprechen.

Die Aussagen in den folgenden Kapiteln basieren auf den Interviews mit den Vertretern der SEOP selbst wie auch auf den Gesprächen mit Fachpersonen mit einer Aussensicht. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass es zwischen diesen beiden Gruppen kaum Unterschiede gibt. Beide Gruppen schätzen den Nutzen einer SEOP oder eines MPCD sehr ähnlich ein. Zu berücksichtigen ist aber auch, dass nur eine kleine Gruppe von externen Fachpersonen befragt wurde, und dass es sich dabei mehrheitlich um Personen mit grosser Sensibilität für das Thema Palliative Care handelt. Es handelt sich somit nicht um eine repräsentative Auswahl.

6.1 Weshalb braucht es die SEOP und MPCD?

Alle Interviewpartner – die Mitarbeitenden einer SEOP oder eines MPCD wie auch andere Fachpersonen und Angehörige – sind klar der Meinung, dass die SEOP und MPCD in der Versorgungslandschaft eine wichtige Rolle spielen und für eine gute Versorgung unabdingbar sind. Mehrmals wird betont, dass viele onkologische Patienten in palliativen Situationen sich wünschen, zu Hause versorgt zu werden: „Weil es sich dabei häufig um komplexe Situationen handelt, sind spezialisierte Strukturen notwendig, die mehr leisten können als eine normale Spitex“ (S_4BS). **Es ist die SEOP, die es möglich macht, dass auch schwerkranke Menschen in komplexen Situationen ihr Lebensende zu Hause verbringen können.** Weil dies dem Wunsch vieler Menschen entspricht und auch angesichts der politischen Devise «ambulant vor stationär» sind mobile Dienste, die spezialisierte Palliative Care erbringen, zweifellos wichtig: „Es braucht uns, weil es immer mehr schwerkranke Menschen gibt, die von den Institutionen nach Hause geschickt werden und auch zu Hause sein wollen. Es braucht für diese Situation Fachpersonen und die Rückmeldungen der Angehörigen zeigen, dass die SEOP als hilfreich empfunden wird“ (S_2BE). In Bern wird zusätzlich erwähnt, dass ein Angebot der spezialisierten Palliative Care im ambulanten Bereich auch aus Sicht der Spitäler eine Notwendigkeit ist, denn „wenn ein Patient auf der Palliativstation im Spital landet, ist die Fallpauschale eigentlich schon aufgebraucht. Sie können sie aber nur entlassen, wenn eine Anschlusslösung besteht. Die SEOP ist eine solche Anschlusslösung“ (SEOP_BE). Die SEOP und MPCD sind nicht nur für die betroffenen Menschen wertvoll, sondern tragen **dank der Verhinderung von Spitalaufenthalten auch zu einer Senkung der Gesundheitskosten** bei²¹ (vgl. BAG/GDK 2013: 40).

Als weiterer Punkt wird erwähnt, dass **dank den SEOP und MPCD Palliative Care thematisiert wird** und auch die Grundversorger dafür sensibilisiert werden und ihr Wissen erweitern.

6.2 Der Bedarf nach einem Koordinator in der häuslichen Versorgung

Mit dieser Studie sollte weniger der Nutzen der SEOP und MPCD allgemein betrachtet werden, sondern speziell auf deren Koordinations- und Managementfunktion fokussiert werden. Diese Funktion wird, wie wir bereits gesehen haben, unterschiedlich ausgeübt. Unabhängig von diesen Unterschieden lassen sich aber einige allgemeingültige Aussagen machen.

In Kap. 2 war bereits die Rede davon, dass Hausärzte, Spitex und auch andere Akteure teilweise Koordinationsaufgaben übernehmen, dass aus Sicht der Angehörigen aber noch grosse Lücken bestehen und es immer wieder Situationen gibt, in denen niemand die Fäden in die Hand nimmt. Die Mehrheit der befragten Personen – d.h. der Mitarbeitenden der SEOP und MPCD selbst, aber auch der anderen Fachpersonen – ist deshalb der Meinung, dass es **wichtig** sei, **dass SEOP und MPCD eine Koordinationsfunktion übernehmen, weil häufig kein anderer Akteur da ist, der das macht**. So wird in einem Interview zum Beispiel von einer Frau berichtet, die an einem Hirntumor litt. Der Hausarzt verwies sie ans Unispital, doch weil sie sich gegen eine Operation entschied, war keiner der Onkologen für sie zuständig und sie stand plötzlich ohne jegliche Anbindung an ein Versorgungssetting da. Jemand anders berichtet vom Anruf einer Frau, die sich an die SEOP wandte, weil der Hausarzt sich nicht um die Koordination der Leistungen der verschiedenen Fachspezialisten kümmerte und sie selber damit überfordert war. In Bern wird gesagt: „Es wäre schön, wenn die Hausärzte, diese Aufgaben [die Koordinationsfunktion] übernehmen würden, aber wir erleben, dass das selten der Fall ist. Vielleicht sind die Situationen zu Hause zu komplex für sie, zu anspruchsvoll?“ (S_2BE).

²¹ Allerdings ist gerade beim der Verschiebung in den ambulanten und häuslichen Kontext Vorsicht mit dem Kostenargument angebracht. Günstiger als das Spital ist rasch möglich. In der häuslichen Versorgung tragen die Angehörigen wesentliche Kosten ohne Entschädigung.

In komplexen und instabilen Situationen, in denen viele verschiedene Leistungserbringer involviert sind und viele verschiedene Aspekte zu berücksichtigen sind, ist es nach Ansicht der Mehrheit der befragten Personen eine **Notwendigkeit, dass jemand da ist, der den Lead übernimmt, die Situationen ganzheitlich betrachtet und vorausschauend plant, organisiert und koordiniert.**

Das muss nicht zwingend die SEOP oder MPCD sein, die befragten Personen vertreten aber mehrheitlich die Meinung, dass die anderen Akteure dieser Aufgabe allzu oft zu wenig gerecht werden.

Es gibt deshalb auch die Meinung, dass SEOP und MPCD im Bereich der Koordination und des Managements eine noch viel aktivere Rolle übernehmen sollten als bisher: „Sie können die Aufgaben übernehmen, die früher der Hausarzt gemacht hat. Heute sind mehr Leute involviert, es braucht mehr Administration, die Hausärzte machen weniger Hausbesuche. Früher gab es noch die Gemeindecrankenschwester, die zusammen mit dem Hausarzt alles gemacht hat. Die haben die Familien gut gekannt. Aber heute haben die Hausärzte eine andere Funktion. Die Ansprüche sind auch gestiegen, man geht schneller ins Spital, es sind mehr Personen involviert, es braucht mehr Kommunikation und Koordination, mehr Dokumentation“ (A_4E).

6.3 Gegengewicht zur Segmentierung

Die Gesundheitsversorgung in der Schweiz ist äusserst fragmentiert und organisiert in Silos, in denen Partikularinteressen wichtiger sind als ein ganzheitlicher Blick. Gerade schwerkranke Menschen am Lebensende, bei denen viele verschiedenen Leistungserbringer involviert sind, und die häufig zwischen verschiedenen Versorgungssettings hin und her wechseln, sind jedoch auf eine koordinierte Versorgung mit funktionierenden Übergängen und Schnittstellen angewiesen (Sottas et al. 2015). In der Praxis ist es aber noch oft so, dass „chacun travaille dans son coin et envoie de temps en temps des rapports par fax aux autres“ (S_6NE). **Die SEOP übernimmt die Brückenfunktion zwischen den verschiedenen Fachpersonen und auch zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich** und kann auch dazu beitragen, die **Verständigung zwischen den verschiedenen Berufsgruppen und Fachbereichen** zu verbessern. So ist z.B. häufig die Klage zu hören, dass das Verständnis in den Spitälern und Kliniken für die Arbeitsweise im ambulanten Bereich gering sei. Es sei deshalb gut, „wenn es Leute gibt, die einen Link schaffen können“ (A_4E). Oder, wie die Vertreterin einer SEOP sagt: „Mit unserer Arbeitsweise, in der die Prioritäten der Betroffenen im Zentrum stehen, bringen wir einen anderen Blick hinein in das fragmentierte System. Die SEOP kann dazu beitragen, die Segmentierung überhaupt zu erkennen und zu thematisieren“ (S_2BE). Die SEOP sorgt dafür, dass die verschiedenen involvierten Akteure sich untereinander austauschen und die Pflege und Betreuung zu Hause als gemeinsames Projekt betrachten, in dem die Bedürfnisse der Betroffenen im Zentrum stehen.

Es sind, wie gesagt, nicht alle der Meinung, dass die SEOP oder der MPCD auch die Führung übernehmen soll. Aber **nur schon das Klären und Ordnen, das Zusammenführen der verschiedenen Perspektiven, das Einbringen eines ganzheitlichen Blickes – was alles auch in 2. Linie gemacht werden kann –, ist wichtig für die Organisation der Betreuung und Begleitung als gemeinsames Projekt verschiedener Personen und Dienste.** Die Ziele einer palliativen Betreuung zu Hause können nur im Zusammenspiel verschiedener Akteure erreicht werden. Weil dabei die Organisation und Koordination der verschiedenen Akteure eine grosse Herausforderung ist, spielen SEOP und MPCD als Bindeglied und zentrale Drehscheibe eine entscheidende Rolle – so wie es auch in den Dokumenten der nationalen Strategie beschrieben ist (BAG/GDK 2012: 28).

6.4 SEOP und MPCD entlasten und geben Sicherheit

SEOP und MPCD können für Angehörige Entlastung und Sicherheit bieten. So werden Angehörige entlastet, weil die SEOP oder der MPCD **gewisse Aufgaben übernimmt, die ansonsten in den Aufgabenbereich der Angehörigen fallen:** „Die Angehörigen machen die Hauptleistung. Wir [...] versuchen aber auch, sie bei der Koordination zu entlasten. Sie sind sehr belastet durch die Koordination. Wenn wir reinkommen und vorher war noch niemand dabei, da sieht man, was das alles

bedeutet zu koordinieren. Es ist unsere Aufgabe, sie da zu entlasten, z.B. Telefonate zu übernehmen. Damit sie auch spüren, dass wir vernetzt sind, dass es alleine läuft, dass sie nicht alles alleine sicherstellen müssen“ (S_3BL). Eine Angehörige erzählt, wie hilfreich sie diese Unterstützung empfand: „Das ganze Organisatorische lief über sie. Sie halten einfach alle von einem weg, was einem nicht betrifft. Und sie haben ganz unbürokratisch gearbeitet, das ist ein ganz wichtiger Punkt. Man war nie konfrontiert mit irgendwelchen organisatorischen Sachen oder so“ (A_6A).

Aus Sicht der Angehörigen ist es zudem ein grosser Vorteil, dass sich mit der SEOP oder dem MPCD **jemand um alle Fragen im Zusammenhang mit der Pflege und Betreuung einer schwerkranken Person kümmert**. Dadurch, dass jemand da ist, „der die Fäden in der Hand hat, sich verantwortlich fühlt“ (S_3BL) und das System ganzheitlich betrachtet, fühlen sich die Patienten und Angehörige zu Hause gut aufgehoben. Je nach Problemlage werden zwar weitere Fachpersonen beigezogen, es sind jedoch nicht die Angehörigen, die die Informationen und die zuständige Person finden müssen, sondern SEOP oder MPCD kümmern sich darum. Aus Forschungsarbeiten wissen wir, dass viele pflegende Angehörige den Wunsch nach einer einzigen Ansprechperson äussern, um sich nicht bei jeder Frage oder jedem Problem an eine andere Stelle wenden zu müssen (Brügger et al. 2013). Gemäss den Aussagen der Mitarbeitenden der SEOP ist es für die Angehörigen vor allem auch wertvoll, dass jemand da ist, der hilft, den Überblick über die verschiedenen Elemente der Versorgung zu Hause zu bewahren: „Für die Betroffenen selbst ist es oftmals schwierig, überhaupt noch zu wissen, was eigentlich die einzelnen Probleme sind und den Überblick zu behalten. Man ist mittendrin und wird vom Ganzen überwältigt“ (S_4BS). Die SEOP bringt Ordnung hinein und trägt dazu bei, Strukturen zu schaffen, die auch in einer Krise funktionieren.

Ein weiterer wichtiger Punkt für die Angehörigen ist auch die Tatsache, dass bei den meisten SEOP und MPCD **jederzeit jemand erreichbar** ist, der ihre Fragen und Sorgen ernst nimmt, ihnen weiterhilft **und so Sicherheit vermittelt**. Wie bereits erwähnt, gewährleiten die meisten SEOP und MPCD eine 24h-Erreichbarkeit, die die Basis-Spitexorganisationen häufig nicht bieten können. Es handelt sich dabei zwar nicht um eine Koordinations- oder Managementaufgabe, die Koordination der Versorgung wird jedoch erleichtert und die Belastung der Angehörigen reduziert, wenn die Erreichbarkeit garantiert ist und eine einzige Anlaufstelle jederzeit und in jeder Situation Hilfe bietet. Die Angehörigen werden denn auch als sehr dankbar erlebt: „Das Wissen, das jederzeit jemand da ist, den man anrufen kann. Das erspart so viel“ (A_6A).

Deutlich wird, dass **der Nutzen einer SEOP oder eines MPCD für die Angehörigen vor allem dann erkennbar ist, wenn der Dienst direkt als Ansprechperson zur Verfügung steht** – was aber nicht immer der Fall ist (vgl. Kap. 4.1 und 5.1). Es kann aber davon ausgegangen werden, dass auch diejenigen SEOP und MPCD, die sich vorwiegend im Hintergrund um die Vernetzung der verschiedenen Akteure untereinander, um die Klärung der Verantwortung und um die Sicherstellung des Informationsflusses kümmern, für die Angehörigen einen Nutzen erzielen. Sie erreichen eine bessere Versorgung des Patienten und verhindern Doppelspurigkeiten, Missverständnisse und unnötige Interventionen. Die Rolle, die die SEOP oder der MPCD hier spielt, ist für die Angehörigen und Patienten aber weniger klar erkennbar.

6.5 Entlastung für die Leistungserbringer der Grundversorgung

Auch die Leistungserbringer der Grundversorgung, heisst es, würden davon profitieren, wenn die SEOP die Koordination übernimmt: „Die Hausärzte schätzen die Zusammenarbeit mit der SEOP. Wir sind für sie eine Entlastung“ (S_3BL). Es wird von Hausärzten berichtet, die sich sehr bewusst seien, dass die SEOP ihnen gerade bei der Koordination **viele Aufgaben abnehmen könne**: „Sie sagen, ihnen fehle einfach die Zeit, um solche Patienten optimal zu betreuen, um die Versorgung zu koordinieren und den Informationsfluss sicherzustellen. Sie würden gerne mehr machen, haben aber fast nicht die Zeit dafür“ (S_2BE). Auch die Basis-Spitex sei häufig froh, wenn **sie Fälle abgeben könne, in denen sie selber an Grenzen stosse**. Das kann auch in finanzieller Hinsicht eine Entlastung sein: „Die Finanzen der Spitex sind schlecht. Sie sind deshalb froh, wenn sie Fälle, die

besonders viele Ressourcen brauchen, abgeben können“ (A_4E). Neben der Entlastung kann es damit auch um die Externalisierung von Kosten durch das Weiterreichen von potenziell teuren Patienten gehen.

In der Zusammenarbeit zwischen SEOP und Basis-Dienst werden auch **die Kompetenzen und das Wissen erweitert**: „Nous amenons une plus-value aux soignants, ils ont moins peur, se sentent soutenus et nous leur apprenons des choses“ (S_6NE). Gleichzeitig sind viele Mitarbeitende der Basis-Spitex und auch Hausärzte froh, wenn dank dem Einbezug der SEOP oder des MPCD eine **gute Versorgungsqualität** gewährleistet werden kann: „Um eine gute Versorgungsqualität zu gewährleisten, brauchen wir die SEOP“ (A_1S).

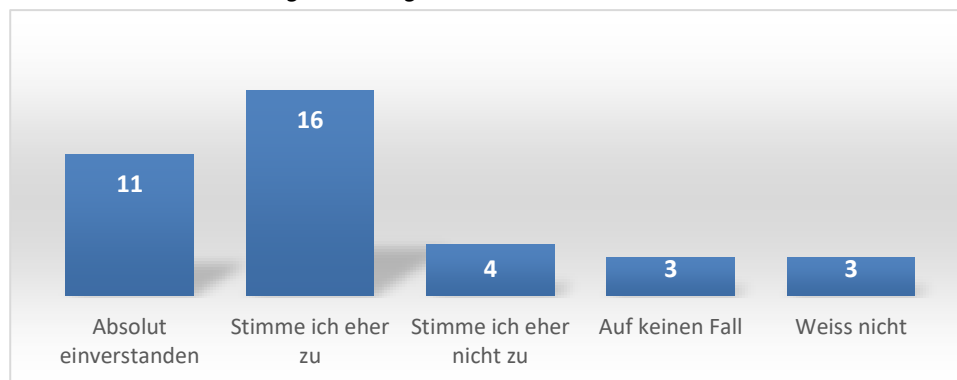
Natürlich gibt es immer auch Ausnahmen. Während alle befragten SEOP von Hausärzten und Spitex-Mitarbeitenden berichten, die dankbar sind für die Unterstützung und auch die befragten Fachpersonen ausserhalb der SEOP und MPCD diese Sichtweise teilen, werden auch immer wieder Beispiele genannt, in denen die **SEOP oder MPCD als unerwünschte Einmischung** erlebt werden (vgl. Kap. 8.7). Doch je besser man sich kenne und je mehr Situationen man gemeinsam bewältigt habe, desto seltener seien solche Ansichten: „Wenn man in der Zusammenarbeit gute Erfahrungen gemacht hat, sind sie meistens froh um unsere Unterstützung“ (S_2BE).

6.6 Sollen SEOP und MPCD eine Koordinations- oder Managementfunktion übernehmen?

In der Online-Erhebung wurde die Frage gestellt, ob SEOP und MPCD sich weiterentwickeln und viel stärker eigenständig umfassende Versorgungs- und Koordinationsleistungen erbringen müssen. Dies wird mehrheitlich bejaht, die Zustimmung ist aber deutlich weniger gross als bei anderen Aussagen.

Bitte geben Sie an, inwieweit Sie der folgenden Aussagen zustimmen oder nicht.

SEOP und MPCD müssen sich weiterentwickeln und viel stärker eigenständig umfassende Versorgungs- und Koordinationsleistungen erbringen.



Die nicht repräsentative Datenlage bestätigt deutlich den Widerspruch zur nationalen Strategie und Leitkonzeption betreffend die Funktion von solchen spezialisierten Diensten. Im Selbstverständnis scheint es der überwiegenden Mehrheit der Befragten klar zu sein, dass es perspektivisch darum geht, eine eigenständige Kategorie von Leistungserbringern zu werden, die nicht im Rahmen bestehender, sich weiter entwickelnder Dienste funktioniert.

7. Erfolgsfaktoren der SEOP und MPCD als Koordinationsinstanz

Was sind die Vorteile einer SEOP/eines MPCD gegenüber anderen Akteuren in der häuslichen Versorgung? Was spricht dafür, einen spezialisierten Dienst einzubeziehen und ihm die Koordinationsfunktion zu überlassen?

In Bezug auf die Mehrwerte und Erfolgsfaktoren der SEOP werden von den Gesprächspartnern der SEOP selbst wie auch von den anderen Akteuren vor allem drei Punkte genannt. Es sind

(1) die Kompetenzen und die Erfahrung der Mitarbeitenden,

(2) die Zeit und die Erreichbarkeit und

(3) die gute Vernetzung mit den anderen Akteuren im Bereich der palliativen Versorgung.

In dieser Konstellation ermöglichen sie es den SEOP und MPCD, die Koordinationsfunktion zu übernehmen und Lücken zu füllen bei der Versorgung schwerkranker Menschen zu Hause.

7.1 Kompetenzen und Erfahrung

„Damit spezialisierte Palliative Care gut gemacht wird, braucht es erfahrene Personen und es braucht Routine. Es braucht Fertigkeiten, die in einer Basis-Spitex oder einer Langzeitinstitution nicht unbedingt vorhanden sind, weil sie dort nur selten solche Fälle haben“ (S_4BS). Die Mitarbeitenden der SEOP und MPCD sind hochqualifizierte Pflegefachpersonen mit Weiterbildungen und Berufserfahrung aus der Onkologiepflege und der Palliative Care. Man ist sich bei der SEOP zwar bewusst, dass auch die Basis-Spitex zum Teil sehr engagiert ist im Bereich der Palliative Care und auch Koordinationsaufgaben übernimmt. Gleichzeitig wird aber auch betont, dass die Mitarbeitenden der **Basis-Spitex** meistens kein CAS oder MAS in Palliative Care mitbringen und vor allem auch **weniger oft mit solchen Fällen konfrontiert sind, um die nötige Routine zu erlangen**. In der SEOP haben hingegen alle Mitarbeitenden zwingend eine spezialisierte Ausbildung und werden auch explizit für diese Aufgaben angestellt: „Es ist deshalb klar, dass sie dank der besseren Ausbildung und der grösseren Erfahrung besser qualifiziert sind für diese Aufgaben“ (A_4E). Die Grundversorgung könne zwar vieles abdecken, „aber dadurch, dass wir tagtäglich mit so spezifischen Situationen konfrontiert sind, haben wir mehr Erfahrung damit, mehr Routine im Ablauf“ (S_2BE). Diese Ansicht teilen auch die befragten Vertreter der Grundversorgung.

Exkurs: Braucht es onkologisches Fachwissen?

In den Interviews ist die Frage aufgetaucht, ob es für die Betreuung von schwerkranken, onkologischen Patienten spezifisch onkologisches Fachwissen braucht oder ob Kenntnisse und Erfahrungen in allgemeiner Palliative Care für eine SEOP wichtiger sind.²²

Die Antworten auf diese Frage gehen auseinander. Auf der einen Seite wird gesagt, dass sich die Symptome in der letzten Lebensphase unabhängig von der vorliegenden Erkrankung angleichen und dass vor allem auch die psychosozialen und spirituellen Herausforderungen in allen palliativen Situationen ähnlich sind: „Wie komplex und instabil eine Situation ist, ist nicht vom Krankheitsbild abhängig“ (A_4E). Die Vertreter dieser Sichtweise gehen davon aus, dass in der spezialisierten Palliative Care nicht nach Krankheitsbildern unterschieden werden muss, sondern dass Fachpersonen der Palliative Care die Kompetenzen für die Versorgung onkologischer wie auch nicht-onkologischer Patienten mitbringen: „Das Agieren, das Koordinieren mit den Ärzten, die die Symptombehandlung machen, das ist in allen Situationen ähnlich“ (S_2BE).

Auf der anderen Seite werden aber auch Situationen erwähnt, in denen spezialisiertes Wissen notwendig ist: „Wenn Kunden mit Pumpen heimkommen, die man nach ein paar Tage wegnimmt oder bei oralen Chemotherapien, die zunehmen, da braucht es ein gewisses onkologisches Fachwissen, z.B. über Nebenwirkungen“ (S_2BE). Wenn eine SEOP oder ein MPCD Patienten betreut, bei

²² Weil der vorliegende Bericht im Auftrag der Krebsliga Schweiz erstellt wurde, wird speziell auf onkologische Patienten fokussiert.

denen noch Therapien durchgeführt werden, ist das onkologische Fachwissen sinnvoll. Später, „wenn die Therapien abgeschlossen sind, braucht es einfach das palliative Wissen. In unserem Team ist beides abgedeckt“ (S_2BE).

Eine andere Person empfindet das onkologische Fachwissen zwar nicht als zwingend, aber doch als hilfreich: „Es hilft, wenn man Hintergründe über die Krankheit und den Verlauf kennt. Man weiss, welche Schmerzen und Symptome auftauchen könnten, man kann den Krankheitsverlauf in palliativen Situationen vorausschauend einschätzen. Das hilft auch bei der Kommunikation mit den Angehörigen. Ich merke es vor allem bei der Begleitung nicht-onkologischer Patienten, wo dieses Hintergrundwissen eben fehlt“ (S_3BL). Idealerweise müsste deshalb in jedem Team für jede Krankheit eine Person mit dem entsprechenden Fachwissen verfügbar sein. Ist das nicht der Fall, bedeutet dies, dass die SEOP sich vermehrt mit den Fachexperten aus dem jeweiligen Gebiet austauschen muss, mehr Rund-Tisch-Gespräche führt, etc.

Eine weitere Person weist darauf hin, dass viele Krebserkrankungen heute zu chronischen Erkrankungen werden und die Menschen nicht nur am Ende des Lebens, sondern über längere Zeit begleitet werden: „In der letzten Lebensphase, wenn die Symptome und die Betreuung des Sterbenden im Vordergrund stehen, gleichen sich viele Symptome an und die Behandlung ist ähnlich. Aber wenn Palliative Care nicht nur End-of-Life Care sein soll, braucht immer auch die krankheitsspezifische Kompetenz. Mit der Chronifizierung wird dieser Teil immer wichtiger“ (S_4BS).

Je nachdem wie eine SEOP oder ein MPCD ihre Aufgabe versteht und die Zielgruppe definiert, braucht es somit das onkologische wie auch das palliative Fachwissen. In den Dokumenten der Nationalen Strategie wird i.d.R. nur zwischen Palliative Care in der Grundversorgung und spezialisierter Palliative Care unterschieden (z.B. BAG/GDK 2012). Korrekter wäre es, wenn man innerhalb der spezialisierten Palliative Care zusätzlich zwischen der generalistischen und der fach- oder gruppenbezogenen Palliative Care unterscheiden würde (z.B. Jermann 2002).

7.2 Zeit und Erreichbarkeit

Ein wichtiger Vorteil der SEOP und MPCD ist die Tatsache, dass „wir Zeit aufbringen können, die der normalen Spitex manchmal fehlt“ (S_4BS). Hausärzte und auch die Basis-Spitex arbeiten häufig unter grossem Zeitdruck. D.h. auch wenn sie möchten, können sie die Koordinationsfunktion nur beschränkt wahrnehmen. Die Mitarbeitenden der SEOP sind hier in einer komfortableren Position. Unabhängig davon, wie ihre Arbeitszeit finanziert wird, haben sie in der Regel **mehr Zeit für Gespräche mit den Patienten und Angehörigen und auch für koordinative Aufgaben**. Auch wenn die Finanzierung insgesamt prekär ist, haben sich Modelle entwickeln können, in denen auch nicht verrechenbare Leistungen irgendwie gedeckt werden und eine SEOP oder ein MPCD hat im Gegensatz zur Basis-Spitex in der Regel auch weniger Probleme, die Notwendigkeit von koordinativen Leistungen gegenüber den Krankenkassen zu rechtfertigen (mehr dazu in Kap. 9). Zudem können sie zeitaufwendige und regelmässige anfallende Aufgaben an die Basis-Spitex abgeben und sich auf die Gespräche mit den Patienten und Angehörigen und auf die Koordination konzentrieren. „Die Koordination soll machen, wer Zeit dafür hat bzw. wer sich Zeit dafür nehmen kann“ (A_5E), eine Basis-Spitex habe neben allen anderen Aufgaben, die sie erbringen müssen, kaum die notwendigen Zeitressourcen dafür.

Ein grosser Vorteil der SEOP und MPCD ist zudem die 24h-Erreichbarkeit (die aber nicht überall zum Angebot gehört). Erwähnt wird auch die Tatsache, dass man, wenn man die SEOP anruft, direkt an eine Person gelangt, die den Fall kennt. Bei der Spitex lande man jedoch meistens bei der Zentrale und die zuständige Person sei nicht unbedingt erreichbar. Die **telefonische Erreichbarkeit und die Kontinuität** sind der Mehrheit der befragten Personen sehr wichtig, denn nur so könne man den Angehörigen und Patienten Sicherheit und Entlastung bieten.

7.3 Vernetzung

„Ein Vorteil der SEOP ist sicher auch ihr Netzwerk“ (S_2BE). Alle befragten SEOP und MPCD sind eng mit den verschiedenen Akteuren in der palliativen Versorgung in ihrer Region vernetzt. Sie

sind sich bewusst, dass sie nicht unabhängig agieren können, sondern dass sie **nur dank der engen Einbettung in ein Versorgungssystem für die Patienten und Angehörigen auch tatsächlich einen Mehrwert erzielen**. Die enge Vernetzung erlaubt es der SEOP oder dem MPCD, je nach Situation auf die Ressourcen der verschiedenen Organisationen zurückzugreifen.

Der Aufbau eines funktionierenden Netzwerkes ist allen SEOP und MPCD sehr wichtig, „damit man je nach Situation die richtigen Register ziehen kann“ (S_4BS). Die Angehörigen oder auch Fachpersonen gelangen mit ihren Fragen zur SEOP/zum MPCD und erhalten dort in jedem Fall eine Antwort, wobei die Antwort die Weiterleitung an einen anderen Akteur sein kann. Speziell erwähnt wird hier u.a. die Sozialberatung der Krebsliga, denn sozialrechtliche Fragen fallen nicht in den Kompetenzbereich der Mitarbeitenden der SEOP: „Wir sind auch auf solche Fragen sensibilisiert, auch wenn sie nicht zu unserem Kernbereich gehören. Im Erstgespräch kristallisieren sich häufig die Problemlagen heraus und wir merken, wen man noch einbeziehen muss“ (S_1SG).

Dabei reicht es nicht aus, die anderen Akteure in der Versorgungslandschaft einfach zu kennen. Die verschiedenen Gesprächspartner betonen vor allem auch die **Bedeutung und Wichtigkeit der Vernetzung auf der persönlichen Ebene**: „Viel passiert auf der Beziehungsebene. Wenn es da gut läuft, dann funktioniert es. Man kann viel regeln, aber es sind Menschen, die zusammenarbeiten müssen“ (S_4BS). Das ist u.a. auch wichtig bei der Wahrnehmung der Brückenfunktion zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich. Hier fällt auf, dass es in mehreren Fällen **personelle Verflechtungen** sind, die **garantieren, dass dieser Übergang gut funktioniert**. So arbeitet zum Beispiel ein Mitarbeiter der Onko-Spitex Basel parallel auch am Universitätsspital, die Mitarbeitenden der SEOP Baselland werden in Zukunft auch für den spitalinternen Konsiliardienst zuständig sein, und auch in St. Gallen bestehen enge Verbindungen zwischen dem Brückendienst und dem palliativen Konsiliardienst des KSSG. Diese Verflechtungen verbessern die Kommunikation zwischen dem stationären und ambulanten Bereich.²³

Übergänge funktionieren vor allem dann gut, wenn man sich kennt, wenn beide Seiten wissen, wer die jeweilige Ansprechperson ist, wenn man die gleiche Sprache spricht und wenn der Informationsfluss funktioniert. Die dafür notwendigen Verbindungen zu knüpfen und die Beziehungen zu pflegen, gehören zu den wichtigen Aufgaben, die die verschiedenen SEOP und MPCD in ihren Regionen übernehmen.

8. Herausforderungen und Schwierigkeiten

SEOP und MPCD stossen aber in den aktuellen Konstellationen und Konfigurationen auch an Grenzen und sind mit mehreren Herausforderungen konfrontiert.

8.1 Unklare Rolle und Diskrepanz zwischen Auftrag und Praxis

Auftrag und Leistungen der SEOP und MPCD sind schwierig zu fassen. Es existieren zwar Leistungsbeschreibungen und Zuweisungskriterien. Trotzdem ist es **im Einzelfall häufig unklar, in welchen Situationen die SEOP oder der MPCD beigezogen werden soll und was genau die Aufgaben sind**. So gibt es bereits auf die Frage, ob ein bestimmter Dienst ein MPCD im Sinne der Nationalen Strategie Palliative Care ist oder ob es sich vielmehr um einen spezialisierten Pflegedienst für vorwiegend onkologische Patienten handelt oder ob man beides gemeinsam ist, keine klare Antwort. Wie wir gesehen haben, positionieren sich die einzelnen Dienste diesbezüglich sehr unterschiedlich. Weil auch die Namen nicht zwingend etwas über die Ausrichtung sagen, ist es für Aussenstehende relativ schwierig zu verstehen, wer nun genau was bietet.

²³ Es wird aber auch betont, dass es sich dabei um ausgewählte Spitäler, Kliniken oder Dienste handelt. Wird ein Patient in einem anderen Spital, auf einer anderen Station und ohne Kontakt zum spitalinternen Konsiliardienst behandelt, sieht die Situation ganz anders aus.

Hinzu kommt, dass allgemein das Wissen um die Angebote und Möglichkeiten im Bereich Palliative Care häufig (noch) fehlt; obwohl grosse Anstrengungen unternommen werden, um zu informieren und Zuweisungskriterien zu klären: „Man ist seit 15 Jahren dabei, die Kriterien für die Zuweisung zu klären. Es existieren zwar Kriterien, aber die Zuweiser halten sich nicht zwingend daran. Das gehört zu unseren Aufgaben zu klären, ob das ein Patient ist für uns oder ob das jemand anderes übernehmen kann“ (S_1SG). **Eine Folge dieses fehlenden Wissens bzw. dieser Unklarheit ist, dass spezialisierte Dienste nicht oder zu spät einbezogen werden.**

Betont wird auch, dass jeder Fall anders sei und dass die Aufgaben der SEOP/des MPCD und die Aufgabenteilung mit der Grundversorgung in jeder Situation neu geklärt werden müsse. Die Mitarbeitenden der SEOP und MPCD nehmen das nicht als Problem wahr, sondern es entspricht ihrem Verständnis der spezialisierten Palliative Care, in der die Individualität des Patienten und der Angehörigen im Zentrum steht. Eine stärkere Formalisierung der Rolle der SEOP und MPCD ist aus Sicht der befragten Personen deshalb gar nicht möglich und auch nicht erwünscht.

Diese Heterogenität und die unterschiedlichen Arten des Einbezugs machen es aber auch schwierig, den Patienten, Angehörigen und den Fachpersonen aus anderen Bereichen die eigene Rolle zu vermitteln: „Meistens können sie sich nichts vorstellen, bis wir den ersten Einsatz gehabt haben“ (S_1SG). In der Praxis gibt es deshalb immer wieder „Missverständnisse, die Rolle der SEOP wird falsch verstanden. Manchmal haben sie auch utopische Vorstellungen“ (S_1SG).

Gross sind die Unklarheiten gerade auch im Hinblick auf die Koordinations- oder Managementfunktion. Die Vorstellungen darüber, was dazu gehört und wer diese Aufgaben ausüben soll, gehen stark auseinander. Einerseits ist zwar relativ unbestritten, dass gewisse Koordinationsaufgaben zum Leistungsspektrum der SEOP und der MPCD gehören. Andererseits sagen auch Basis-Spitex und Hausärzte, dass die Koordination zu ihren Aufgaben gehört. Was das nun genau heisst, wer in welcher Situation welche Koordinationsaufgaben übernehmen soll und wie spezialisierte Dienste und Grundversorgung zusammenarbeiten sollen, ist aber alles andere als klar.

Es kann zwar konstatiert werden, dass die Zusammenarbeit zwischen den spezialisierten Diensten und der Grundversorgung in der Praxis in den meisten Fällen gut funktioniert, trotzdem scheint ein **Klärungsbedarf** zu bestehen – vor allem **weil sich die gelebte Praxis nicht selten vom offiziellen Auftrag und Diskurs sowie dem Selbstbild und den Ambitionen unterscheidet.**

Das ist u.a. daran erkennbar, dass mehrere Vertreter einer SEOP oder eines MPCD sich zuerst deutlich dagegen verwehren, eine Managements- oder Koordinationsfunktion wahrzunehmen, um dann im weiteren Verlauf des Gesprächs trotzdem von einer Art Case Management zu sprechen. Jemand sagt, man übernehme zwar Koordinationsaufgaben, aber „nous ne sommes pas officiellement chargés de le faire“ (S_6NE).

8.2 Die Frage der Zugangsgerechtigkeit

Eine zentrale Frage bei der Bewertung der Wirksamkeit lautet, wer überhaupt Zugang zu den Leistungen einer SEOP oder eines MPCD hat. Die befragten Personen sind ganz klar der Meinung, dass **noch längst nicht alle Menschen mit Bedarf nach spezialisierter Palliative Care diese auch erhalten.** Zum einen sind SEOP und MPCD in der Schweiz noch nicht flächendeckend verfügbar, zum anderen ist auch die Existenz eines solchen Dienstes keine Garantie dafür, dass man vom Angebot erfährt. In Bern heisst es etwa: „Es ist noch nicht so, dass die meisten Personen nach spezialisierter Palliative Care in der Stadt Bern diese auch erhalten. Wir erleben z.T. horrende Ausstritte aus Spitälern, wo man den Menschen sagt, man könne nichts mehr für sie tun. Sie gehen nach Hause und haben keine Kontakte, nichts ist aufgegleist“ (S_2BE). Die Schwierigkeit aus Sicht der SEOP ist die Vielzahl von Spitälern mit verschiedenen Abteilungen, mit denen alle Kontakte gepflegt werden müssten, damit die Fachpersonen an der Front das Angebot der SEOP oder des MPCD auch kennen: „Die Kontakte sind gut mit den Palliativstationen, aber viele andere Abteilungen haben auch Palliative Care Fälle und da ist es sehr unterschiedlich“ (S_2BE). Viele Ärzte seien auch viel zu lange im Kurativen und würden gar nicht daran denken, „daneben noch eine palliative

Schiene aufzubauen“ (S_3BL). Trotz existierender Indikationskriterien hängt der Zugang schlussendlich vom behandelnden Arzt und damit zu einem grossen Teil vom Zufall ab. Komplexität und Instabilität als Indikationskriterien sind schwierig zu fassen.

Aus Sicht der Versorgungsgerechtigkeit ist v.a. auch der **Fokus auf onkologische Patienten problematisch**. Bei nicht-onkologischen Erkrankungen ist die Situation weniger eindeutig als bei einer Krebserkrankung und die betroffenen Menschen fallen deshalb häufig durchs Raster (Brügger et al. 2014). Gemäss der Aussage einer Vertreterin des Kantons Waadt werden weniger als 10% der nicht-onkologischen Patienten in palliativen Situationen durch eine SEOP oder ein MPCD betreut. Unterschiede gibt es aber auch innerhalb der Onkologie: „Bei einem Pankreas-Karzinom mit schlechter Prognose erhält man häufiger Palliative Care als z.B. bei Brustkrebs, wo man viel länger im kurativen Denken verbleibt. Dabei sind Brustkrebs-Sterbefälle häufiger“ (S_3BL).

Auch Menschen aus anderen Kulturen oder solche mit psychiatrischen Diagnosen, heisst es, fallen häufig durch die Maschen. Jemand erwähnt auch den schlechten Zugang für Menschen, die in einer Langzeitinstitution im Behindertenbereich leben. Das Fazit ist: „Es gibt zwar gute Strukturen, aber nicht alle Personen werden damit erreicht“ (S_4BS).

8.3 Die Frage des richtigen Zeitpunkts

Hier geht es vor allem um die Frage, ob SEOP und MPCD früh genug einbezogen werden, um massgeblich zur Koordination und zum Management der Versorgung beizutragen. Ganz allgemein wird häufig beklagt, dass **SEOP und MPCD zu spät einbezogen werden**. Viele würden erst dann an die SEOP oder den MPCD denken, wenn eine Krise eintritt. Es wird berichtet von Hausärzten, für die Palliative Care „nur Sterbebegleitung am Schluss“ (S_2BE) sei und dass es häufig Situationen gebe, in denen Menschen schon seit langem am Leiden seien, bevor eine palliative Betreuung in die Wege geleitet werde. Häufig wird deshalb die Forderung geäussert, man müsse schon viel früher an Palliative Care denken.

Auch die Mitarbeitenden der verschiedenen SEOP und MPCD ziehen i.d.R. längerfristige Begleitungen und einen frühzeitigen Einbezug vor, denn das sei die Voraussetzung dafür, um vorausschauend planen und koordinieren zu können. Es kann zwar vorkommen, dass eine SEOP oder ein MPCD kurzfristig in einer Krisensituation gerufen wird und sich anschliessend wieder zurückzieht – was eigentlich dem Sinn eines 2. Linien-Dienstes entsprechen würde. Das ist jedoch die Ausnahme und wird von den befragten Personen nicht sehr geschätzt. Am häufigsten sind nach Auskunft der befragten Personen Begleitungen in den letzten Wochen vor dem Tod.

Wichtig ist in diesem Kontext jedoch die (gesundheitsspolitische) Feststellung, dass die grosse Mehrheit der Patientinnen und Patienten am Lebensende im Rahmen der Grundversorgung versorgt werden kann und soll und nicht auf die Unterstützung durch eine SEOP oder ein MPCD angewiesen ist (BAG/GDK 2012: 8). Vor diesem Hintergrund stellt sich deshalb die **Frage, ob ein frühzeitiger Einbezug dem Auftrag entspricht, da doch spezialisierte Palliative Care erst dann zum Einsatz kommen soll, wenn eine Situation komplex und instabil ist. Steht ein frühzeitiger und auch längerfristiger Einbezug zudem nicht im Widerspruch zur subsidiären Rolle (s.u.)?**

Diejenigen, die der Meinung sind, eine SEOP oder ein MPCD sei nicht der richtige Akteur für die Übernahme einer Koordinations- und Managementfunktion, nennen den (tatsächlichen oder vorgesehenen) späten Einbezug als Hauptargument. Es mache keinen Sinn, diese Funktion der SEOP zuzuweisen, die erst relativ spät involviert werde: „Menschen in dieser Situation haben sowieso schon ganz viele Akteure involviert, die auch schon vernetzen – bereits bevor der Brückendienst zum Einsatz kommt“ (S_1SG). Der Hausarzt oder eine Bezugspflegerin der Basis-Spitex, die den Patienten und seine Familie bereits länger begleitet und besser kennt, sei deshalb geeigneter.

Wir können festhalten, dass die **Übernahme der Managementfunktion zwingend einen frühzeitigen Einbezug voraussetzt**. Der frühzeitige Einbezug steht jedoch **im Widerspruch zum Modell eines 2. Linien-Dienstes in einer klar subsidiären Position**, wie es der Leitkonzeption von BAG und GDK entspricht – auch wenn dies nirgends explizit so formuliert wird.

8.4 Die subsidiäre Rolle von SEOP und MPCD

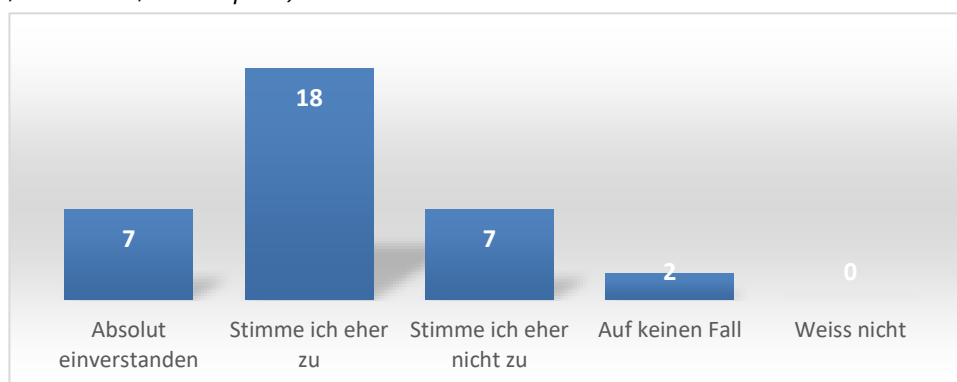
Es wurde bereits mehrfach erwähnt, dass der Auftrag der SEOP und MPCD darin besteht, subsidiär zu den Leistungserbringern der Grundversorgung zum Einsatz zu kommen. Sie erbringen diejenigen Leistungen, die von Letzteren nicht erbracht werden können. Ihre Aufgaben und Möglichkeiten werden somit massgeblich vom Angebot der Grundversorger beeinflusst – und das kann sich von Fall zu Fall unterscheiden. Einerseits erfordert dies eine grosse Anpassungsfähigkeit: „Pour offrir un soin de qualité au patient et à sa famille, il apparaît primordial que les équipes mobiles de soins palliatifs puissent s'adapter aux besoins des autres professionnels du terrain“ (Teike Lüthi et al. 2013). Andererseits kann es auch zu schwierigen und frustrierenden Situationen führen, wenn die Mitarbeitenden der SEOP oder des MPCD mehr tun möchten, um die Situation eines Patienten und dessen Familie zu erleichtern, sich aber zurückhalten müssen, um die Zusammenarbeit mit den anderen Leistungserbringern nicht zu gefährden.

Die subsidiäre Rolle von SEOP und MPCD hat zur Folge, dass sie auch **die Koordinationsfunktion nur dann übernehmen (können), wenn niemand anderes es macht bzw. wenn die 1. Linie / Grundversorger ihnen diese Funktion auch zuweisen**. So wird z.B. in Baselland klar gesagt, dass die eigene Koordinationsfunktion vom Angebot der Basis-Spitex abhängig ist bzw. davon ob überhaupt eine Basis-Spitex involviert ist: „Wenn jemand keine Spitex hat, läuft die Koordination über uns. [...] Auch wenn die Spitex einfach drei Mal pro Woche vorbeikommt zum Duschen, dann sind koordinative Aufgaben sicher auch eher an uns. Wenn Spitex aber drei Mal am Tag dort ist oder ganz eng drin sind, dann schauen wir, dass Fallführung bei der Spitex bleibt, weil sie besser drin sind, mehr den Überblick haben. Es ist also von Fall zu Fall unterschiedlich“ (S_3BL).

Gemäss den Ergebnissen der Online-Erhebung, weisen die anderen Leistungserbringer die Koordinationsfunktion nur bedingt der SEOP/dem MPCD zu.

Bitte geben Sie an, inwieweit Sie der folgenden Aussagen zustimmen oder nicht.

Der Koordinationsauftrag von SEOP und MPCD wird von den anderen Leistungserbringern (im Spital, Hausärzte, Basis-Spitex) anerkannt.

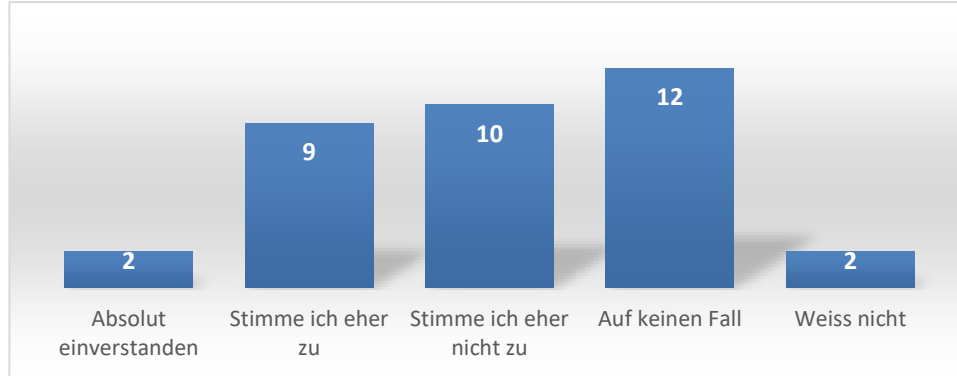


In diesem Kontext stellt sich die Frage, ob es sinnvoll und zweckmässig ist, SEOP und MPCD als subsidiären „Lückenfüller“ der Grundversorgung zu positionieren. D.h. sollen SEOP und MPCD (nur) diejenigen Aufgaben übernehmen, die von der Grundversorgung nicht erbracht werden wie z.B. die 24h-Erreichbarkeit, oder auch die Koordination der Versorgung? Und **was bedeutet diese „Abhängigkeit“ vom Angebot der Grundversorgung für die Organisation einer SEOP/eines MPCD?**

Anzufügen ist jedoch, dass in der Online-Erhebung die Einschätzung, SEOP und MPCD seien „Lückenfüller“ der Grundversorgung mehrheitlich nicht geteilt wird.

Bitte geben Sie an, inwieweit Sie der folgenden Aussagen zustimmen oder nicht.

SEOP und MPCD sind meist „Lückenfüller“ der Grundversorgung, d.h. sie übernehmen diejenigen Aufgaben, die von anderen Diensten und Fachpersonen nicht erbracht werden können.



Ob diese Antwort die subjektiv gewünschte Entwicklung von SEOP oder MPCD (s. oben) oder die reale Situation zum Ausdruck bringt, kann nicht gesagt werden. Es sind überzeugte Insider, die sich geäußert haben; die empirische Überprüfung in einer grösseren Erhebung war nicht Teil des Auftrags.

8.5 Gefahr der zusätzlichen Fragmentierung und der Verzettlung

SEOP und MPCD sind spezialisierte Dienste, die für eine bestimmte Patientengruppe bestimmte Leistungen übernehmen. Diese zunehmende Spezialisierung des Gesundheitswesens mit immer spezialisierteren Fachgruppen für immer enger definierte Zielgruppen ist jedoch ein Trend, der von Experten kritisch betrachtet wird. **Mit der zunehmenden Spezialisierung steigt die Zahl der Schnittstellen und damit auch die Schnittstellenproblematik** (Trageser et al. 2017: 16) – und es entstehen auch finanzielle Folgekosten. SEOP und MPCD als teils neue und zusätzliche Akteure sind davon nicht ausgeschlossen.

Einzelne Stimmen sagen denn auch, dass die SEOP als spezialisierter Dienst zur Fragmentierung der Gesundheitsversorgung beiträgt, und dass jeder weitere Dienst für Patienten und Angehörige eine zusätzliche Belastung darstellt und auch für die Fachleute die Unübersichtlichkeit erhöht. Dies ist umso mehr der Fall, wenn es bei den Aufgaben und Zuständigkeiten des spezialisierten Dienstes und der Basis-Spitex grosse Überschneidungen gibt.

Obwohl SEOP und MPCD häufig als Gegengewicht zur Segmentierung betrachtet werden (vgl. Kap. 6.3), muss doch bei jedem zusätzlichen Dienst und jeder zusätzlichen Spezialisierung die Frage gestellt werden, ob dabei die Vor- oder die Nachteile für Patienten und Angehörige überwiegen. Tatsächlich gibt es Situationen, in denen von den Betroffenen der Einbezug einer SEOP / eines MPCD nicht gewünscht wird, weil bereits zu viele Personen involviert sind: „*Les patients n'ont pas forcément envie d'une personne supplémentaire dans leur réseau de soins*“ (A1-3S).

Gerade im Zusammenhang mit der Koordinations- und Managementfunktion ist das Thema der Doppelstrukturen sehr relevant, denn verschiedene Akteure beanspruchen diese Funktionen und bieten Koordinationsleistungen an. Wie kann nun dafür gesorgt werden, dass nicht plötzlich „zu viel“ gemacht wird und die Angehörige schlussendlich trotzdem nicht wissen, wer wofür zuständig ist: „*Parfois on se retrouve dans des situations où 4 assistants sociaux traitent du même cas – l'hôpital, la Ligue contre le cancer, Pro Senectute, etc. – et on se retrouve avec les choses faites à quadruple. L'excès de bonne volonté peut déboucher sur des choses non constructives*“ (S_6NE).

Auf Grund des Risikos der Verzettlung ist zu fragen, ob es **sinnvoll und zweckmässig ist, SEOP und MPCD als quasi-autonome Parallelorganisationen mit einem Leistungsangebot der 1. und der 2. Linie im Gesundheitssystem arbeiten zu lassen**. Wie ist auf der Steuerungs- und Finanzierungsebene mit den unvermeidbaren **Doppelspurigkeiten und Ineffizienzen** umzugehen, die gemäss der gesundheitspolitischen Leitkonzeption von BAG/GDK nicht erwünscht sind? Was bedeutet diese übergeordnete Sicht für die Organisation einer SEOP/MPCD?

8.6 Herausforderung Kommunikation in einem kleinteiligen Versorgungssystem

Eine Herausforderung, die die konkrete Praxis betrifft, bezieht sich auf die Sicherstellung des Informationsflusses in einer Situation, in der viele verschiedene Akteure involviert sind, die sich selten zur gleichen Zeit am gleichen Ort aufhalten, die nicht immer die gleiche Sprache sprechen und auch nicht die gleichen Kommunikationsmittel nutzen. „Die Kommunikation [mit den anderen Leistungserbringern] ist manchmal schwierig. Man schreibt ein Mail, es wird missverstanden. Oder es kommen Fragen, die die Basis selber beantworten könnte. Weil, man ist halt trotzdem weit weg voneinander. Man sieht sich selten. Wenn mehrere Personen an einem Thema arbeiten, ist Kommunikation immer eine Herausforderung“ (S_2BE). Während sich die verschiedenen Berufsgruppen im stationären Bereich immer wieder über den Weg laufen, bedarf es im ambulanten Bereich besonderer Anstrengungen, um solche Begegnungen zu ermöglichen.

Manchmal wird versucht, Rund-Tisch-Gespräche zu organisieren, sei es zu Hause, sei es im Spital. Das ist aber nicht immer möglich: „Einige Hausärzte machen das, andere nicht. Die Onkologen sind grundsätzlich schwierig nach Hause zu bringen“ (S_2BE). Ein Problem ist häufig bereits die Terminfindung: „Das zu planen, ist fast nicht möglich. Es haben nie alle Zeit“ (S_3BL). Eine weitere Person sagt: „On essaie de mettre le médecin traitant autour d'une table mais on n'y arrive presque jamais“ (S_6NE). Es gäbe zwar Hausärzte, die sehr engagiert sind und sich Zeit dafür nehmen, aber das sei eine Minderheit.

Gerade weil man sich nur selten – oder überhaupt nicht – sieht, sind die Kommunikation und die Sicherstellung des Informationsflusses besonders wichtig. Die Person, die dafür verantwortlich ist, muss jeweils an viele verschiedene Personen denken, die auch informiert werden müssen. SEOP und MPCD mit einer Management- oder Koordinationsfunktion führen deshalb viele Telefonate, schreiben E-Mails, Whatsapp- und Fax-Nachrichten und sorgen ganz allgemein dafür, dass die verschiedenen Akteure sich treffen, kennenlernen und austauschen können. Eine Person beschreibt es so: „Comme on n'arrive pas à faire parler les médecins ensemble parce qu'ils n'ont pas le temps, alors on parle séparément à l'oncologue et au médecin traitant, on transmet les infos de l'un à l'autre“ (S_6NE). Dabei geht es auch darum zu klären, wer innerhalb welcher Organisation die zuständige Ansprechperson ist und wie der Informationsfluss zu gestalten ist. **Auf Grund der Kleinteiligkeit unseres Versorgungssystems ist der Zeitaufwand für solche Aufgaben enorm.** Das gilt auch für den Aufbau eines funktionierenden Versorgungsnetzes innerhalb einer Region, das in Kap. 7.3 als Erfolgsfaktor einer SEOP/eines MPCD genannt wurde. Es gibt viele verschiedene Spitex-Organisationen, Hausarztpraxen, Kliniken und Spitäler, die jeweils unterschiedlich organisiert sind. Auch das Personal wechselt häufig: „Da muss man sich immer wieder neu absprechen. Die Zusammenarbeit muss immer wieder neu ‚gelernt‘ werden. Die SEOP arbeitet mit vielen Leuten zusammen, die man eigentlich nicht kennt. Man trifft sich nie“ (S_2BE).

Dabei stellt sich auch die Frage, ob SEOP und MPCD als eher spät involvierte Akteure hinreichende Akzeptanz schaffen können.

8.7 Konkurrenzdenken im Gesundheitswesen

Die Mitarbeitenden der SEOP und MPCD betonen u.a. deshalb ihre subsidiäre Rolle, weil Konkurrenzsituationen vermieden werden sollen. Man ist sich sehr bewusst, dass man in verschiedener Hinsicht²⁴ auf die Grundversorger angewiesen ist und sich deshalb nicht erlauben kann, diese vor den Kopf zu stossen. Diese Vorsicht der SEOP und MPCD bei der eigenen Positionierung ist gerechtfertigt, denn **Hinweise auf Konkurrenzängste gibt es viele** (s.a. Maillard Strüby 2012: 17). So wird gesagt: „Einige Spitex-Organisationen schätzen die Zusammenarbeit mehr, andere weniger“ (S_3BL) oder „bei den Hausärzten hat man manchmal das Gefühl, dass man stört“ (S_2BE).

Die Mitarbeitenden der SEOP und MPCD meinen, dass bei den Gesundheitsfachpersonen der Grundversorgung noch viel zu häufig die Meinung vorherrsche, man könne es selbst am besten und man sei nicht auf eine gute Zusammenarbeit mit anderen Fachpersonen angewiesen. Es ist die Rede von einem „Kampf“ um den Patienten und die Grundversorgung fühle sich minderwertig, wenn sie einen Spezialisten beiziehen müsse. **Anspruchsdenken, Konkurrenzgefühle und das Nicht-Abgeben-Wollen schränken SEOP und MPCD in ihren Möglichkeiten stark ein.** Eine Person beschreibt die Herausforderung so: „Toute la finesse est de faire en sorte que les différents acteurs, par exemple le médecin traitant et le spécialiste, réussissent à se parler, à garder l'impression que c'est eux qui gardent le Lead alors que ce n'est pas vraiment le cas, sans que cela vire au conflit“ (S_6NE).

Angesprochen wird auch die Tatsache, dass die **Mitarbeitenden von SEOP und MPCD z.T. als «Rosinenpicker» wahrgenommen werden**, da sie weiterführende Kompetenzen und Freiheiten geniessen, die im Rahmen anderer Jobprofile nicht denkbar sind. Es wird Verständnis dafür geäussert, dass es für die Mitarbeitenden der Basis-Spitex unbefriedigend sein kann, die schwierigeren und vielleicht auch interessanteren Aufgaben abzugeben und sich nur noch der Grundpflege zu widmen. Das Nebeneinander von spezialisiertem Team und Basis-Spitex ist somit nicht immer spannungsfrei, da eine intraprofessionelle Schichtung und Privilegierung befürchtet oder wahrgenommen wird. Die Mitarbeitende der SEOP und MPCD sind sich dessen bewusst und betonen, wie wichtig eine gute Zusammenarbeit mit der Basis-Spitex für sie sei und dass man ihnen nichts wegnehmen wolle. Für eine gute Versorgung sei es aber auch notwendig, dass „jeder Einzelne auch mal einen Schritt zurückstehen können muss. Und das können nicht alle gleich gut. Das ist menschlich. Es gibt überall Leute, die etwas lieber alleine machen als jemanden beizuziehen“ (S_3BL).

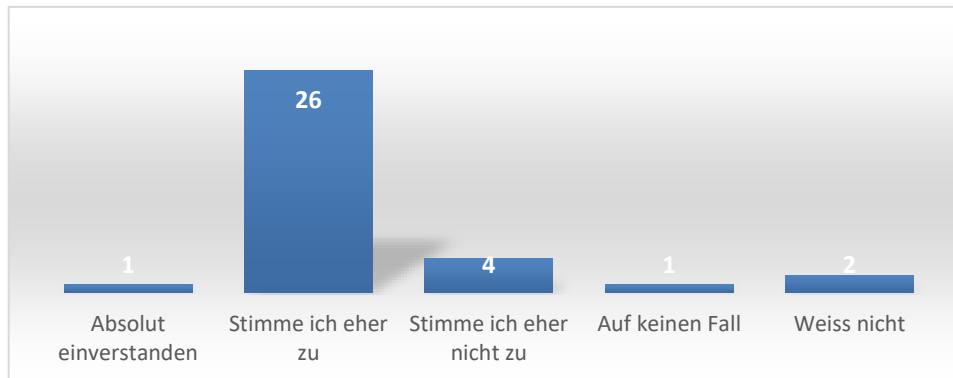
Trotz bestehender Konkurrenzängste ist an dieser Stelle aber auch zu betonen, dass die **Zusammenarbeit zwischen SEOP/MPCD und Basis-Spitex und Hausärzten mehrheitlich als gut bewertet wird**. Dazu hätten in den letzten Jahren u.a. die stärkere Bekanntheit und die entsprechenden nationalen und kantonalen Konzepte beigetragen: „Das Konkurrenzdenken ist ein bisschen schwächer geworden. [...] Das Verständnis und die Sensibilisierung für Palliative Care ist heute grösser“ (S_3BL). Damit steigt auch das Verständnis für die Rolle der SEOP bzw. das Bewusstsein für deren Mehrwert. Auch die persönliche Erfahrung spielt natürlich mit: „Die Konkurrenzängste konnten mit der Zeit abgebaut werden, weil man sich heute besser kennt“ (S_2BE). Es hilft, „dass man Situationen zusammen bewältigt hat, dass man merkt, dass wir niemandem etwas wegnehmen wollen, sondern dass wir unterstützen – das Wort subsidiär ist wichtig“ (S_2BE).

²⁴ Es sind hauptsächlich die Grundversorger, die Patienten der SEOP oder dem MPCD zuweisen und mit denen im Alltag zusammengearbeitet werden muss.

Die Einschätzung, dass die Zusammenarbeit und Arbeitsteilung i.d.R. relativ gut funktioniert, bestätigt sich auch in der Online-Erhebung.

Bitte geben Sie an, inwieweit Sie der folgenden Aussagen zustimmen oder nicht.

Die Zusammenarbeit und Arbeitsteilung zwischen SEOP/MPCD und Regelversorgung funktioniert i.d.R. gut.



9. Die Frage der Finanzierung

Das Thema der Finanzierung der Koordinationsleistungen von SEOP und MPCD wird hier gesondert behandelt, denn es ist ein zentraler Knackpunkt und von besonderem Interesse. In der Bestandesaufnahme von Wächter und Bommer (2014: 37f) wurden Finanzierungsfragen bereits ausführlich diskutiert. Wir beschränken uns deshalb hier auf die wichtigsten Punkte, die die Finanzierung von Koordinationsleistungen betreffen, und die in den Interviews besonders hervorgehoben wurden.

9.1 Die Finanzierung der befragten SEOP und MPCD

Die Tabelle auf der folgenden Seite gibt an, wie die sechs SEOP finanziert werden, die im Rahmen dieser Studie näher betrachtet wurden. Dabei zeigt sich, dass sich SEOP und MPCD hauptsächlich aus zwei Quellen finanzieren:

- Abrechnungen der Leistungen über die Krankenkassen
- Leistungsauftrag des Kantons oder der Gemeinden

In der Romandie, wo die MPCD v.a. in 2. Linie tätig sind, erhalten sie Subventionen und verrechnen i.d.R. keine oder kaum Leistungen über die Krankenkassen. In der Deutschschweiz und auch im Kanton Freiburg haben die SEOP und MPCD hingegen eine eigene Konkordatsnummer, die es ihnen erlaubt, einen Teil ihrer Leistungen wie ein normaler Spitex-Dienst über die Krankenkassen abzurechnen. Dabei leisten teilweise auch die Patienten selbst einen Beitrag. **Die Abgeltung der verrechenbaren Leistungen über die Krankenkassen reicht aber bei weitem nicht aus.** So heisst es in St. Gallen, der Beitrag der Krankenkassen sei „ein minimier Teil. Es gibt ganz viele Leistungen, die wir auch nicht dem Patienten verrechnen“ (S_1SG). Auch dort wo es heisst, man sei relativ gut darin, möglichst viele Leistungen zu verrechnen, macht der Anteil der Krankenkassen gemäss Aussagen aus den Interviews max. ein Drittel des Gesamtbudgets aus. Aufgrund ihrer Brückenfunktion, ihrer konsiliarischen Tätigkeit und der speziellen Aufgaben in der Palliativversorgung

brauche es in jedem Fall noch andere Finanzierungsquellen (vgl. Wächter/Bommer 2014: 8).²⁵ Häufig ist deshalb die **Forderung nach einem Leistungsauftrag der öffentlichen Hand** (wie in der Romandie) zu hören, was gerade in der Deutschschweiz aber längst nicht überall der Fall ist – und als langfristige Verpflichtung in der aktuell angesagten Sparpolitik wenig Anklang findet.

Auch die alleinige Finanzierung über die Beiträge des Kantons oder der Gemeinden wird von einigen aber kritisch gesehen, denn „man kennt die Entwicklung der kantonalen Subventionen“ (S_5FR). Wegen dem **Risiko von Sparrunden** und **weil Subventionen auch Abhängigkeit bedeuten**, hat man sich z.B. in Freiburg bewusst dagegen entschieden, sich ausschliesslich über den Kanton finanzieren zu lassen. Dieser Beitrag, heisst es, würde niemals ausreichen, um der Nachfrage gerecht zu werden.

Neben den Leistungen der Krankenkassen und den Beiträgen der öffentlichen Hand sind viele SEOP und MPCD auf weitere Finanzierungsquellen angewiesen. In St. Gallen sind das Spendeneinnahmen der Krebsliga, in Baselland ein Beitrag des Fördervereins. In Basel-Stadt und in Bern, wo die SEOP zu einer grösseren Spitex-Organisation gehört, wird der Spezialdienst von der Gesamtorganisation quersubventioniert und in Baselland ist es das Kantonsspital, welches das Defizit trägt.

²⁵ Wächter und Bommer beschreiben ausführlich, dass die Vollkosten pro verrechenbare Stunde Pflege bei einer SEOP oder einem MPCD deutlich über denjenigen einer normalen Pflegestunde in der Grundversorgung liegt. Die Abgeltung ist jedoch die gleiche (2014: 53)

Finanzierungsquellen der SEOP

SEOP	Finanzierung über Krankenkassen	Patienten-beteiligung	Kanton und Gemeinden	Quersubventionierung, Spenden, etc.
Palliativer Brückendienst der Krebsliga Ostschweiz	Eigene Spitex-zulassung, ca. 1/3 der Leistungen kann deshalb über die Krankenkassen abgerechnet werden.	Prozentualer Beitrag von 10% bis zu einer Grenze von CHF 8 pro Tag.	Kein Leistungsauftrag des Kantons oder der Gemeinden (aber erstmaliger Beitrag im 2016). Restkostenfinanzierung über die Gemeinden	Ein grosser Anteil der Finanzierung sind Spendeneinnahmen der Krebsliga.
SEOP Bern	Spezialdienst der Spitex, ein Teil der Leistungen wird über die Krankenkassen abgerechnet.	Einkommensabhängiger Beitrag bis zu einer Grenze von CHF 15.95 pro Tag.	Kein Leistungsauftrag des Kantons oder der Gemeinden; aber die Spitexorganisationen im Kanton Bern erhalten eine Vergütung für höhere Aufwände wie beispielsweise Nachteinsätze, palliative Pflege oder Koordinationsleistungen. Nicht kostendeckende Restkostenfinanzierung	Quersubventionierung durch Spitex Bern (letztjähriges Defizit der SEOP Bern: CHF 170'000.-). Für die Finanzierung der Einsätze ausserhalb des Einzugsgebietes der Spitex Bern ist man im Gespräch mit den verschiedenen lokalen Spitex-Organisationen, damit auch diese einen Beitrag zur Deckung des Defizites leisten (im Moment auf freiwilliger Basis).
SEOP Baselland	Die verrechenbaren Leistungen werden gemäss Spitex-Tarif von den Krankenkassen abgegolten.	Prozentualer Beitrag von 10% bis zu einer Grenze von CHF 8 pro Tag.	Leistungsauftrag durch den Kanton an das Kantonsspital Baselland für die ambulante Palliative Care.	Unterstützung durch Förderverein (Spenden), der jährlich den fixen Betrag von CHF 50'000.- überweist zur Abgeltung nicht verrechenbarer Leistungen wie Öffentlichkeitsarbeit, gewisse Koordinationsaufgaben, Fallbesprechungen, etc. Es bleibt ein Defizit, das vom Kantonsspital getragen wird.
Onko-Spitex Basel	Spezialdienst der Spitex; Abrechnung der Leistungen über die Krankenkassen	Prozentualer Beitrag von 10% bis zu einer Grenze von CHF 8 pro Tag.	Dank einer Leistungsvereinbarung für den Spezialdienst Onkologiepflege und Palliative Care übernimmt der Kanton die Differenz zu den Vollkosten (der Gesamtsptex).	Quersubventionierung durch die Gesamtsptex.
Voltigo FR	Die verrechenbaren Leistungen werden gemäss Spitex-Tarif von den Krankenkassen abgegolten. Der Beitrag der Krankenkassen entspricht ca. 1/3 des Gesamtbudgets.	Keine	Leistungsauftrag der Direktion für Gesundheit und Soziales des Kantons (ca. 2/3 des Gesamtbudgets)	
EMSP BEUNE	Nur 1% der Einnahmen stammt von Erträgen aus der Krankenversicherung.	Keine	Die EMSP BEJUNE wird zu 98% von den drei Kantonen BE, JU und NE finanziert. Der Beitrag jedes Kantons berechnet sich anhand der Bevölkerungsgrösse.	Schulungen für Institutionen u.ä. werden fakturiert.

9.2 Finanzierung von Koordinationsleistungen nach KLV Art. 7

Am 1. Januar 2012 ist die Änderung von Artikel 7 Absatz 2 der KLV in Kraft getreten. Damit zählen zu den Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung neu auch die Koordination von Massnahmen und Vorkehrungen im Hinblick auf Komplikationen in komplexen und instabilen Pflegesituationen durch spezialisierte Pflegefachpersonen. Hat diese Änderung von Artikel 7 einen Einfluss auf die Finanzierungslage der SEOP und MPCD und werden Koordinationsleistungen auch tatsächlich als solche abgerechnet?

Als Wächter und Bommer ihre Bestandesaufnahme durchgeführt haben, wurde diese Änderung der KLV von vielen MPCD noch kaum genutzt. In einigen Fällen wurden überhaupt keine Leistungen gegenüber den Krankenversicherer und den Klienten verrechnet, in anderen Fällen wurden Koordinationsleistungen unter „Abklärung & Beratung“ gefasst. In den Kommentaren wurde zudem darauf hingewiesen, dass Koordinationsleistungen nicht verrechnet werden können, wenn das gleichzeitig auch die Grundversorger-Spitex tut²⁶ oder dass einige Leistungen wie z.B. die Koordination mit anderen Diensten von den Krankenkassen nicht akzeptiert würden. Als Fazit halten Wächter und Bommer deshalb fest, dass grosse Unsicherheiten und Unklarheiten in Bezug auf die Anwendung von KLV Art. 7 bestehen (2014: 46-54).

Diese Unklarheiten bestehen zu einem grossen Teil bis heute. Eine Expertin meint zwar, dass die meisten Spitex-Organisationen heute wissen, dass sie Koordinationsleistungen anbieten und verrechnen können, „aber sie machen es noch nicht zwingend“ (A_5E). **Weil vieles unklar ist, ist die Anwendung von KLV Art. 7 in den einzelnen Spitex-Organisationen sehr unterschiedlich und das Gleiche gilt auch für die SEOP und MPCD.** In Basel-Stadt z.B. werden Koordinationsleistungen nicht explizit als solche abgerechnet: „Wir benennen das nicht so. Es ist immer noch nicht ganz klar, wie man damit umgeht. Muss man das separat ausweisen? Bei uns geht das ganz normal unter Abklärungsleistung“ (S_4BS). In St. Gallen heisst, es, schaue man immer wieder im Team, was man denn nun verrechnen könne und was nicht. In Baselland rechnet man Koordinationsleistungen ab, „aber insgesamt rechnen wir nicht sehr grosszügig ab. Wir rechnen wirklich nur die koordinativen Aufträge in Bezug zum Patienten ab, [...] z.B. ein Telefonat mit dem Hausarzt, um Medikamente neu verordnen zu lassen. Eine Fallbesprechung mit dem Hausarzt rechnen wir aber eher nicht ab. Da sind wir noch zurückhaltender oder vielleicht auch zu wenig mutig“ (S_3BL). Auch SWICA, eine von uns in einem anderen Kontext befragte Krankenkasse, hat auf die fehlenden Ein- und Ausschlusskriterien hingewiesen. Ihrer Ansicht nach wird die vom BAG ermöglichte Einzelfallbeurteilung von Komplexität und Instabilität in der Praxis auch recht beliebig angewandt.

Auf der anderen Seite wird aber auch gesagt, dass Koordinationsleistungen von den Krankenkassen in Normalfall problemlos vergütet werden – vorausgesetzt, dass die „Pflegefachleute über die Bedarfsanalyse und über den Pflegeprozess ganz klar die Komplexität und Instabilität darstellen können und wenn in der Pflegeplanung klar ersichtlich ist, was man mit den Koordinationsleistungen erreichen möchte“ (A_5E). Während die Basis-Spitex diesbezüglich mehr zu kämpfen habe, sei die Situation für die SEOP und MPCD einfacher. Man habe weniger Rückfragen von den Krankenkassen, denn **wenn eine SEOP involviert ist, wisse man erstens, dass es sich um einen komplexen Fall handelt und zweitens, dass die Begleitung nicht Jahre dauert.**²⁷ Nichtsdestotrotz sei es wichtig, den gesamten Verlauf sehr detailliert zu dokumentieren, um aufzuzeigen, dass der Aufwand gerechtfertigt.

²⁶ Dass das der Fall sein kann, wurde auch in den von uns geführten Gesprächen erwähnt. Gleichzeitig ist das aber keine allgemeingültige Regel, sondern hängt ab von der Interpretation der jeweiligen Krankenkasse.

²⁷ Trotzdem berichten die befragten Personen auch von Krankenkassen, die schwierig seien, bei denen man viel rechtfertigen müsse, wo es immer nur darum gehe, Leistungen zu kürzen.

9.3 Nicht abrechenbare Koordinationsleistungen und administrativer Aufwand

Trotz KLV Art. 7 erbringt jede SEOP und jeder MPCD Koordinationsleistungen, die von den Krankenkassen nicht übernommen werden können. Ein häufig genanntes Beispiel sind Leistungen, die erbracht werden, während ein Patient hospitalisiert ist. **Insgesamt scheint aber wegen der Abgrenzungsproblematik zwischen stationärer und ambulanter Finanzierung unklar zu sein, ob man während eines Spitalaufenthaltes eines Patienten Leistungen gegenüber den Krankenkassen verrechnen kann oder nicht.** Während einige beklagen, dass das nicht möglich sei, sagen andere, es sei selbstverständlich, dass auch Leistungen vor Spitalaustritt abgerechnet werden: „Wenn die Kassen da reklamieren würden, würden wir KLV Art. 7 bemühen. Denn ohne vernünftige Abklärungen schon im Spital, könnte man den Patienten nicht nach Hause nehmen. Der Aufwand für die Koordination im Spital ist auch nicht sehr hoch, max. zwei Stunden. Ein Spitaltag kostet viel mehr, oder auch eine Rehospitalisierung, wenn es zu Hause nicht klappt“ (S_4BS).

In die Kategorie der **nicht finanzierbaren Koordinationsleistungen** fällt zudem **alles, was nicht direkt einem Patienten verrechnet werden kann.** Das sind beispielsweise generelle Absprachen mit einem Hausarzt oder auch Abklärungen, die schlussendlich nicht zu einer Fallübernahme führen. Wächter und Bommer erwähnen zusätzlich auch „die Teilnahme [...] an interprofessionellen Austauschsitzungen und Weiterbildungen, ihre Mitarbeit in der Weiterentwicklung von Strukturen, Prozessen und Qualitätssicherung sowie das ‚Coaching‘ von ärztlichen und pflegenden Kolleginnen und Kollegen der Grundversorgung“ (2014: 94). Diese nicht direkt fallbezogenen und daher grundsätzlich nicht verrechenbaren Leistungen sind deshalb bei allen SEOP und MPCD hoch. Wirtschaftlich gesehen ist es daher kein gewinnbringendes Engagement, „aber wenn die Qualität der Versorgung im Vordergrund steht, dann sieht die Rechnung anders aus“ (S_4BS).

In unserer Befragung wurde auch darauf hingewiesen, dass manchmal der administrative Aufwand zu hoch ist, um eine Verrechnung z.B. von telefonischen Kurzberatungen zu rechtfertigen. Gerade die Koordinationsleistungen könne man „gar nicht im Detail komplett erfassen, sonst hätte man noch viel mehr nicht verrechenbare Arbeitszeit. Wir haben schon jetzt eine sehr differenzierte Arbeitszeit-Leistungserfassung, das ist sehr zeitaufwendig. Wenn man alles, was noch informell läuft, auch noch erfassen müsste, würde es noch viel länger dauern“ (S_4BS). Ganz allgemein wird **der hohe administrative Aufwand für die Abgeltung von pflegerischen Leistungen** beklagt. Anders als bei ärztlichen Leistungen, die wegen des Kontrahierungszwangs über TARMED immer vergütet werden, kann bei pflegerischen Leistungen die Kostenübernahme in Nachhinein verweigert werden. Es ist die Rede von einer „*machinerie administrative et de contrôle extrêmement complexe*“ (S_5FR). Erschwerend komme hinzu, dass die Krankenkassen unterschiedlich funktionieren und die Kostenübernahme alles andere als einheitlich sei. In den Gesprächen wird mehrmals betont, wie wichtig es sei, korrekt vorzugehen, „richtig“ zu fakturieren und auch zu argumentieren, damit Leistungen von den Krankenkassen übernommen werden. Das zeigt aber auch, dass es **keine klaren und eindeutigen Richtlinien und Kriterien gibt und sich die Praxis von Fall zu Fall, von Region zu Region, und von Kasse zu Kasse unterscheidet.** Die formellen Vorgaben bezgl. Verrechenbarkeit werden auch von den SEOP und MPCD selbst nicht überall gleich interpretiert.

Auch BAG und GDK schreiben, dass die Finanzierung der MPCD ein gewichtiges Problem darstelle, da es Tätigkeiten gibt, die nicht in den Leistungsrahmen des KVG passen (BAG/GDK 2013: 18). Erwähnt werden insb. die vorausschauende Planung und Koordinationsaufgaben. Mit einem ordnungspolitischen Blick wird denn auch hervorgehoben, dass insb. Leistungen der 2. Linie nicht Leistungen im Sinne der OKP sind, sondern über Leistungsverträge mit Kantonen oder Gemeinden finanziert werden müssten (BAG/GDK 2013: 40).

Falls sich SEOP und MPCD in Zukunft tatsächlich den Vorgaben entsprechend **auf konsiliarische Tätigkeiten in 2. Linie konzentrieren**, werden die **Leistungen der Krankenkassen weiter zurückgehen.** Ein stärkerer Einbezug der Gemeinden oder Kantonen ist dann unabdingbar.

9.4 Konkurrenz um Gelder

Ein Punkt, der die Zusammenarbeit mit der Basis-Spitex erschweren kann, ist die Tatsache, dass SEOP und Basis-Spitex auf der Basis von Art. 7 KLV teilweise um die gleichen Gelder konkurrieren. Eine Person erzählt von einem Fall, in dem die Krankenkasse der Basis-Spitex die Bezahlung von Koordinationsleistungen verweigerte, weil auch die SEOP involviert war und Koordinationsleistungen erbrachte. Berichtet wird auch von Bestrebungen seitens der Krankenkassen, die Möglichkeit zur Fakturierung von Koordinationsleistungen einzuschränken. Dies solle nur noch den spezialisierten Diensten, nicht aber der Basis-Spitex erlaubt sein. Der Vertreter eines anderen MPCD sagt, man sei häufig gleichzeitig mit der Basis-Spitex vor Ort, aber „la position OPAS pour la coordination ne peut pas être facturée par deux personnes en même temps pour le même patient, donc nous ne facturons pas“ (S_6NE).

Diese Tendenz, die Doppelfinanzierung von Leistungen der Basis-Spitex und der spezialisierten Dienste zu Lasten der OKP zu reduzieren, führt dazu, dass andere Kostenträger einspringen müssen. Gerade in der Deutschschweiz, wo i.d.R. keine kantonale Leistungsvereinbarung besteht, müssen die Gemeinden diese „Restfinanzierung“ übernehmen. Weil diese Lasten absehbar steigen und in langfristige Verpflichtungen münden, wird an Tagungen von Gemeindevertretern immer wieder geltend gemacht, dass dieses Abschieben nicht einfach hingenommen werden kann, sondern dass Lösungen mit anderen Kostenträgern (OKP, Fallpauschalen, Kantone) gefunden werden müssen.

10. Empfehlungen

Um die Herausforderungen zu bewältigen und die Schwierigkeiten zu überwinden, damit Menschen in komplexen und instabilen Situationen koordiniert versorgt und Angehörige im Bereich der Koordination entlastet werden können, müssen verschiedene Voraussetzungen gegeben sein.

Klärung von Rolle und Zweck der SEOP und MPCD

Angesichts der Unklarheiten und der festgestellten Diskrepanz zwischen gelebter Praxis und gesundheitspolitischen Vorgaben ist es u.E. notwendig, dass sich die verschiedenen Akteure darüber verständigen, welche Rolle und welchen Zweck SEOP und MPCD in der Versorgungslandschaft erfüllen sollen. Die Krebsliga Schweiz, deren kantonalen Sektionen in einigen Kantonen als Träger einer SEOP/eines MPCD fungieren, kann hier eine wichtige Rolle spielen. Sie kann Möglichkeiten aufzeigen, die Diskussion anstossen und damit einen wichtigen Beitrag leisten für eine zweckmässige und wirksame Positionierung von SEOP und MPCD im Schweizer Gesundheitssystem.

Im Interesse einer koordinierten und nachhaltigen Gesundheitspolitik braucht es u.E. vorab eine Klärung der Aufgaben und Verantwortlichkeiten der verschiedenen Akteure innerhalb einer Versorgungsregion. Forderungen nach einem einheitlichen Organisationsmodell für die gesamte Schweiz oder Leitlinien-Vorgaben, die in jeder Situation angewandt werden müssen, sind wegen der Diversität nicht zielführend. Notwendig ist jedoch eine Reflexion darüber,

- ob – und wenn ja, wann – **SEOP und MPCD eine Koordinations- und Managementfunktion übernehmen sollen und was damit genau gemeint ist;**
- ob und wie sich die **Aufgaben in der ambulanten pflegerischen Versorgung und in der palliativen Versorgung überlappen sollen;**
- **was die „subsidiäre Rolle“ der SEOP und MPCD in der Praxis bedeutet** und ob auch eine SEOP oder ein MPCD in gewissen Situationen den Lead übernehmen kann/soll;
- **in welchen Fällen die Einteilung in 1. und 2. Linien-Dienste Sinn macht** und ob die Bevorzugung von 2. Linien-Diensten tatsächlich **dem Gebot von Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit entspricht;**
- **ob diese Aufteilung** in Zeiten postulierter Selbstermächtigung und Mitbestimmung der Betroffenen auch **den Erfordernissen der Praxis und den Bedürfnissen der Patienten und Angehörigen entspricht.**

Um schwerkranke Menschen zu Hause gut versorgen zu können braucht es interprofessionelle Zusammenarbeit. Zu den Voraussetzungen, damit interprofessionelle Zusammenarbeit gut funktioniert, gehören klare Rollendefinitionen und Verantwortlichkeiten. Alle beteiligten Akteure müssen wissen, wer was kann und wer für was zuständig ist, aber auch, wo die jeweiligen Grenzen liegen. Ist das nicht der Fall, resultieren Leerläufe, Ineffizienzen und eine unbefriedigende Situation für Patienten, Angehörige und Fachpersonen.

SEOP und MPCD (und ihre Auftraggeber) müssen sich deshalb darüber klar werden, was ihr Zweck ist und wie sie sich im System positionieren. Verstehen sie sich als spezialisierter Pflegedienst oder als MPCD im Sinne der nationalen Strategie? Dabei ist auch die Frage zu klären, wer genau zur Zielgruppe gehört – d.h. inwiefern der Fokus auf onkologische Patienten zu rechtfertigen ist – und in welcher Situation und zu welchem Zeitpunkt SEOP und MPCD zum Einsatz kommen sollen.

Ein Blick auf das Versorgungssystem statt auf sektorielle und professionelle Grenzen

Die Qualität der Versorgung in komplexen Situationen zu Hause hängt wesentlich vom Zusammenspiel der verschiedenen Dienste und Fachpersonen ab. Jeder Akteur bringt ein gewisses Fachwissen mit, kein Dienst kann jedoch selber auf alle Fragen und Anliegen der Patienten und Angehörigen antworten. Es braucht deshalb ein Versorgungsnetz, in dem jeder Akteur je nach Situation auf weitere Ressourcen zurückgreifen kann.

Gerade die Koordination oder das Management in komplexen Situationen kann nur im Verbund mit anderen Akteuren geleistet werden. Eine SEOP oder ein MPCD kann nur dann massgeblich zu einer besseren Koordination der Versorgung beitragen und eine Managementfunktion übernehmen, wenn ihr Beitrag von den anderen Akteuren auch anerkannt und akzeptiert wird und wenn das Zusammenspiel gut funktioniert. Bei der Klärung der Rollen und Verantwortlichkeiten darf deshalb nicht von den Ansprüchen einzelner Organisationen, Visionen zur Professionsentwicklung und persönlichen Interessen ausgegangen werden. **Gefordert ist vielmehr ein Blick auf das (regionale) Versorgungssystem. Nach Massgabe der Klärung von Zweck und Rolle lassen sich in einer ganzheitlichen Planung klare Indikationskriterien und daraus wiederum Management- und Organisationsprinzipien ableiten, um die Angebote der einzelnen Akteure miteinander zu verbinden und bedarfsgerecht aufeinander abzustimmen.**

Es ist dabei weniger entscheidend, wie die Arbeitsteilung zwischen SEOP und MPCD und Leistungserbringer der Grundversorgung im Einzelfall ausgestaltet wird und ob ein Akteur als zentraler Koordinator fungiert, sondern vielmehr wie die verschiedenen Personen und Dienste als Teil eines Ganzen zusammenarbeiten. Schwerkranke Personen mit komplexen Bedürfnissen können nur dann umfassend und nachhaltig versorgt werden, wenn die verschiedenen Fachpersonen und Versorgungsbereiche eng vernetzt zusammenarbeiten und Partikularinteressen im Interesse einer Gesamtsicht beiseitelegen. Das entspricht auch den Vorgaben der nationalen Strategie: „So ist nicht eine einzelne Institution, sondern das Palliative-Care-Netzwerk die kleinste Einheit der regionalen Palliativversorgung. Der „Boden“ für den Aufbau von palliativen Versorgungsstrukturen ist also die Vernetzung. Der Hauptanreiz der Tätigkeit im Palliativbereich für einzelne Institutionen muss in der Mitwirkung in diesem Netz liegen und nicht im „Herausschneiden eines Kuchenstückes“ (BAG/GDK 2012: 5).

Klärung der Zuständigkeiten bei der Finanzierung

Sind die Aufgaben und Verantwortlichkeiten der einzelnen Akteure geklärt und wurde diese Rollenklärung auch mit Blick auf das gesamte Versorgungssystem und v.a. die Bedürfnisse der Patienten und Angehörigen gemacht, braucht es aus Sicht der befragten **Personen klare Direktiven seitens der Politik:** „Es braucht den politischen Entscheid, wie man es organisieren will. Man muss Aufgaben zuordnen und die entsprechenden Ressourcen zur Verfügung stellen. Direktiven helfen“ (A_4E). Laut BAG und GDK können „die Anreize zur Mitarbeit im Netzwerk [...] nur über die jeweiligen Leistungsaufträge im Rahmen der kantonalen, interkantonalen oder sogar überkantonalen

len Versorgungsplanung geschaffen werden“ (BAG/GDK 2012: 5). Die befragten Personen wünschen sich denn auch eine verbindliche(re) Klärung der Verantwortlichkeiten für verschiedene Koordinations- und Managementaufgaben und die Formulierung entsprechender Leistungsaufträge.

Wichtig ist des Weiteren die **Klärung der Frage, wer für die Finanzierung welcher Koordinationsleistungen zuständig ist**. So braucht es insb. eine Klärung in Bezug auf die Anwendung von Art. 7 KLV, um eine griffige, einheitliche Handhabung zu ermöglichen. Was heisst Koordination, welches sind die Indikationskriterien und welche Leistungen (Art, Umfang) fallen genau unter Art. 7 KLV? Bzw. welche Koordinationsleistungen müssten anderweitig finanziert werden? Grundsätzlich stellt sich auch die Frage, ob ggf. bestimmte Koordinationsleistungen unter noch zu definierenden Bedingungen ohne ärztliche Verschreibung abrechnungsfähig sind.

Sollen sich SEOP und MPCD in Zukunft gemäss Nationaler Strategie und Leitkonzeption stärker auf konsiliarische Tätigkeiten in 2. Linie konzentrieren, wird die Abgeltung der Leistungen der Krankenkassen aufgrund von KLV Art. 7 weiter zurückgehen (keine doppelte Abgeltung von Spitex-Leistungen). Weitere Finanzierungsquellen sind dann unabdingbar. Damit SEOP und MPCD massgeblich zu einer besseren Koordination der Versorgung beitragen können, braucht es eine gesicherte (Zusatz- und Rest)Finanzierung durch die öffentliche Hand (Kantone, Gemeinden) oder privater Organisationen (z.B. Krebsliga). Diese Konstellation ist angesichts des Spardrucks im öffentlichen Bereich aber fragil und nicht nachhaltig. Eine Verlagerung in die Zuständigkeit privater Organisationen wirft neben Fragen der Verwendung von Spendengeldern auch ethische Fragen zur Versorgungsgerechtigkeit auf.

Es geht also auch hier wieder um den Zweck von SEOP und MPCD. Ganz grundsätzlich ist deren Stellung als Teil der ambulanten Pflege oder als Teil der palliativen Versorgung zu klären und ggf. zu differenzieren bzw. die Zuständigkeiten bei Überschneidungen deutlich herauszuarbeiten. SEOP und MPCD können hier selber einen Beitrag leisten, indem sie Bottom-Up die Erfolgsfaktoren, Minimalkriterien und Integrations-/Koordinationsschritte aus systemischer Sicht skizzieren und Modelle guter Praxis vergleichend abwägen. Wenn der Zweck geschärft wird, kann die eigene Position in der zukünftigen Versorgungslandschaft gestärkt werden.

11. Ja, aber... Fazit und Ausblick

Es gibt gute Gründe, weshalb SEOP und MPCD eine Managementfunktion übernehmen können und sollen. Gerade in komplexen und instabilen Situationen, in denen viele verschiedene Personen und Dienste involviert sind, ist der Bedarf nach einem Koordinator zweifellos gegeben. SEOP und MPCD bringen wichtige Voraussetzungen mit, die ihnen die Übernahme der Managementfunktion ermöglichen. Die Mitarbeitenden haben die dafür notwendigen Kompetenzen und viel Erfahrung mit Patienten in komplexen und instabilen Situation, sie können sich die Zeit nehmen für Gespräche und auch eine gewisse Kontinuität und Erreichbarkeit gewährleisten. Zudem sind sie gut vernetzt mit den anderen Leistungserbringern in ihrer Region.

Es ist denn auch nicht erstaunlich, dass SEOP und MPCD in den Situationen, in denen sie zum Einsatz kommen, häufig wichtige Koordinationsfunktionen übernehmen: mit hohem Engagement und Ethos betrachten sie die Situation ganzheitlich; sie sind bestrebt, die verschiedenen Perspektiven unter einen Hut zu bringen; sie kümmern sich um die vorausschauende Planung und ziehen andere proaktiv Akteure durch Austauschsitungen mit ein und leben die von vielen als notwendig postulierte Interprofessionalität. Sie klären Verantwortlichkeiten und sorgen dafür, dass der Informationsfluss sichergestellt ist. Sie sensibilisieren andere Fachpersonen, Dienste und Instanzen für die besonderen Bedarfe am Lebensende, bieten Weiterbildungen an und leisten ein Coaching von ärztlichen und pflegenden Kolleginnen und Kollegen der Grundversorgung. Zudem engagieren sie sich bei der Weiterentwicklung von Strukturen, Prozessen und Qualitätssicherungsmassnahmen.

Die Vorteile der SEOP und MPCD in Bezug auf die Koordinations- und Managementfunktion werden auch von vielen Fachpersonen aus anderen Bereichen anerkannt. Trotzdem gibt es deutliche Vorbehalte, ihnen explizit eine Managementfunktion zuzuweisen. Auch die Vertreterinnen und

Vertreter der SEOP und MPCD wollen sich z.T. nicht als „Koordinator“ bezeichnen – auch wenn sie ihre Leistungen als „eine Art Case Management“ beschreiben.

Die diversen mehr oder weniger expliziten Widersprüche zwischen der Nationalen Strategie Palliative Care und den Umsetzungsvarianten in der Praxis lassen sich im Rahmen dieser kurzen Analyse nicht auflösen. Es ist auch offensichtlich, dass die hier ausgewählten sechs SEOP bzw. MPCD die effektive Variantenvielfalt nicht abschliessend darzustellen vermögen. V.a. bei mittelgrossen Spitexorganisationen, die eine Aufgabenteilung in 1. und 2. Linie bei Bedarf ad hoc schaffen oder anfordern, besteht Klärungsbedarf.

Inwiefern SEOP und MPCD eine Management- und Koordinationsfunktion übernehmen sollen, ist schlussendlich ein politischer Entscheid. Lösungen setzen aber einen Dialog auf gesundheitspolitischer Ebene voraus, um eine bessere Übereinstimmung zwischen Konzepten und gelebter Praxis zu finden. Einerseits braucht es einen politischen Entscheid zu Zweck und Aufgaben und entsprechende Direktiven. Andererseits braucht es praxistaugliche Einsatzkonzepte, weil sich nicht (nur) auf Grund einer ordnungspolitischen Leitkonzeption oder administrativer Dokumente entscheidet, wer in einer bestimmten Situation die Managementfunktion übernimmt.

In diesem Feld die richtige Balance zu finden, ist zwar anspruchsvoll, aber lohnenswert. Dies ist umso relevanter als heute in vielen Orten und in vielen Bereichen spezialisierte Dienste mit einer Management-/Koordinationsfunktion am Entstehen sind. Mit Blick auf die Multimorbidität und die steigenden Bedarfe ist eine Klärung sowohl aus Sicht eines guten Care Managements als auch aus Sicht der Gesundheitspolitik dringend angezeigt.

Die Krebsliga Schweiz könnte dabei – legitimiert durch das langjährige Engagement – einen solchen Reflexionsprozess anstossen und allenfalls im Verbund mit anderen NGOs, die von der 1./2.-Linien-Problematik ebenfalls betroffen sind, eine Plattform für Dialog und Klärung initiieren.

Literatur

Basel Landschaft 2016: Bericht zur kantonalen Umsetzung der Nationalen Strategie Palliative Care. Vorlage an den Landrat.

Brügger S., Brühlhart D., Sottas B. 2013: "Ich funktioniere wie ein Roboter". In: palliativ ch. Zeitschrift der Schweiz. Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung. Nr. 2 - 2013: 39-43.

Brügger S., Jaquier A., Sottas B., 2014: An wen richtet sich Palliative Care und wer ist ausgeschlossen? Definitionen und Einsatzgebiete von Palliative Care. In: palliative-ch. Zeitschrift der Schweiz. Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung. Nr. 4: 25-29.

Bundesamt für Gesundheit BAG und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK 2010: Nationale Leitlinien Palliative Care. Bern

Bundesamt für Gesundheit BAG und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK 2011: Indikationskriterien für spezialisierte Palliative Care. Bern

Bundesamt für Gesundheit BAG und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK 2012: Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz. Bern.

Bundesamt für Gesundheit BAG und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK 2013: Finanzierung der Palliative-Care-Leistungen der Grundversorgung und der spezialisierten Palliative Care (ambulante Pflege und Langzeitpflege). Bern.

Bundesamt für Gesundheit BAG und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK 2014: Rahmenkonzept Palliative Care Schweiz. Eine definitorische Grundlage für die Umsetzung der „Nationalen Strategie Palliative Care“. Bern.

Bischofberger I., Jähnke A., Rudin M., Stutz H. 2014: Betreuungszulagen und Entlastungsangebote für betreuende und pflegende Angehörige. Schweizweite Bestandesaufnahme. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG. Zürich/Bern

Cantin B., Stoesser K., Teike Lüthi F. 2008: La consultance ou les coulisses d'une pratique de soins... In: Rev. Med. Suisse 4: 2542-4.

Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern o.J.: Konzept für die Palliative Versorgung im Kanton Bern. [http://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheits/palliativecare.html](http://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheit/gesundheits/palliativecare.html), Zugriff 27.02.2018

Jermann P. 2002: Auch Doppelanstellungen machen Schnittstellen zu Nahtstellen. Stellungnahme aus der Nordwestschweiz. In: Managed Care 7: 22.

Maillard Strüby F. 2012: Rapport final de l'évaluation du projet pilote Équipe Mobile de Soins Palliatifs EMSP Voltigo. HEdS Genève.

Mayring P. 2008: Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken (10. Auflage). Weinheim/Basel: Beltz.

Sottas B., Brügger S., Jaquier A., Brühlhart D., Perler L. 2015: Pflegende Angehörige in komplexen Situationen am Lebensende. Schlussbericht. <http://www.formative-works.ch/content/files/Ergebnisse%20pflegende%20Angehörige%20Lebensende.pdf>, Zugriff 6.2.2018

Sottas B., Rime S., Berger-Jaquier A., Brügger S., Kohli L. 2017: Collaboration et coordination interprofessionnelles et interinstitutionnelles dans la prise en charge en fin de vie. Rapport de projet. Sur initiative du Fonds national suisse de la recherche scientifique PNR 67 "Fin de vie" et de la Fondation Leenaards. Bourguillon.

Stumm D. 2017: Der Hausarzt: Nur im Gesetz die ordnende Hand? Der Hausarzt 2: 19-23.

Teike Lüthi F., Cantin B. 2010: The Complex role of a Palliative Care Consultant in a Tertiary Hospital: Can a Practice Model Help in This Wild World? In: Journal of Palliative Medicine 13(10): 1178-1181.

Teike Lüthi F., Jobin C., Currat T., Cantin B. 2013 : Le travail de collaboration des équipes mobiles de soins palliatifs : première phase de validation d'une modèle. In: Médecine palliative – Soins de support - Accompagnement – Éthique. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medpal.2013.03.003>

Trageser J., Gschwend E., von Stokar T., Hegedüs A., Otto U. 2017: Evaluation integrierter Altersversorgung-Netzwerk (CareNet+). Zwischenbericht. Pro Senectute Kanton Zürich.

Wächter M., Bommer A. 2014: Mobile Palliative-Care-Dienste in der Schweiz. Eine Bestandesaufnahme aus der Perspektive dieser Anbieter. Schlussbericht. Luzern.

Waldispühl Zindel F., Rex C. 2014: Vom Zufallsprinzip zur Systemsteuerung. Case Management in der Palliative Care verankern. In: Krankenpflege 10.

Wenger 2015 Wenger S. 2015: Die Angehörigen leisten unverzichtbaren Pflegedienst. In: Schweizer Gemeinde, (3), 26–29.

Anhang 1: Darstellung der einzelnen SEOP und MPCD

Im Folgenden werden die einzelnen SEOP, die für diese Studie näher betrachtet wurden, kurz vorgestellt. Dabei stützen wir uns auf die Interviews mit Vertretern der jeweiligen SEOP wie auch auf öffentlich zugängliche Dokumente wie Flyer, Geschäftsberichte, etc.

Palliativer Brückendienst der Krebsliga Ostschweiz

„Der Brückendienst ist ein ambulanter, spezialisierter Beratungsdienst für Palliative Betreuung zu Hause und ist ein Ergänzungsangebot zur Grundversorgung durch die Spitex und die Hausärzte. Der Brückendienst hilft mit, die Pflegequalität zu verbessern und Sicherheit zu vermitteln.“

(Website Krebsliga Ostschweiz)

Entstehungs- geschichte	Der Brückendienst entstand vor ca. 15 Jahren auf Initiative von Mitarbeitern der Palliativstation des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG). Nachdem bei Hausärzten und Spitex-Organisationen der Bedarf nach ambulanter Palliative Care erhoben wurde, starteten die Palliativstation des KSSG und die Krebsliga Ostschweiz ein gemeinsames Pilotprojekt. Nach einem Jahr entstand daraus ein festes Angebot für das die Krebsliga Ostschweiz die Trägerschaft übernahm.
Trägerschaft / Organisationsform	Der Brückendienst gehört zur Krebsliga Ostschweiz Eigene Spitexzulassung
Personal	6 Personen teilen sich 220 Stellenprozente. Es handelt sich dabei um diplomierte Pflegefachpersonen mit einer Weiterbildung in Onkologie- und Palliativpflege.
Ärztlicher Hintergrunddienst	Ja. Der Brückendienst wird unterstützt durch Oberärzte der Palliativstation des KSSG und weiteren regionalen Fachärzten, die sich wöchentlich abwechseln und jeweils 24h/24 erreichbar sind. Sie (bzw. ihre Arbeitgeber) erhalten dafür eine finanzielle Abgeltung von der Krebsliga Ostschweiz.
Einzugsgebiet	Vorerst nur Stadt St. Gallen Heute ist der Brückendienst in den Kantonen SG, AI und AR verfügbar.
Zielgruppe	Trotz Trägerschaft der Krebsliga und einer Teilfinanzierung über deren Spendeneinnahmen war von Anfang an klar, dass man sich auch an nicht-onkologische Patienten richten würde. In der Praxis kommt der Brückendienst trotzdem zu 90% bei Personen mit onkologischen Erkrankungen zum Einsatz, <i>„aber eigentlich sind wir nicht an ein Krankheitsbild gebunden“</i> (SEOP_SG).
Leistungs- beschreibung (gemäss Website)	Beratung und Begleitung der Patient/innen und deren Angehörige bei besonderen Fragestellungen der Palliativpflege zu Hause Beratung, Unterstützung und Instruktion von Spitex und Hausärzten bei komplexen Situationen einer palliativen Betreuung zu Hause (Schmerztherapie, Symptomlinderung, etc.) Kurzfristige Massnahmen der Behandlungspflege, um Hospitalisationen zu vermeiden Psychosoziale und fachliche Beratung zur individuellen, pflegerischen Gestaltung der terminalen Phase zu Hause

SEOP Bern

„Das Onkologie und Palliative Care Team (SEOP) der SPITEX BERN bietet umfassende Betreuung, Sicherheit und Orientierung für krebserkrankte Menschen zu Hause. Ein Team mit Spezialausbildung in Onkologie- und Palliativpflege steht täglich 24 Stunden zur Verfügung.“

(Website Spitex Bern)

Entstehungs- geschichte	Mitarbeiterinnen der Spitex Bern mit onkologischem Hintergrund begannen um das Jahr 2000 ein Angebot der spitalexternen Onkologiepflege auf die Beine zu stellen. Man gehörte zwar bereits damals zur Spitex Bern, gleichzeitig war der Anfang „sehr individuell, ohne grosse Verbindung, zugeschnitten auf die konkreten Mitarbeitenden, mit wenig Verbindungen zu den anderen Spitex-Organisationen unter dem Dach der Spitex Bern“ (SEOP_BE). Auf Grund der grossen Arbeitsbelastung gab es in den ersten Jahren grosse Personalschwankungen. Seit 2012/2013 besteht die SEOP der Spitex Bern aus einem stabilen Team.
Trägerschaft / Organisationsform	Die SEOP Bern ist ein Spezialdienst der Spitex Bern
Personal	Das Team der SEOP Bern besteht aus 7 Pflegefachpersonen mit Weiterbildungen in Palliative Care oder Onkologie, die sich 450 Stellenprozente teilen. Zusätzlich werden 5 Personen, die innerhalb der einzelnen Spitex-Betriebe der Stadt Bern für Palliative Care verantwortlich sind, zum Team der SEOP gezählt.
Ärztlicher Hintergrunddienst	Unterstützung durch 5 Haus- und Spitalärzte, die auf freiwilliger Basis einen ärztlichen Hintergrunddienst gewährleisten. Sie werden beigezogen, wenn der Hausarzt z.B. nachts nicht erreichbar ist oder nicht weiter weiss.
Einzugsgebiet	Einzugsgebiet der Spitex Bern (Stadt Bern) sowie teilweise auch Einsätze in den umliegenden Gemeinden
Zielgruppe	Obwohl auf der Website von „krebserkrankten Menschen“ die Rede ist, wird im Gespräch betont, dass nicht nur onkologische Patienten zur Zielgruppe gehören, dass diese in der Realität aber die weitaus grösste Gruppe sind.
Leistungs- beschreibung (gemäss Website)	Die SEOP Bern übernimmt nach ärztlicher Verordnung und in Zusammenarbeit mit dem Spitex-Basisdienst u.a. folgende Aufgaben: - die Anleitung und Übernahme von fachspezifischen Verrichtungen (Umgang mit Port-, Medikamentenpumpensystemen, Infusionen, Chemotherapie, etc.), - Abklärung des Pflegebedarfs mit Klient, Arzt, Spital, Angehörigen, - die Organisation und Koordination der an der Pflege beteiligten Dienste / Organisation und Kontakte zu unterstützenden Dienstleistungen - die Betreuung und Kontrollen von Beschwerden wie Schmerzen, Übelkeit, Müdigkeit, Angst, usw. - die Begleitung und Unterstützung in Krisensituationen und während des Sterbens, - fachspezifische Beratung und Unterstützung der Angehörigen in allen Fragen des Krankseins. - Fachspezifische Beratung und Unterstützung von Organisationen aus dem Gesundheitswesen und Schulung und Weiterbildung der Mitarbeitenden des Spitex-Basisdienstes.

SEOP Baselland

„Die Spitalexterne Onkologiepflege (SEOP BL) ist ein Angebot für Menschen und deren Angehörige mit Bedarf an spezialisierter palliativer Pflege zu Hause. Patienten und Patientinnen sollen auch in komplexen, palliativen Krankheitssituationen spezialisierte Betreuung am Ort ihrer Wahl erhalten. Die Seop BL organisiert in komplexen Situationen die Pflege zu Hause in enger Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt oder Ärztin, den regionalen Spitexorganisationen und anderen involvierten Diensten.“
(Website SEOP BL)

Entstehungs- geschichte

Es war eine Pflegefachperson, die im onkologischen Ambulatorium arbeitete, die anfangs der 1990er Jahre den Bedarf nach spitalexterner Onkologiepflege erkannte und die gemeinsam mit ihrem Mann die SEOP Baselland aufbaute. Bis 2012 war diese als Verein organisiert. Wie in Bern waren die Mitarbeitenden zu Beginn rund um die Uhr für ihre Patienten verfügbar. Auf Grund der anspruchsvollen Arbeitsbedingungen war die Personalrekrutierung schwierig. Gleichzeitig kämpfte die SEOP Baselland mit Finanzierungsproblemen, v.a. als sich mit dem neuen Krankenkassengesetz die Zuständigkeit zu den Gemeinden verschob und die bisherige Subventionierung durch den Kanton wegfiel: „Dort [in den Gemeinden] mussten wir recht kämpfen, weil die häufig gesagt haben, die Spitex solle entscheiden, ob es uns braucht. Wir mussten mit jeder einzelnen Gemeinde verhandeln und in einige Gemeinden durften wir nicht mehr hingehen, weil die Spitex es selber machen wollte. Es ging halt immer um Geld“ (SEOP_BL). Es wurde eine andere Lösung gesucht und so wurde die SEOP Baselland 2013 ins Kantonsspital Baselland integriert: „Das ist ein Win-Win-Situation. Sie sagen, sie haben uns gerettet, aber gleichzeitig haben sie sich damit auch ein Palliativangebot eingekauft“ (SEOP_BL). Die SEOP soll in Zukunft auch die Aufgaben eines spitalinternen Konsiliardienstes übernehmen. Neu ist das Personal der SEOP somit beim Spital angestellt, der Verein existiert weiterhin als Förderverein, d.h. „er nimmt Spenden entgegen und unterstützt uns ideell und finanziell“ (SEOP_BL).

Trägerschaft / Organisationsform

Seit April 2013 ist die SEOP Baselland in das Kantonsspital Baselland integriert, vorher war sie ein eigenständiger Verein. Der Verein existiert weiterhin als Förderverein.

Personal

7 Pflegefachpersonen teilen sich 400 Stellenprozente. Man ist aktuell sehr am Wachsen, um in Zukunft mit den gleichen Personen auch den spitalinternen Konsiliardienst gewährleisten zu können.

Ärztlicher Hintergrunddienst

Existiert momentan nicht, ist jedoch eine Anforderung, die ein MPCD gemäss kantonalem Konzept erfüllen muss: „Da sind wir jetzt am Überlegen, wie wir das machen wollen. Hier im Haus gibt es keine Palliativmediziner, die wir 24h abrufen können. Wahrscheinlich werden wir eine Kooperation mit dem Hospiz suchen müssen“ (SEOP_BL).

Einzugsgebiet

Kanton BL sowie einige Regionen in den angrenzenden Kantonen (AG, SO)

Zielgruppe

Zu Beginn richtete sich die SEOP Baselland ganz klar an onkologische Patienten, doch mit der Integration ins Kantonsspital entwickelt man sich immer mehr zu einem mobilen Palliative Care Dienst: „Wir lösen uns immer mehr von der Onkologie. Onkologische Patienten sind zwar weiterhin die häufigste Patientengruppe, aber auch andere werden übernommen. Das ist aber nur ein kleiner Teil und es sind v.a. neurologische Erkrankungen wie ALS. Theoretisch würden wir aber auch andere übernehmen, aber die sind wohl zu lange im Kurativen...“ (SEOP_BL).

**Leistungs-
beschrieb**

(gemäss Website)

Gespräche und Begleitung in Krisensituationen und während des Sterbens

Schmerztherapien und Massnahmen zur Linderung krankheitsbedingter

Symptome in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt oder Ärztin

Organisation und Koordination der Pflege zu Hause in Zusammenarbeit mit der örtlichen Spitex und anderen Partnerorganisationen

Medikamentenpumpe zur Symptomkontrolle, sowie Blutentnahmen, Infusionen und Transfusionen

Beratung und Unterstützung von Angehörigen, Spitexpersonal oder andern an der Pflege beteiligte Personen

Onko-Spitex Basel

„Die Mitarbeitenden der Onko-Spitex bieten eine spezialisierte Beratung und Pflege. Als Fachexperten in Palliative Care unterstützen sie Menschen auch in der letzten Lebensphase. Dabei steht die individuelle Lebensqualität des Betroffenen und seines Umfeldes im Mittelpunkt.“

(Website Spitex Basel)

Entstehungs- geschichte	Es war Hansruedi Stoll, der vor rund 25 Jahren in Basel die Initiative zur Gründung der Onko-Spitex ergriff. Dabei orientierte er sich an Vorbildern aus England, wo er studiert hatte und wo Palliative Care schon seit längerem ein Thema war. Die Onko-Spitex war vorerst als eigenständiger Verein organisiert, an dessen Aufbau auch der Onkologie Walter Waeber massgeblich beteiligt war: „Sie haben relativ hemdsärmelig einfach mal geschaut, was sie machen können“ (SEOP_BS). Als Dr. Stoll um das Jahr 2000 im Unispital die Leitung der Onkologie übernahm, stellte sich die Frage nach der weiteren Zukunft des Vereins, der auch finanziell auf wackeligen Beinen stand. Zur gleichen Zeit fand ein Konzentrationsprozess der verschiedenen Spitex-Organisationen der Stadt Basel statt und es wurde entschieden, die Onko-Spitex dort anzugliedern: „Lange Zeit war das eher ein Anhängsel und es war schwierig, eine gemeinsame Philosophie zu etablieren. Vor 10 Jahren hat man es deshalb noch mal ganz neu aufgebaut, mit einem neuen Konzept, einem neuen Team, das viel besser in die Gesamt-Spitex integriert ist“ (SEOP_BS).
Trägerschaft / Organisationsform	Spezialdienst der Spitex Basel
Personal	Zwischen drei und sechs Personen teilen sich 200 Stellenprozente. Es handelt sich um Pflegefachpersonen mit Weiterbildungen und Berufserfahrung aus der Onkologie, der Palliativpflege und der häuslichen Versorgung (Spitex).
Ärztlicher Hintergrunddienst	Nein. Die Onko-Spitex arbeitet mit dem jeweiligen Hausarzt und/oder Onkologen zusammen.
Einzugsgebiet	Basel Stadt. Einzugsgebiet der Spitex Basel.
Zielgruppe	Zu Beginn lag der Fokus ganz klar auf onkologischen Patienten. Heute richtet man sich eigentlich an alle Patienten in palliativen Situationen, nicht-onkologische Patienten sind aber immer noch selten.
Leistungs- beschreibung (gemäss Website)	Beratung und Begleitung in der Krankheit, in Krisen und während der letzten Lebensphase Schmerztherapien und Massnahmen zur Linderung krankheitsbedingter Symptome Organisation und Koordination der Pflege zu Hause, von Pflegehilfsmitteln, von Pflege in der Nacht Infusionen, Bluttransfusionen, Chemotherapien, Verabreichung künstlicher Ernährung, Instruieren und Pflegen von Kunden mit implantierten Venenkathetersystemen Beratung von Kunden/Angehörigen in Bezug auf Patientenverfügungen u.ä. Beratung und Unterstützung der Mitarbeitenden der Spitex Basel

Mobiles Palliative Care Team Voltigo

„Das Mobile Palliative Care Team Voltigo (MPCT Voltigo) hilft, die Lebensqualität von Menschen mit einer schweren und/oder unheilbaren Krankheit zu verbessern und unterstützt deren Angehörige. Wir betreuen kranke an jedem Ort, ob zu Hause, im Spital, im Pflegeheim oder in einer spezialisierten Institution.“
(Flyer Voltigo)

Entstehungs- geschichte	Voltigo war eines von drei Pilotprojekte, das von der Schweizerischen Krebsliga in einem Wettbewerb zum Thema Vernetzung ausgewählt und mit einem finanziellen Beitrag unterstützt wurde. Initiiert wurde das Projekt vom freiburger Spital und der kantonalen Krebsliga. Es umfasste verschiedene Teilprojekte, wovon das mobile Palliative Care Team eines war. Dieses startete im Oktober 2010 im Süden des Kantons. Nach Abschluss des Pilotprojekts im Jahr 2012 wurde das mobile Team als Teil der palliativen Versorgung im Kanton Freiburg weitergeführt und das Einsatzgebiet auf das gesamte Kantonsgebiet ausgeweitet.
Trägerschaft / Organisationsform	Als Sektor der Krebsliga Freiburg arbeitet das MPCT Voltigo mit einer Betriebsbewilligung und im Rahmen einer Leistungsvereinbarung der Direktion für Gesundheit und Soziales des Kantons Freiburg.
Personal	Zum Team gehören Ärzte und Ärztinnen (3 Personen, 50 Stellenprozente) und spezialisierte Pflegefachpersonen (13 Personen, 740 Stellenprozente)
Ärztlicher Hintergrunddienst	Zum Team von Voltigo gehören auch Ärzte.
Einzugsgebiet	Kanton Freiburg
Zielgruppe	Alle Menschen mit einer schweren und/oder unheilbaren Krankheit zu Hause, im Spital, im Pflegeheim oder in einer spezialisierten Institution
Leistungs- beschreibung (gemäss Flyer)	Mit anderen Fachpersonen darauf hinarbeiten, dass schwer kranke Menschen solange wie möglich am Ort ihrer Wahl verbleiben können; die Sicherheit stärken und Palliative Care leisten, wenn die Situation es erfordert; kranke Menschen in Bezug auf die letzte Lebensphase beraten; nach erfolgter Bedarfsabklärung für die Erreichbarkeit des Pflegeteams rund um die Uhr und sieben Tage pro Woche sorgen [...]; Fachleute und freiwillige Mitarbeitende im Umgang mit schweren und/oder unheilbaren Krankheiten unterstützen und beraten; komplexe Situationen in Bezug auf Symptommanagement, Sicherheit, Support für Angehörige und Selbstbestimmung evaluieren, und zwar unabhängig davon, welche Erkrankung vorliegt; Weiterbildungen oder Supervisionen für Institutionen und Fachleute des Freiburger Gesundheits- und Sozialwesens durchführen; durch die Arbeit der Palliativärzte und -ärztinnen Evaluations-, Unterstützungs- und Beratungsleistungen erbringen und dadurch zum Ausbau der Kompetenzen in der Palliativmedizin beitragen [...].

BEMSP BEJUNE

„L'Equipe mobile en soins palliatifs BEJUNE (EMSP BEJUNE) est une équipe de consultants spécialisés intervenant à la demande des professionnels de la santé et du social pour leur apporter un soutien dans les situations palliatives.“
(Website EMSP BEJUNE)

Entstehungs- geschichte	Während im Kanton Neuenburg bereits seit 2000 die <i>Equipe mobile de la Chrysalide</i> existierte, gab es im Kanton Jura und im Berner Jura bislang noch keinen mobilen Palliative Care Dienst. Erste Überlegungen, einen interkantona- les Dienst auf die Beine zu stellen, kamen ca. 2008 auf. 2009 wurde ein Pro- jekt-leiter engagiert, der ein entsprechendes Konzept erarbeiten sollte. Im Sep- tember 2011 gründeten die Regierungsräte bzw. Minister für Gesundheit der drei Kantone den Verein EMSP BEJUNE. Die Umsetzung der EMSP dauerte ein weiteres Jahr, bis die EMSP BEJUNE im September 2012 ihre Tätigkeit aufneh- men konnte.
Trägerschaft / Organisationsform	Die EMSP BEJUNE ist als Verein organisiert. Träger des Vereins sind die drei Kantone BE, JU und NE, vertreten durch den jeweiligen Regierungsrat bzw. Mi- nister für Gesundheit (und Soziales). Die EMPS verfügt über drei Antennen in den drei Kantonen.
Personal	Zum Team gehören insgesamt 5 spezialisierte Pflegefachpersonen (330 Stel- lenprozente) und drei Ärzte mit Teilzeitpensum. Das Personal ist auf die drei Antennen in den drei Kantonen aufteilt.
Ärztlicher Hintergrunddienst	Zum Team der EMSP BEJUNE gehören auch Ärzte.
Einzugsgebiet	Kanton Jura, Kanton Neuenburg und Berner Jura.
Zielgruppe	Alle Menschen mit einer schweren und/oder unheilbaren Krankheit zu Hau-se, im Spital, im Pflegeheim oder in einer spezialisierten Institution
Leistungs- beschreibung (gemäss Website)	Contribuer par des activités de conseil, d'orientation, de consultance, de for- mation auprès des professionnels de la santé et du social à offrir des soins palliatifs répondant aux critères de qualité, de proximité et d'économie. Favoriser le maintien de patients à domicile, en EMS, dans les institutions so- cio-éducatives et prévenir, dans la mesure du possible, le besoin de recourir à une hospitalisation. Aider à assurer la continuité des soins aux patients en contribuant à relier les différents partenaires et associés du réseau socio-sanitaire. Soutenir les équipes de soins confrontées à des situations palliatives com- plexes. Participer au développement des compétences en soins palliatifs des profes- sionnels, tant par la collaboration sur le terrain que par des activités de forma- tion.

Anhang 2: Liste der Interviews

Interviews mit Vertretern und Vertreterinnen der SEOP:

S_1SG	Palliativer Brückendienst der Krebsliga Ostschweiz
S_2BE	SEOP Bern
S_3BL	SEOP Baselland
S_4BS	Onkospitex Baselland
S_5FR	Voltigo
S_6NE	EMSP BEJUNE

Interviews mit Personen mit einer Aussenperspektive:

A_1S	Vertreterin Spitex Deutschschweiz
A_2S	Vertreterin Spitex Deutschschweiz
A_3S	Vertreter Spitex Westschweiz
A_4E	Expertin Palliative Care
A_5E	Expertin Case Management
A_6A	Angehörige Deutschschweiz
A_7M	Hausarzt Deutschschweiz
A_8M	Hausarzt Westschweiz

Anhang 3: Ergebnisse der Online-Erhebung

Von den 41 Personen, die an der Online-Erhebung teilgenommen haben, haben 29 Personen den deutschsprachigen und 12 Personen den französischsprachigen Fragebogen ausgefüllt. Es handelt sich dabei – wie es den Vorgaben entspricht – hauptsächlich um Mitarbeitende einer SEOP oder eines MPCD. In der Deutschschweiz haben mit einer Ausnahme nur Pflegefachpersonen den Fragebogen beantwortet, in der Westschweiz sind auch Ärzte vertreten.

F1: Ich bin/war ein einer SEOP oder in einem MPCD tätig. / Je travaille/travaillais dans une EMSP.

	D	F	Total
Ja/Oui	27	11	38
Nein/Non	2	1	3
Total	29	12	41

F2: Ich bin... / Je suis...

	D	F	Total
Pflegefachperson / Infirmier/Infirmière	28	8	35
Arzt/Ärztin / Medecin	0	4	4
Sonstiges (Geschäftsleitung)	1	0	1
Total	29	12	41

Im französischen Fragebogen wurde die Frage gestellt, ob der Begriff SEOP bekannt ist? Nur zwei Personen haben dies bejaht.

In der deutschen Version lautete die Frage wie folgt:

F3: Für mich gibt es einen Unterschied zwischen SEOP und MPCD.

	D
Ja	22
Nein	4
Weiss nicht	3
Total	28

Diejenigen, die Frage 3 mit Ja beantwortet haben, wurden gefragt, worin der Unterschied zwischen SEOP und MPCD besteht. Die wichtigsten Antworten lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- SEOP richtet sich nur/v.a. an onkologische Patienten /
MPCD richtet sich an alle Menschen in palliativen Situationen (5 Nennungen)
- SEOP ist Pflegedienst, aus Spitex heraus /
MPCD ist interprofessionell (4 Nennungen)
- SEOP ist direkt pflegerisch tätig (1. Linie) /
MPCD ist 2. Linien-Dienst (7 Nennungen)
- SEOP ist 2. Linien-Dienst /
MPCD ist stärker auch in Pflege involviert (2 Nennungen)
- SEOP bietet nicht nur Palliative Care, sondern richtet sich an onkol.
Patienten in allen Stadien der Erkrankung (5 Nennungen)

F4: Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen oder nicht. / Veuillez svp indiquer dans quelle mesure vous adhérez ou non aux énoncés suivants.

	Absolut einverstanden / Je suis complètement d'accord		Stimme ich eher zu / Je suis plutôt d'accord		Stimme ich her nicht zu / Je ne suis plutôt pas d'accord		Auf keinen Fall / Je ne suis pas d'accord du tout		Weiss nicht / Je ne sais pas	
SEOP und MPCD sind in einer guten Position, um bei der Koordination der Versorgung schwerkranker Menschen in komplexen und instabilen Positionen eine Führungsrolle zu übernehmen. La position des EMSP leur permet d'occuper une fonction de gestion de la coordination de la prise en charge de personnes gravement malades dans des situations complexes et instables.	19	22	5	10	1	1	1	2	0	0
	3		5		0		1		0	
SEOP/MPCD haben einen Beratungsauftrag, sie sollen hauptsächlich konsiliarisch tätig sein (in 2. Linie). Primäre Ansprechperson für Patienten und Angehörige bleiben andere Fachpersonen. Les EMSP ont une mission de consultance et doivent avoir principalement une activité de deuxième ligne. Les premiers répondants pour les patients et les proches restent les autres intervenants.	5	10	5	9	13	13	3	3	0	0
	5		4		0		0		0	
Damit SEOP/MPCD Patienten und Angehörige gut unterstützen können, braucht es den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung. Afin que les EMSP puissent bien soutenir les patients et les proches, il est nécessaire qu'elles développent une relation de confiance avec eux.	22	27	2	6	1	2	0	0	0	0
	5		4		1		0		0	
Der Koordinationsauftrag von SEOP und MPCD wird von den anderen Leistungserbringern (im Spital, Hausärzte, Basis-Spitex) anerkannt. La mission de coordination des EMSP est reconnue par les autres prestataires (hôpitaux, médecins de famille, services d'aide et de soins à domicile).	5	7	14	18	7	7	0	2	0	0
	2		4		0		2		0	
SEOP und MPCD müssen sich weiterentwickeln und viel stärker eigenständig umfassende Versorgungs- und Koordinationsleistungen erbringen. Les EMSP doivent se développer et fournir, de manière autonome, plus de prestations de prise en charge et de coordination globales.	9	11	10	16	3	4	3	3	3	3
	2		6		1		0		0	
SEOP und MPCD sind meist „Lückenfüller“ der Grundversorgung, d.h. sie übernehmen diejenigen Aufgaben, die von anderen Diensten und Fachpersonen nicht erbracht werden können. Les EMSP sont généralement les « bouche-trous » des soins de base, à savoir qu'elles assument les tâches que les autres services et intervenants ne peuvent pas fournir.	2	2	8	9	8	10	5	12	2	2
	0		1		2		7		0	

Die Zusammenarbeit und Arbeitsteilung zwischen SEOP/MPCD und Regelversorgung funktioniert i.d.R. gut.	1	1	19	26	2	4	1	1	2	2
La collaboration et la répartition des tâches entre les EMSP et les prestataires de soins de base fonctionnent généralement bien.	0		7		2		0		0	

F5: In der Praxis ist es notwendig, dass SEOP/MPCD in gewissen Situationen den Lead übernehmen. / Dans la pratique, il est nécessaire que les EMSP prennent le Lead dans certaines situations.

	D	F	Total
Ja/Oui	25	9	34
Nein/Non	1	2	3
Total	26	11	37

Bei der Frage, wann das der Fall ist, ist hauptsächlich die Rede von „komplexen und instabilen Situationen“, die sich z.B. dadurch kennzeichnen, dass

- viele verschiedene Dienste und Personen involviert sind;
- komplexes Symptommanagement erforderlich ist;
- es sich um eine terminale Situation handelt;
- die Situation sich rasch verändert/verändern kann;
- der Bedarf die Strukturen und Möglichkeiten der Grundversorgung sprengt.

F6: Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen oder nicht. / Veuillez svp indiquer dans quelle mesure vous adhérez ou non aux énoncés suivants.

	Absolut einverstanden / Je suis complètement d'accord		Stimme ich eher zu / Je suis plutôt d'accord		Stimme ich her nicht zu / Je ne suis plutôt pas d'accord		Auf keinen Fall / Je ne suis pas d'accord du tout		Weiss nicht / Je ne sais pas	
Die Bevorzugung von 2. Linien-Diensten (im Gegensatz zu 1. Linien-Diensten) in der Nationalen Strategie Palliative Care ist richtig, weil sie dem Gebot von Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit entspricht.	7	10	7	12	4	6	3	3	4	4
Favoriser les services de deuxième ligne (et non ceux de première ligne) dans la stratégie nationale en matière de soins palliatifs est juste, parce que cela répond aux besoins d'efficacité, d'utilité et de rentabilité.	3		5		2		0		0	
Die nationale Palliative Care-Strategie stärkt SEOP und MPCD.	5	7	12	18	1	2	1	1	6	7
La stratégie nationale en matière de soins palliatifs renforce les EMSP.	2		6		1		0		1	