



KANTON AARGAU

**DEPARTEMENT
GESUNDHEIT UND SOZIALES**
Abteilung Gesundheit

Grundlagenbericht Palliative Care

Kanton Aargau 2022

Inhaltsverzeichnis

1. Ausgangslage	4
2. Strategie Palliative Care	5
3. Ergebnis und Vorgehen	6
4. Grundlagen	8
4.1. Palliative Care	8
4.2. Vulnerable Personengruppen	9
4.3. Gesundheitspolitische Bedeutung	10
4.3.1. Nationale Ebene	10
4.3.2. Kantonale Ebene	11
4.4. Palliative Care in anderen Kantonen	12
4.5. Versorgungsstrukturen	12
4.6. Bedarf	16
4.6.1. Aktuelle Situation	16
4.6.2. Zukünftige Entwicklung	18
4.6.3. Bedarf an Palliative Care	19
4.7. Finanzierung	21
5. Aktuelle Angebotsstruktur	24
5.1. Sensibilisierung und Information	24
5.1.1. Ausgangslage	24
5.1.2. Finanzierung	25
5.1.3. Handlungsbedarf	26
5.2. Versorgung	26
5.2.1. Akutstationäre Versorgung	26
5.2.2. Stationäre Langzeitversorgung	30
5.2.3. Ambulante Langzeitversorgung	35
5.2.4. Ärztliche Grundversorger/innen	40
5.2.5. Angebote im Bereich der spirituellen Dimension	42
5.2.6. Koordination und Vernetzung	44
5.3. Qualität	47
5.3.1. Ausgangslage	47
5.3.2. Finanzierung	50
5.3.3. Handlungsbedarf	50
5.4. Bildung	50
5.4.1. Ausgangslage	50
5.4.2. Finanzierung	52
5.4.3. Handlungsbedarf	52

6. Handlungsschwerpunkte	54
6.1. Handlungsfeld A: Sensibilisierung und Information	54
6.2. Handlungsfeld B: Versorgung	55
6.3. Handlungsfeld C: Qualität	57
6.4. Handlungsfeld D: Bildung	58
6.5. Zusammenfassung der Massnahmen mit Kostenübersicht	59
6.5.1. Massnahmen der Priorität 1	59
6.5.2. Massnahmen der Priorität 2	60
6.5.3. Massnahmen der Priorität 3	60
6.5.4. Zusammenfassung der Massnahmen	61
7. Umsetzung und Evaluation	62
8. Literaturverzeichnis	63
9. Abkürzungsverzeichnis	67
10. Anhang	68
10.1. Arbeitsgruppen und Teilnehmende	68

1. Ausgangslage

Am 19. Juni 2018 wurde die (18.5) Motion Sigg betreffend Erarbeitung eines neuen Konzepts Palliative Care überwiesen. Aufgrund der Vielfalt der Leistungen sowie der unterschiedlichen Ausgestaltung, Verbindlichkeit und Finanzierung hat der Regierungsrat die Notwendigkeit für ein kantonales Konzept Palliative Care anerkannt. Der Regierungsrat bewilligte in der Folge für die Umsetzung des Projekts «Konzept Palliative Care» eine auf zwei Jahre befristete Projektstelle.

Palliative Care war als Strategie 18 bereits Teil der Gesundheitspolitischen Gesamtplanung (GGpl) 2010. Der Kanton stellte damit sicher, dass die Palliativmedizin und -pflege in den Organisationen implementiert wird und ein angemessenes Angebot an spezialisierten Leistungserbringern besteht. Er verpflichtete die Institutionen auf der Spital- und Pflegeheimliste dazu, Palliative Care sicherzustellen. Um die «Nationale Strategie Palliative Care» umzusetzen, hat das Departement Gesundheit und Soziales (DGS) im Jahr 2012 entschieden, ein kantonales Palliative-Care-Konzept zu erarbeiten. Das entsprechende Konzept, das 2015 fertiggestellt wurde, führte einerseits zu einer Leistungsvereinbarung mit dem Verein «palliative aargau» (Führen einer Anlaufstelle Palliative Care, Öffentlichkeitsarbeit, Durchführung von Fachtagungen und Anlässen, Koordination der Vergabe von Weiterbildungsbeiträgen) und zur Ausrichtung von Weiterbildungsbeiträgen im Bereich Palliative Care. Andererseits wurde der Verein «palliative aargau» mandatiert, den Spitetex Verband Aargau mit dem Führen einer Fachstelle «Entwicklung der ambulanten spezialisierten Palliative Care Pflege Aargau» zu beauftragen. Diese Leistungen wurden in der Einführungsphase 2015–2018 im Sinne einer Anschubfinanzierung über den Swisslos-Fonds finanziert. Für die Jahre 2019–2021 wurden die beschriebenen Leistungen durch die Weiterführung der Leistungsvereinbarungen mittels Verpflichtungskredit erneut unterstützt.

Im Kanton Aargau werden aktuell Leistungen im Bereich Palliative Care von der öffentlichen Hand unterstützt, aber auch von privater Seite angeboten. Der Regierungsrat anerkennt mit dem Grundlagenbericht und dem darauf basierenden Konzept die gesellschaftspolitische Bedeutung des Themas und das grosse Engagement der in diesem Bereich tätigen Akteure. Mit dem Konzept fördert der Kanton Aargau Palliative Care gemeinsam mit den zentralen Akteuren im Gesundheitswesen mit dem Ziel, Versorgungslücken zu schliessen und eine flächendeckende, bedarfsgerechte und qualitativ gute Palliative-Care-Versorgung sicherzustellen.

2. Strategie Palliative Care

Durch das Konzept erfolgt, unter Einschluss und Mitwirkung zentraler Akteure, eine transparente und zielgerichtete Orientierung und zwar durch die definierten Handlungsfelder, Ziele und Massnahmen. Als konzeptuelle Grundlage zu Palliative Care ist dies eine wichtige Basis für die Definition, den Auf- und Ausbau von Angeboten und Aktivitäten. Dabei orientiert sich das kantonale Konzept Palliative Care 2022 an der Situation, den Problemstellungen und dem Bedarf der betroffenen Personen unabhängig ihres Alters, ihrer Erkrankungsart oder ihres Hintergrunds. Die Angehörigen sowie die nahestehenden Bezugspersonen von Betroffenen sind ebenfalls eingeschlossen. Daraus ergibt sich die folgende Strategie des kantonalen Konzepts Palliative Care 2022:

Der Kanton Aargau gewährleistet den niederschweligen und flächendeckenden Zugang zu Palliative-Care-Angeboten. Er stellt die Finanzierung und Qualität von ganzheitlichen Palliative-Care-Leistungen über die ganze Versorgungskette sicher.

Das Konzept Palliative Care Kanton Aargau 2022 baut auf bestehenden Grundlagen auf: Es entspricht der «Nationalen Strategie Palliative Care» sowie den nationalen Leitlinien zur Palliative Care. Beide Dokumente dienen als Wegweiser und als Grundlage für das kantonale Konzept. Der vor vier Jahren erarbeitete Entwurf des kantonalen Konzepts Palliative Care 2015 wurde mit folgendem neuen Konzept weiterentwickelt. Ebenso wurden diverse bereits vorhandene Konzepte und Definitionen von Verbänden mitberücksichtigt.

3. Ergebnis und Vorgehen

Als Ergebnis des Entwicklungsprozesses gingen zwei Dokumente hervor, die beide gemeinsam mit den Akteuren im Bereich Palliative Care im Kanton Aargau erarbeitet wurden und breit abgestützt sind: Zum einen ist dies der ausführliche Grundlagenbericht Palliative Care Kanton Aargau und zum anderen das übersichtliche Konzept Palliative Care Kanton Aargau 2022. Die Dokumente zeigen die aktuellen und in der Vergangenheit gewachsenen Strukturen und deren Kosten sowie Finanzierung im Bereich Palliative Care. Zudem wird der Handlungsbedarf beschrieben und anhand von Handlungsfeldern, Zielen und Massnahmen ausdifferenziert. Damit werden Lücken und Verbesserungsmöglichkeiten aufgezeigt und Vorschläge zur Umsetzung gemacht. Die Dokumente dienen als Grundlage für die kantonale Massnahmen- und Angebotsplanung und die darauffolgende Umsetzung.

Die Erarbeitung des kantonalen Konzepts Palliative Care dauerte von August 2019 bis Juli 2021. Nach einer Phase der Einarbeitung, Vernetzung und Projektplanung (Aufgaben- und Zeitplanung, Umfeldanalyse) erfolgte Ende Oktober 2019 die Projektinitiierung im Rahmen der Beratungssitzung von «palliative aargau». Dabei wurde das konkrete Vorgehen präsentiert, Erwartungen der Akteure abgeholt und der Handlungsbedarf sowie mögliche Massnahmen im Rahmen eines Workshops entwickelt und diskutiert. Von November 2019 bis März 2020 erfolgten eine wissenschaftliche Recherche und die Vorbereitung einer breit angelegten Online-Befragung.

Diese Online-Befragung wurde schliesslich vom 24. März bis 24. April 2020 durchgeführt. Von 1'410 angeschriebenen Personen aus den Bereichen Spital (Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation), Pflegeheime, Heime für Menschen mit Beeinträchtigungen¹, Spitex-Organisationen, ärztliche Grundversorger/innen, Fach- und Anlaufstellen im Bereich Palliative Care, Entlastungs-, Begleit- und Besuchsdienste sowie Seelsorge, Verbände/Vereinigungen und Gemeinden antworteten 387 Personen (27,4 %). Im Mai und Juni 2020 erfolgte die Auswertung und Darstellung der Resultate in einem umfassenden Ergebnisbericht. Zudem wurde ein Kurzbericht über einen Teil der Resultate angefertigt und an die 1'410 Personen verschickt, die zur Online-Umfrage eingeladen worden waren.

¹ Die Befragung wurde zusammen mit dem Departement Bildung, Kultur und Sport, Abteilung Sonderschulung, Heime und Werkstätten, durchgeführt.

Aufgrund der Online-Befragung konnten für das Themenfeld Palliative Care zentrale Handlungsbereiche identifiziert werden. Diese Handlungsbereiche wurden 70 ausgewählten Expertinnen und Experten aus allen Versorgungssettings oder Bereichen mit Verknüpfung zu Palliative Care vorgelegt. Mittels einer erneuten Online-Umfrage (10. bis 29. Juli 2020) konnten die Expertinnen und Experten eine Priorisierung dieser Handlungsbereiche vornehmen (Rücklaufquote 66 %). Den folgenden drei Handlungsbereichen wurde eindeutig die höchste Wichtigkeit beigemessen:

- Versorgung: Heterogener Zugang zur palliativmedizinischen Versorgung (durch Ärztinnen und Ärzte) in der Langzeitpflege
- Qualität: Unklare Anforderungen hinsichtlich der spezialisierten Palliative Care im Langzeitbereich
- Finanzierung: Finanzierungslücken und finanzielle Fehlanreize in der Palliative Care.

Die Ausdifferenzierung dieser Themen erfolgte im Rahmen von verschiedenen Arbeitsgruppen, die sich mehrmals von Oktober bis Dezember 2021 trafen. Eine weitere Arbeitsgruppe hat sich zusätzlich mit den übergeordneten und strategischen Zielsetzungen des Konzepts auseinandergesetzt und gleichzeitig mit dem Querschnittsthema Palliative Care innerhalb der neuen gesundheitspolitischen Gesamtplanung (GGpl)².

Die Erarbeitung von Grundlagenbericht und Konzept wurde bereits zu Beginn der Konzeptentwicklung im August 2019 aufgenommen. Ein erster Entwurf beider Dokumente wurde schliesslich nach Abschluss der Arbeit in den Arbeitsgruppen per Ende Januar 2019 erstellt und einer internen Begutachtung unterzogen. Danach wurde vom 19. März bis 23. April 2021 eine Konsultation des Konzepts und des Grundlagenberichts durchgeführt. Die beiden Dokumente wurden in überwiegender Masse als positiv beurteilt, was die folgende Abbildung zeigt.

Abbildung 1: Gesamteindruck des Grundlagenberichts und des Konzepts Palliative Care 2022 durch die Leistungserbringer/innen (N=160)



Aus der Konsultation hervorgegangene Rückmeldungen und Anregungen wurden evaluiert und eingearbeitet. Der Grundlagenbericht Palliative Care und das Kantonale Konzept Palliative Care 2022 wurden schliesslich per Ende Juli 2021 fertiggestellt.

² Die Teilnehmenden der Arbeitsgruppen finden sich im Anhang auf Seite 65.

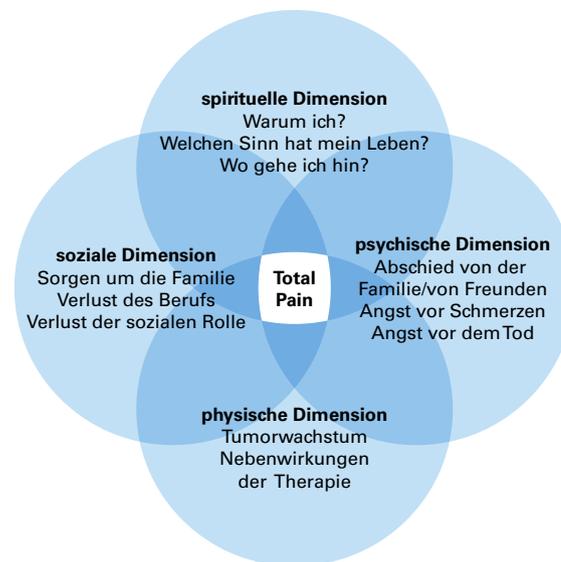
4. Grundlagen

4.1. Palliative Care

Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Betroffenen, ihren Angehörigen und nahestehenden Bezugspersonen, die mit Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen und/oder chronischen Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, die sorgfältige und gewissenhafte Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderer belastender Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.³ Die vier Dimensionen einer palliativen Situation zeigen sich im Rahmen des Total-Pain-Modells:

Quelle Abbildung 2:
Gerhard, C. (2015). Praxiswissen Palliativmedizin. Konzepte für unterschiedlichste palliative Versorgungssituationen. Stuttgart: Theme.

Abbildung 2: Total-Pain-Modell nach Cicely Saunders



Bei Palliative Care handelt es sich um einen interdisziplinären Ansatz, der medizinische Behandlung, pflegerische Interventionen sowie psychologische, soziale und spirituelle Unterstützung miteinschliesst.⁴

In palliativen Lebenssituationen wird Palliative Care idealerweise früh und ergänzend zur Kuration einbezogen, wobei bei einer Verschlechterung des Zustandes die palliativen Anteile je nach Bedarf der betroffenen Person zunehmen. Palliative Care ist ein ganzheitliches Konzept zur Betreuung, Behandlung und Begleitung von schwerkranken und sterbenden Menschen. Die Angehörigen und nahestehende Bezugspersonen werden ebenfalls begleitet und mitbetreut. Es ist als Querschnittsthema in allen Versorgungsbereichen zu verorten. Charakteristisch für Palliative Care ist das multiprofessionelle Team, das aus verschiedenen Fachpersonen (Medizin, Pflege, Soziale Arbeit, Psychologie, Seelsorge usw.) besteht und auch Freiwillige unter Berücksichtigung ihrer Kompetenzen und Aufgaben miteinschliesst. Angehörige und nahestehende Bezugspersonen sind wichtige Partner des Palliative-Care-Teams. Die Vernetzung und Koordination aller an der Betreuung und Begleitung von Betroffenen beteiligten Personen ist ein entscheidendes Element der interprofessionellen Zusammenarbeit und zentral für die Qualität der Versorgung.

3 Sinngemäss nach der Definition von Palliative Care der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aus dem Jahr 2002.

4 Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (2014). Nationale Leitlinien Palliative Care (aktualisierte Version).

Palliative Care kommt bei vielen unterschiedlichen fortschreitenden Erkrankungen mit eingeschränkten Heilungschancen zum Einsatz und bezieht sich nicht ausschliesslich auf bestimmte Krankheitsbilder. Palliative Care verfolgt den Zweck, dass Betroffene in der letzten Phase des Lebens besser leben, weniger an belastenden Symptomen durch ihre Erkrankung leiden und selbstbestimmt entscheiden können, wo sie die letzte Lebenszeit verbringen und wie sie diese gestalten möchten.

4.2. Vulnerable Personengruppen

Vulnerable Personengruppen im Bereich der Palliative Care sind insbesondere Kinder und Jugendliche, Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen, Menschen mit psychischen Erkrankungen und Menschen mit Migrationshintergrund. Sie weisen in der Regel spezifische Probleme und Bedürfnisse auf, haben aber keinen oder einen schlechten Zugang zur Gesundheitsversorgung oder es fehlen für diese Personengruppen bedarfsgerechte Angebote. Um diesen vulnerablen Personengruppen den Zugang zu qualitativ guten Palliative-Care-Angeboten zu ermöglichen, sind spezielle Kompetenzen und Leistungen gefragt. Die folgende Tabelle zeigt für die vulnerablen Personengruppen die Lücken sowie Handlungsempfehlungen⁵.

Quelle Tabelle 1: Amstad, H. (2020). Palliative Care für vulnerable Patientengruppen. Konzept zuhanden der Plattform Palliative Care des Bundesamtes für Gesundheit (BAG).

Tabelle 1: Versorgungslücken und Handlungsempfehlungen für vulnerable Personengruppen im Bereich Palliative Care

Wer	Versorgungslücke	Handlungsempfehlung
alle vulnerablen Personengruppen	mangelhaftes Wissen der Fachpersonen im Gesundheitswesen	Aus-, Weiter- und Fortbildung in Palliative Care
	ungelöste Finanzierungsfragen	systematische Datenerfassung zu Bedarf und Leistungserbringung in Palliative Care
	dürrtige Datenlage	Klärung und Regelung von Finanzierungsfragen
	mangelnde Respektierung des Patientenwillens	Förderung der gesundheitlichen Vorausplanung
Kinder und Jugendliche Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen	unbefriedigende Angebotsstruktur	Bereitstellung von überregionalen Angebotsstrukturen in ausgewählten Bereichen
Personen mit Migrationshintergrund	ungenügender Zugang zur Gesundheitsversorgung	erleichterter Zugang zur Gesundheitsversorgung
Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen Menschen mit psychischen Erkrankungen	fehlende interprofessionelle Zusammenarbeit	Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit

⁵ Amstad, H. (2020). Palliative Care für vulnerable Patientengruppen. Konzept zuhanden der Plattform Palliative Care des BAG.

4.3. Gesundheitspolitische Bedeutung

4.3.1. Nationale Ebene

Palliative Care hat, als integriertes Versorgungsmodell mit kostendämpfender Wirkung⁶, auf Bundesebene bereits seit 2008 eine verstärkte Bedeutung. Das damals gegründete «Nationale Fördergremium Palliative Care» mit rund 60 Expertinnen und Experten ermittelte erstmals den Handlungsbedarf im Bereich Palliative Care. Der Bundesrat und die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) verabschiedeten im Oktober 2009 die «Nationale Strategie Palliative Care 2010–2012»⁷. Die Nationale Strategie wurde daraufhin im Jahr 2012 bis ins Jahr 2015 verlängert⁸. Mit der Nationalen Strategie Palliative Care legten Bund und Kantone fest, Palliative Care zu verankern. In der Folge wurde angeregt, dass die Kantone mit eigenen Konzepten im Sinne der Nationalen Strategie sicherstellen, dass alle Menschen Zugang zu bedarfsgerechten und qualitativ guten Palliative-Care-Angeboten haben.

Im Jahr 2015 wurde beschlossen, die Strategie in eine Plattform zu überführen. Diese wurde schliesslich 2017 lanciert. Die Plattform hat den Auftrag, den Erfahrungs- und Wissensaustausch zwischen den involvierten Akteuren zu fördern und zentrale Fragestellungen zu bearbeiten. Die Nationale Strategie als auch die Plattform haben bewirkt, dass das Wissen und die Bedeutung von Palliative Care gewachsen sind und sich verschiedene zusätzliche Palliative-Care-Angebote entwickelt haben.

Neben dem 2011 vom Schweizerischen Nationalfonds (SNF) lancierten Nationalen Forschungsprogramm «Lebensende» (NFP 67) mit einer Forschungsphase von 2012 bis 2017 ist das im April 2018 von der ständerätlichen Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK-SR) eingereichte und im Juni 2018 an den Bundesrat überwiesene Postulat 18.3384 «Bessere Betreuung und Behandlung von Menschen am Lebensende» von zentraler Bedeutung. Der im September 2020 erschienene Postulatsbericht⁹, der auf den erarbeiteten Grundlagen der Nationalen Strategie, der Plattform Palliative Care sowie den Ergebnissen des NFP 67 basiert, schlägt die folgenden elf Massnahmen vor:

1. Sensibilisierung und vorausschauende Auseinandersetzung mit dem Lebensende fördern

- a) Ständige Arbeitsgruppe «Gesundheitliche Vorausplanung» einsetzen

2. Menschen in der letzten Lebensphase und ihre Angehörigen angemessen unterstützen

- a) Projekt «Zugang zur allgemeinen Palliative Care» lancieren und umsetzen
- b) Austauschformat für die strukturierte Zusammenarbeit erarbeiten
- c) Regionale/kantonale Informations- und Beratungsstellen «Letzte Lebensphase» bezeichnen

6 BAG (2011): Kosteneffektivität von Palliative Care. Literaturanalyse. Stand 15. September 2011.

7 BAG und GDK (2009). Nationale Strategie Palliative Care 2010–2012.

8 BAG und GDK (2012). Nationale Strategie Palliative Care 2013–2015.

9 BAG (2020). Bessere Betreuung und Behandlung von Menschen am Lebensende. Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates 18.3384 der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates (SGK-SR) vom 26. April 2018.

3. **Behandlung und Betreuung von Menschen mit einer komplexen Symptomatik in der letzten Lebensphase verbessern**
 - a) Angebote der spezialisierten Palliative Care definieren
 - b) Neuregelung der Vergütung von Hospizstrukturen prüfen
 - c) Spitalexterne mobile Palliativdienste fördern
 - d) Konzept «Palliative Care für spezifische Patientengruppen» erarbeiten und umsetzen
 - e) Empfehlungen an die Kantone für eine integrierte Palliative-Care-Versorgung formulieren
 - f) Abgeltung von palliativmedizinischen Leistungen im akutstationären Bereich sicherstellen

4. **Koordination und Vernetzung auf nationaler Ebene sicherstellen**
 - a) Nationale Plattform Palliative Care weiterführen

Die Massnahmen sollen dazu beitragen, dass Sterben und Tod als Bestandteil des Lebens und Palliative Care als Bestandteil der Gesundheitsversorgung anerkannt werden. Vor allem in Bezug auf die Massnahmen unter dem Thema 3 «Behandlung und Betreuung von Menschen mit einer komplexen Symptomatik in der letzten Lebensphase verbessern» reichte im Oktober 2020 die ständerätliche Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit die Motion 20.4264 «Für eine angemessene Finanzierung der Palliative Care» ein.

4.3.2. Kantonale Ebene

Auch in der Gesundheitspolitischen Gesamtplanung (GGpl) des Kantons Aargau von 2010 kommt dem Thema Palliative Care als eigenständigem strategischem Schwerpunkt bereits entsprechende Bedeutung zu. Dabei wurde der Fokus auf die Verankerung von Palliative Care in den Organisationen gelegt und die Sicherstellung spezialisierter Angebote durch den Kanton explizit festgeschrieben¹⁰. Palliative Care wird als Thema ebenfalls in den Leitsätzen zur Alterspolitik im Kanton Aargau aufgegriffen, wobei pflegebedürftige und sterbende Menschen Solidarität und Würde erfahren sollen (Leitsatz 3)¹¹. Insbesondere zu erwähnen ist an dieser Stelle auch der 2015 fertiggestellte Entwurf eines kantonalen Konzepts Palliative Care, das zu Massnahmen in den Bereichen «Sensibilisierung und Information» (Anlaufstelle beim Verein «palliative aargau»), «Bildung» (Unterstützung der Weiterbildung im Bereich Palliative Care) und «ambulante, spezialisierte Palliative Care» (Fachstelle beim Spitex Verband Aargau) geführt hat.

Als eigenständiges Thema wird Palliative Care auch in der sich in Planung und Vorbereitung befindenden neuen GGpl geführt. Die neue GGpl wird die strategischen Ziele und Grundsätze des Gesundheitswesens enthalten und dient der Verwaltung und Politik als Richtlinie und Planungsinstrument. Über allem steht in der neuen GGpl das Ziel einer integrierten, digital-vernetzten, qualitativ-hochstehenden und finanzierbaren Spital- und Gesundheitslandschaft. Zu den Themenschwerpunkten der neuen GGpl gehören u. a. diverse Themen zur Gesundheitsversorgung, die Fachkräfte, das Rettungswesen, die individuelle Prämienverbilligung oder eben Palliative Care.

¹⁰ Kanton Aargau, Departement Gesundheit und Soziales (DGS) (2010). Gesundheitspolitische Gesamtplanung (GGpl) 2010. Themenbereich 18: «Palliative Care».

¹¹ Kanton Aargau, Departement Gesundheit und Soziales (DGS), Fachstelle Alter (2013). Leitsätze zur Alterspolitik im Kanton Aargau.

Das vorliegende kantonale Konzept und der Grundlagenbericht Palliative Care, deren Erarbeitung auf einer Motion aus dem Grossen Rat basieren, dienen als Basis für die kantonale Massnahmenplanung und -umsetzung im Bereich Palliative Care.

4.4. Palliative Care in anderen Kantonen

Zur Beurteilung des Palliative-Care-Angebots in anderen Kantonen dienen hauptsächlich die vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) und der GDK im Jahr 2013 durchgeführte Erhebung¹² und die im Jahr 2019 im Auftrag des BAG durchgeführte Studie¹³ zu diesem Thema. Dabei wird festgehalten, dass gesamtschweizerisch in den Jahren 2013 bis 2019 ein Ausbau der Angebote stattgefunden hat¹³. Gesetzliche oder konzeptuelle Grundlagen zu Palliative Care waren im Jahr 2019 in den meisten Kantonen vorhanden, wobei diese als wichtige Grundlage für den Auf- und Ausbau von Angeboten im Bereich der Palliative Care gelten. Die Versorgungsdichte ist je nach Kanton unterschiedlich, wobei kleinere und ländliche Kantone seltener eigene Angebote bereitstellen. Während sich mobile Palliative-Care-Dienste über alle Kantone erstrecken, sind Angebote der spezialisierten stationären Langzeitversorgung (spezialisierte Heime) auf den nordöstlichen Teil der Schweiz und das Tessin begrenzt¹³. Versorgungslücken wurden vor allem im Bereich der spezialisierten Palliative Care verortet und insbesondere in der Langzeitpflege. Die Förderung der Palliative Care liegt vor allem im Bereich der Sensibilisierung und Öffentlichkeitsarbeit und in der Koordination von Angeboten oder auch im Bereich der Weiterbildung, Unterstützung von Angehörigen und im Bereich der generellen Erweiterung der Angebote.

4.5. Versorgungsstrukturen

Auf Basis des Rahmenkonzepts Palliative Care¹⁴ werden drei Ebenen der Palliative Care unterschieden: Eine gesellschaftliche Ebene, bei der es um die Bedürfnisse der Menschen nach Information, Befähigung und Beratung zum Thema Palliative Care geht, damit im Bedarfsfall vorausschauend mit einer palliativen Situation umgegangen werden kann. Diese Ebene bezweckt die Schaffung eines Palliative-Care-Verständnisses in der Gesellschaft und zielt nicht auf Betroffene in einer Palliativsituation, während sich die anderen beiden Ebenen auf Leistungen der Grundversorgung (allgemeine Palliative Care, APC) und der spezialisierten Versorgung (spezialisierte Palliative Care, SPC) beziehen. Gesundheitsfachpersonen der Grundversorgung wie niedergelassene Ärztinnen und Ärzte (Grundversorger/innen), Spitex-Organisationen und Pflegeheime, Akutspitäler oder Institutionen für Menschen mit Beeinträchtigungen stellen die allgemeine/grundversorgende Palliative Care sicher. Die allgemeine Palliative Care (APC) zielt auf Personen, die sich vorausschauend mit dem Lebensende auseinandersetzen, da sie an einer unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Erkrankung leiden oder sich in der letzten Phase des Lebens befinden¹⁵. Es handelt sich dabei, demografisch bedingt, mehrheitlich um (hoch-)betagte Menschen, die zu Hause oder in Pflegeheimen leben¹⁶. Die meisten Menschen in einer palliativen Situation können dieser Patientengruppe zugerechnet werden (80 %) ¹⁷.

12 BAG und GDK (2013). Stand und Umsetzung von Palliative Care in den Kantonen.

13 Liechti, L. und Künzi, K. (2019). Stand und Umsetzung von Palliative Care in den Kantonen. Ergebnisse der Befragung der Kantone und Sektionen von palliative.ch 2018. Schlussbericht. Studie des Büros für arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS) im Auftrag des BAG.

14 BAG, GDK und palliative.ch (2014). Rahmenkonzept Palliative Care Schweiz. Eine definitorische Grundlage für die Umsetzung der «Nationalen Strategie Palliative Care».

15 BAG und GDK (2014). Nationale Leitlinien Palliative Care (aktualisierte Version).

16 BAG, GDK und palliative.ch (2015). Allgemeine Palliative Care. Empfehlungen und Instrumente für die Umsetzung.

17 BAG und GDK (2012). Nationale Strategie Palliative Care 2013–2015.



Komplexe oder instabile Patientensituationen hingegen sind ausschlaggebend dafür, ob spezialisierte Palliative Care (SPC) erforderlich ist. Die Abgrenzung zwischen grundversorgender und spezialisierter Palliative Care erfolgt nicht aufgrund von bestimmten Diagnosen oder aufgrund eines bestimmten Sets an Kriterien. Zur Orientierung werden laut den Indikationskriterien für spezialisierte Palliative Care von BAG und GDK die Faktoren Komplexität und Instabilität herangezogen, wobei die Evaluation dieser Faktoren regelmässig vorgenommen werden soll¹⁸:

Die Unterscheidung zwischen allgemeiner und spezialisierter Palliative Care erfolgt in der Regel aufgrund der Komplexität (mehrere Probleme und Bedürfnisse auf der körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Ebene), der Instabilität (schlechte Vorhersehbarkeit, dauernde Anpassung der Massnahmen), der Dynamik und Vielschichtigkeit des Krankheitsgeschehens und der Kapazitäten der Grundversorgung, die auf fachlicher oder struktureller Ebene für die vorliegende Patientensituation nicht mehr ausreichend sind.

Der Grad der Komplexität wird durch das Vorhandensein von Problemen und Bedürfnissen auf mehreren der folgenden Ebenen definiert (Multidimensionalität):

Körperlich:

- Belastende und komplexe Symptome oder Symptomgruppen
- Verschlechterung oder Instabilität eines bereits vorbestehenden, deutlich eingeschränkten Allgemeinzustandes
- Notwendigkeit der Patienten- und Angehörigenberatung

Psychisch:

- Psychische Störung oder Verletzlichkeit
- Psychische Krise

18 BAG und GDK (2011). Indikationskriterien für spezialisierte Palliative Care (aktualisierte Version von 2014).

Sozial:

- Schwierige Entscheidungsfindungen und/oder eingeschränkte Urteilsfähigkeit
- Überlastung bei mitbetreuenden Angehörigen oder nahestehenden Personen
- Fehlende oder ungenügende Unterstützung
- Fremde kulturelle Hintergründe
- Ungeklärte Fragen bezüglich der weiteren Versorgung sowie weitere organisatorische Fragen
- Konflikte bezüglich den Zielen therapeutischer Massnahmen
- Mehr als zwei Notfallhospitalisationen innerhalb der letzten sechs Monate bei Personen mit weit fortgeschrittenen Leiden

Spirituell:

- Ungelöste Fragen rund um die Lebensbilanz und den Lebenssinn
- Fragen im Zusammenhang mit Trauer, Verzweiflung, Verlassenheit, Ärger/Wut und Schuld/Scham
- Drängende spirituelle oder religiöse Bedürfnisse

Wichtig erscheint an dieser Stelle der Hinweis, dass bezüglich der körperlichen Ebene das Krankheitsstadium keinen Vorhersagewert hinsichtlich der Bedürfnisse nach grundversorgender oder spezialisierter Palliative Care besitzt. Es wird davon ausgegangen, dass der generelle Bedarf nach Palliative Care grundsätzlich gegeben ist, wenn keine vernünftige kurative Therapie mehr zur Verfügung steht. In den Indikationskriterien für spezialisierte Palliative Care von BAG und GDK wird in diesem Zusammenhang von einer Überlebensprognose von drei Monaten gesprochen¹⁸. Andernorts wird von einem Zeitintervall bis zum Versterben von sechs bis zwölf Monaten ausgegangen (Surprise-Frage)¹⁹.

Betroffene mit Bedarf an spezialisierter Palliative Care sind eine zahlenmässig kleinere Patientengruppe (20 %)²⁰. Spezialisierte Palliative Care fokussiert auf Patientinnen und Patienten, die eine instabile Krankheitssituation aufweisen und auf eine komplexe Behandlung und/oder Stabilisierung bestehender Symptome durch ein spezialisiertes Team angewiesen sind, und auf Angehörige und nahestehende Bezugspersonen, die ihre Belastungsgrenzen zu überschreiten drohen. Der Übergang zwischen allgemeinen und spezialisierten Leistungen ist allerdings fließend. Betroffene benötigen oftmals Leistungen aus beiden Versorgungsbereichen, da die Stabilität der Krankheitsphasen variieren kann und die Komplexität der Krankheitssituation ebenfalls zu- oder abnehmen kann²¹.

Hinsichtlich des Bedarfs der Betroffenen, ihrer Angehörigen sowie nahestehender Bezugspersonen lässt sich das folgende Modell «Versorgungsstrukturen Palliative Care in der Schweiz» ableiten²². Auf der linken Seite sind die Versorgungsangebote in der Grundversorgung nach Setting (hier ambulant, Langzeitversorgung und Spital) dargestellt. Sie richten sich an Personen der allgemeinen Palliative Care und somit an Betroffene in stabilen Krankheitssituationen, die keinen Bedarf an komplexen Behandlungsmassnahmen haben. Auf der rechten Seite des Modells sind die Versorgungsangebote der spezialisierten Palliative Care dargestellt, die sich an Personen richten, die eine stabile oder instabile und gleichzeitig komplexe palliative Situation aufweisen. Die mobilen Angebote, wie der spitalinterne palliative Konsiliardienst oder der mobile Palliativdienst, der ambulant als auch in Langzeitpflegeinstitutionen eingesetzt werden kann, unterstützen die grundversorgenden

19 Downar, J. et al. (2017). The «surprise question» for predicting death in seriously ill patients: A systematic review and meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal*, 189 (13), E484–E493.

20 BAG und GDK (2012). Nationale Strategie Palliative Care 2013–2015.

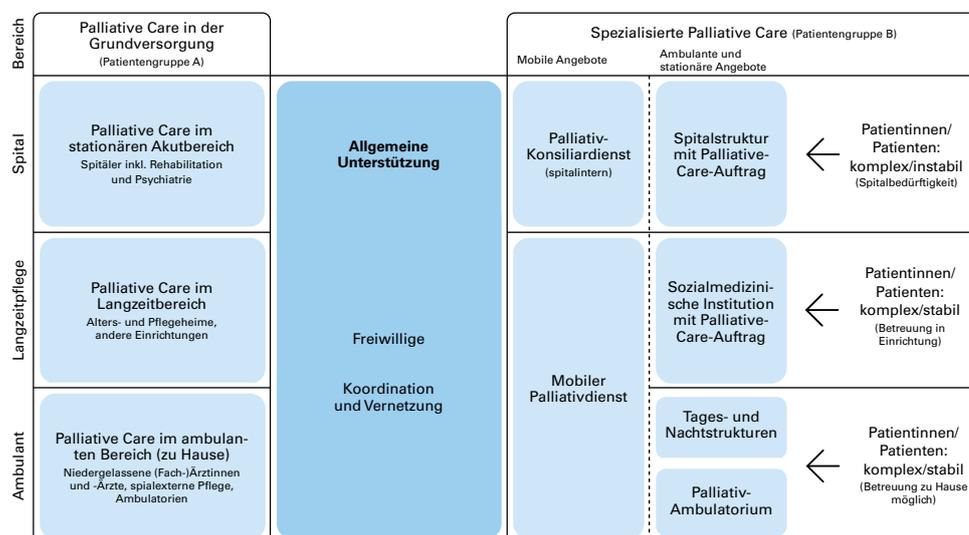
21 BAG und GDK (2014). Nationale Leitlinien Palliative Care (aktualisierte Version).

22 BAG, GDK und palliative ch (2012). Versorgungsstrukturen für die spezialisierte Palliative Care in der Schweiz (aktualisierte Version von 2014).

Leistungserbringer, falls spezialisierte Palliative-Care-Kompetenzen nötig sind. Ziel ist ein Verbleib des/der Betroffenen am Aufenthaltsort in der Grundversorgung mit punktueller spezialisierter Palliative-Care-Versorgung, um belastende und teils kostenintensive Verlegungen am Lebensende zu vermeiden. Die stationären Angebote im spezialisierten Bereich innerhalb des akutstationären Bereichs oder der Langzeitversorgung (Pflegeheime²³) richten sich an Personen, die permanent auf spezialisierte Palliative-Care-Versorgung angewiesen sind. Die Unterscheidung der beiden Settings liegt in der Spitalbedürftigkeit. Tages- und Nachtstrukturen bieten Entlastung im ambulanten Versorgungssetting, die zeitlich limitiert ist, genau wie Palliativambulatorien. Im grau gehaltenen Bereich in der Mitte des Versorgungsmodells ist die allgemeine Unterstützung genannt. Gemeint ist damit, dass im Bereich der Palliative Care neben Medizin und Pflege auch weitere Leistungserbringer beziehungsweise Berufsgruppen wie die Sozialarbeit, Psychologie, Seelsorge, Freiwillige usw. benötigt werden. Zu erwähnen sind insbesondere auch die Angehörigen und nahestehende Bezugspersonen, die an der Betreuung und Begleitung einen grossen Anteil haben.

Quelle Abbildung 4: BAG und GDK (2012). Nationale Strategie Palliative Care 2013–2015.

Abbildung 4: Versorgungsstrukturen Palliative Care in der Schweiz nach den Vorgaben der Nationalen Strategie Palliative Care



Um die optimale Betreuung und Behandlung von Palliativpatientinnen und -patienten in den verschiedenen Versorgungssettings zu gewährleisten, ist es nötig, dass Angebote in allen genannten Bereichen vorhanden sind und diese jeweils regional koordiniert werden.

23 Spezialisierte Palliative Care in sozialmedizinischen Institutionen mit Palliative-Care-Auftrag im Bereich der Langzeitpflege: Damit gemeint sind in erster Linie Pflegeheime, obwohl der Begriff der sozialmedizinischen Institutionen weiter gefasst ist.

Quelle Tabelle 2: Eigene Darstellung aus folgenden Datenquellen: Bundesamt für Statistik (BFS) (2019): Medizinische Statistik der Krankenhäuser; Bundesamt für Statistik (BFS) (2019): Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) und Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung (BEVNAT); Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan) (2016): Auswertung der Sterbeorte 2006 bis 2011.

4.6. Bedarf

4.6.1. Aktuelle Situation

Per Ende 2019 lebten 685'424 Personen im Kanton Aargau (Männer: 344'348; Frauen: 341'076). Der Aargau ist, gemessen an seiner Gesamtbevölkerung, der viertgrösste Kanton in der Schweiz. Der Altersquotient, also das prozentuale Verhältnis der Anzahl Personen in der Kategorie «65 Jahre und mehr» zur Anzahl Personen in der Kategorie «20–64 Jahre», ist in den vergangenen Jahren laufend gestiegen. Auf 100 Personen der Kategorie «20–64 Jahre» entfallen heute 29 Personen der Kategorie «65 Jahre und mehr»²⁴.

Im Kanton Aargau haben sich im Jahr 2019 insgesamt 4'997 Sterbefälle ereignet (Männer: 2'490; Frauen: 2'507). Im Jahr 2010 waren es noch 4'330 Todesfälle (Männer: 2'131; Frauen: 2'199)²⁵. In den letzten Jahren lassen sich knapp 5 % der Sterbefälle auf Unfälle und Selbsttötungen zurückführen (2019 insgesamt 241 von 4'997 Sterbefällen). Die grosse Mehrheit der Sterbefälle ist auf Erkrankungen zurückzuführen²⁶: Bezogen auf die gesamte Schweiz und das Jahr 2018 liegen die hauptsächlichsten Todesursachen im Bereich von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (30,7 %) und Krebserkrankungen (25,9 %). Alle weiteren Ursachen machen weniger als 10 % aus. Assistierte Suizide liegen bei 1,8 % der Sterbefälle. Sie haben im Jahr 2018 um 17 % zugenommen, während sich die Häufigkeiten der anderen Todesursachen kaum veränderten²⁷. Bezogen auf verschiedene Altersklassen haben sich in der Altersklasse «0–19 Jahre» knapp 1 % der Sterbefälle ereignet, in der Altersklasse «20–64 Jahre» rund 12 % und in der Altersklasse «65 Jahre und mehr» rund 87 % der Sterbefälle²⁸. Die folgende Tabelle zeigt die Sterbeorte für die Jahre 2010, 2013, 2016 und 2019. Wie in vergangenen Jahren ereignete sich auch 2019 der Hauptteil (81 %) der Sterbefälle in stationären Einrichtungen (Spitäler und Pflegeheime), was auch mit anderen Kantonen vergleichbar ist²⁹.

Tabelle 2: Anzahl Sterbefälle nach Sterbeort im Kanton Aargau in den Jahren 2010, 2013, 2016 und 2019.

Wer	2010	2013	2016	2019
Spitalstandort	1'562	1'597	1'634	1'740
– Akutsomatik	36 %	35 %	34 %	35 %
– Psychiatrie		1'550	1'575	1'674
– Rehabilitation		18	32	37
Pflegeheime ³⁰	1'769	2'030	2'105	2'307
Anderer Ort	999	930	1'022	950
Total	4'330	4'557	4'761	4'997
	100 %	100 %	100 %	100 %

Wird die Geschlechterverteilung nach Sterbeort betrachtet, so zeigen sich teils interessante Unterschiede: Im Jahr 2019 starben an den Spitalstandorten (Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation) 842 Frauen, was 48 % entspricht. Seit 2013 nimmt der Anteil der Frauen, die in aargauischen Spitälern versterben, tendenziell zu (2013: 684 Frauen oder 43 %). In den aargauischen Pflegeheimen waren im Jahr 2019 61 % der Sterbefälle Frauen. Dieser Anteil ist mit 65 % im Jahr 2010 und 61 % im Jahr 2019 leicht rückläufig. Sterbefälle der Kategorie «an einem anderen Ort» beinhalten sowohl Sterbefälle «unterwegs» als auch Sterbefälle, die sich zu Hause zutragen. Es fehlen jedoch Zahlen dazu, wie viele Personen zu Hause sterben, die ambulant durch Spitex-Organisa-

24 Statistik Aargau (2020). Statistisches Jahrbuch des Kantons Aargau 2020.

25 Statistik Aargau (2020). Statistisches Jahrbuch des Kantons Aargau 2020, basierend auf: BFS (2019). Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung (BEVNAT), sowie: BFS (2020). Todesfälle nach Geschlecht und Kanton, 1970–2019. Abgerufen am 17. Juli 2020 unter: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/geburten-todesfaelle/todesfaelle.assetdetail.13187437.html>.

26 Statistik Aargau (2020). Statistisches Jahrbuch des Kantons Aargau 2020, basierend auf: BFS (2019). Todesursachenstatistik 1990–2017.

27 BFS (2020). Gesundheit – Todesursachenstatistik – Medienmitteilung vom 14.12.2020: Häufigste Todesursachen bleiben im Jahr 2018 stabil – assistierter Suizid nimmt stark zu.

28 BFS (2020). Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz und der Kantone 2020–2050 (Referenzszenario AR-00-2020). Abgerufen am 15. Januar 2020 unter: www.bfs.admin.ch.

29 Sterbeorte zwischen 2011 und 2013 im Kanton Luzern: Wächter, M. et al. (2015). Vertiefte Bedarfsklärung «Mobile Palliative-Care-Dienste (MPCD)» im Kanton Luzern. Schlussbericht der Hochschule Luzern vom 9. Dezember 2015.

30 Pflegeheime inkl. Hospiz Aargau in Brugg.

tionen oder freiberufliche Pflegefachpersonen betreut werden. Von den Sterbefällen der Kategorie «an einem anderen Ort» im Jahr 2019 waren 28 % Frauen. Im Jahr 2013 lag ihr Anteil bei 30 %.

Hinsichtlich der vulnerablen Personengruppen sind wenige Informationen zur aktuellen Bedarfslage bekannt. Tabelle 2 auf Seite 17 gibt beispielsweise Aufschluss darüber, wie viele Personen pro Jahr in einem aargauischen Spitalstandort der Psychiatrie sterben (2019: 37), wobei dies jedoch nicht annähernd die gesamte Anzahl Personen mit psychischen Erkrankungen widerspiegelt, die pro Jahr (zu Hause oder in Institutionen) versterben. Erwähnenswert an dieser Stelle ist, dass insbesondere innerhalb der stationären Langzeitversorgung in Pflegeheimen mit gerontopsychiatrischen Abteilungen und entsprechendem Leistungsauftrag für Gerontopsychiatrie Personen versterben, die an Demenz leiden.

Ähnlich verhält es sich mit dem Bedarf von Menschen mit Beeinträchtigungen. Eine gemeinsame Befragung des DGS und des BKS der 89 aargauischen Heime für Menschen mit Beeinträchtigungen (anerkannte und bewilligte) vom März und April 2020 ergab, dass von 40 antwortenden Heimen nur 12 Einrichtungen (30 %) in den letzten zwei Jahren gemäss eigener Perspektive in einen Fall involviert waren, der Palliative Care benötigte. Konkrete Zahlen zu den Sterbefällen von Menschen mit Beeinträchtigungen in diesen Heimen oder generell sind nicht bekannt, ebenso wenig deren Patientenpfade (bspw. Übertritte in die Akutsomatik oder Pflegeheime).

Aktuelle Zahlen zu Menschen mit Migrationshintergrund und ihrem Bedarf an Palliative Care sind ebenfalls nicht vorhanden, da Statistiken zu den Sterbefällen nicht nach Herkunft beziehungsweise Staatszugehörigkeit unterscheiden und nicht erfasst wird, welche Angebote der Palliative Care in Anspruch genommen werden (zum Beispiel Sterbeort).

Etwas besser kann die Situation der Kinder und Jugendlichen hinsichtlich Palliative Care illustriert werden. Im Jahr 2019 starben im Kanton Aargau 45 Kinder und Jugendliche in der Altersklasse «0–19 Jahre». Es wird jedoch angemerkt, dass bei Kindern und Jugendlichen oft spezialisierte Palliative Care über einen längeren Zeitraum notwendig ist und die Ermittlung des Bedarfs über die Anzahl der Sterbefälle nicht adäquat ist³¹. Laut PELICAN-Studie kann davon ausgegangen werden, dass sich die Hälfte dieser Sterbefälle im ersten Lebensjahr ereignet und knapp 40 % der Sterbefälle in den ersten vier Lebenswochen, da diese Neugeborenen zu früh oder mit schweren Fehlbildungen zur Welt kommen. Krankheitsbedingte Sterbefälle nach dem ersten Lebensjahr ergeben sich aufgrund unheilbarer Krankheiten, wobei es sich vor allem um neurologische Erkrankungen, Krebs- oder Herzerkrankungen handelt. Der Sterbeort dieser Kinder und Jugendlichen ist abhängig von ihrem Alter und ihrer Diagnose: Während nur 3 % der Neugeborenen zu Hause sterben, sind es bei Kindern und Jugendlichen mit Krebserkrankungen 38 %, bei denjenigen mit neurologischen Erkrankungen 20 % und bei denjenigen mit Herzerkrankungen 11 %³².

31 Gemäss PD Dr. med. Eva Bergsträsser (Leitung der Pädiatrischen Palliative Care am Universitäts-Kinderspital Zürich) ist davon auszugehen, dass gemessen an den Sterbefällen ungefähr 10- bis 20-mal so viele Kinder und Jugendliche pro Jahr Bedarf an Palliative Care haben.

32 Bergsträsser, E. et al. (2016). Paediatric End-of-Life Care Needs in Switzerland (PELICAN). Wie Kinder in der Schweiz sterben. Broschüre der Schlüsselergebnisse der PELICAN-Studie.

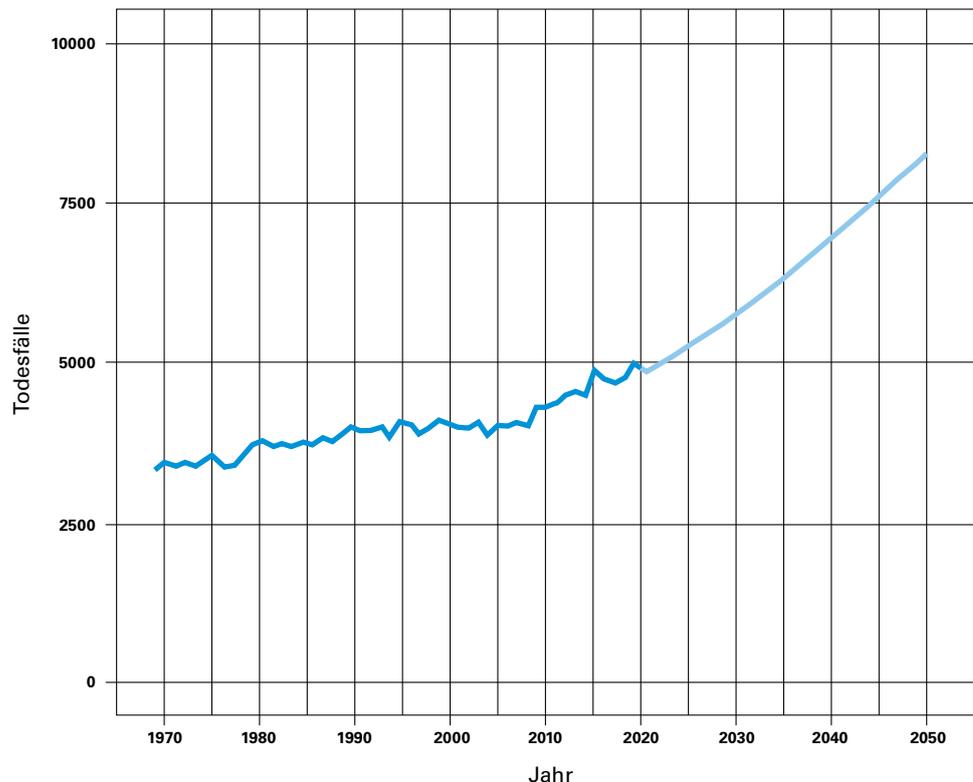
4.6.2. Zukünftige Entwicklung

Neben einem Bevölkerungswachstum im Kanton Aargau von 30,2 % bis ins Jahr 2050 wird sich auch die Altersstruktur der Bevölkerung stark verändern. Die Anzahl Personen der Kategorie «50–79 Jahre» war noch nie so hoch wie heute. In den kommenden 30 Jahren werden diese Personen ein hohes Alter mit einer stark erhöhten Sterblichkeit erreichen. Auch der Anteil der Bevölkerung im Pensionsalter (Altersklasse «65 Jahre und mehr») steigt bis ins Jahr 2050 von 12,2 auf 26,8 %. Der Anteil der Personen in den Altersklassen «1–19 Jahre» und «20–64 Jahre» ist gleichzeitig rückläufig. Und bis ins Jahr 2050 wird sich der Anteil der Personen verdoppeln, die über 80 Jahren alt sind, und von 2,9 auf 11,1 % ansteigen³³.

Die Prognose der Sterbefälle der kommenden Jahre ist Teil der zukünftigen Szenarien, die vom Bundesamt für Statistik (BFS) erstellt werden. Das Referenzszenario AR-00-2020 prognostiziert für den Kanton Aargau, dass im Jahr 2050 über 8'388 Sterbefälle vorliegen werden, was mehr als dem Eineinhalbfachen (+ 68 %) der heutigen Anzahl Sterbefälle entspricht. Dies ist auf die oben beschriebene und sich verändernde Altersstruktur zurückzuführen. Die folgende Abbildung zeigt die Sterbefälle der Jahre 1970–2019 und die Entwicklung der Sterbefälle für die Jahre 2020–2050

Quelle Abbildung 5: Eigene Darstellung aus folgenden Datenquellen: Bundesamt für Statistik (BFS) (2020): Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung (BEVNAT) – Todesfälle nach Kanton und Geschlecht 1970–2019; Bundesamt für Statistik (BFS) (2020): Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Kantone 2020–2050 (Referenzszenario AR-00-2020), abgerufen am 15. Januar 2021 unter: www.bfs.admin.ch.

Abbildung 5: Anzahl Todesfälle 1970–2019 im Kanton Aargau und Prognose der Anzahl Todesfälle in den Jahren 2020–2050 für den Kanton Aargau



Die Anzahl der Sterbefälle sowie der prozentuale Anteil der Sterbefälle an der Gesamtanzahl der Sterbefälle werden sich nicht in allen Altersklassen über die Jahre gleich entwickeln. Während in den jüngeren drei Altersklassen die absolute als auch die prozentuale Anzahl der Sterbefälle abnehmen wird, steigt die absolute Anzahl in der Altersklasse «80–89» bei gleichbleibendem prozentualem Anteil. In der Altersklasse

³³ BFS (2020). Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz und der Kantone 2020–2050 (Referenzszenario AR-00-2020). Abgerufen am 15. Januar 2020 unter: www.bfs.admin.ch.

«90 Jahre und älter (90 +)» kommt es zu einer starken Zunahme der Sterbefälle. Im Jahr 2050 werden sie annähernd die Hälfte aller Sterbefälle ausmachen, während sie im Jahr 2019 noch einen Viertel aller Sterbefälle ausmachten. Die absolute Anzahl wird sich verdreifachen.

Quelle Tabelle 3: Eigene Darstellung aus folgenden Datenquellen: Bundesamt für Statistik (BFS) (2020): Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung (BEVNAT) – Todesfälle nach Alter, Geschlecht, Kanton und Stadt 1999–2019 sowie Bundesamt für Statistik (BFS) (2020): Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Kantone 2020–2050 (Referenzszenario AR-00-2020), abgerufen am 15. Januar 2021 unter: www.bfs.admin.ch.

Tabelle 3: Darstellung der tatsächlichen und der prognostizierten Anzahl der Sterbefälle pro Jahr nach Altersklassen im Kanton Aargau für die Jahre 2019, 2030, 2040 und 2050

	2019		2030		2040		2050	
Altersklasse 0–19	45	< 1 %	49	< 1 %	42	< 1 %	39	< 1 %
Altersklasse 20–59	401	8 %	367	6 %	341	5 %	311	4 %
Altersklasse 60–79	1'566	31 %	1'558	27 %	1'561	22 %	1'350	16 %
Altersklasse 80–89	1'742	35 %	2'101	36 %	2'356	33 %	2'788	33 %
Altersklasse 90 Jahre und älter	1'243	25 %	1'746	30 %	2'770	39 %	3'900	46 %
Total	4'997	100 %	5'821	100 %	7'070	100 %	8'388	100 %

Quelle Tabelle 4: Bundesamt für Statistik (BFS) (2020). Todesfälle nach Kanton und Geschlecht 1970–2019 im Kanton Aargau; Bundesamt für Statistik (BFS) (2020). Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz und der Kantone 2020–2050 (Referenzszenario AR-00-2020), abgerufen am 15. Januar 2020 unter: www.bfs.admin.ch.

Im Vergleich zu heute wird es in den kommenden Jahren aufgrund der demografischen Entwicklung und der damit einhergehenden Veränderung der Bevölkerungsstruktur sowie des medizinischen Fortschritts zu einer Zunahme alter, multimorbider und gleichzeitig pflegebedürftiger Menschen kommen. Die Betreuung von Menschen, die sich in der letzten Lebensphase befinden, wird sich in Zukunft komplexer gestalten. Gleichzeitig wird es zu einer Zunahme der Sterbefälle von Personen kommen, die 80 Jahre oder älter sind und gleichzeitig mehrere Krankheiten aufweisen (multimorbid), fragil und dement sind³⁴.

4.6.3. Bedarf an Palliative Care

Die Anzahl der Personen mit Bedarf an Palliative Care kann aufgrund der Anzahl Sterbefälle abgeleitet werden. Aufgrund der Nationalen Strategie Palliative Care kann davon ausgegangen werden, dass nicht alle unheilbar kranken oder sterbenden Personen eine palliative Begleitung brauchen. Es wird geschätzt, dass dies in zwei Dritteln aller Sterbefälle nötig ist und die palliative Begleitung in 80 % der Fälle die Grundversorgung betrifft und in 20 % die spezialisierte Versorgung³⁵. Ob und wie sich dieses Verhältnis in Zukunft aufgrund der unterschiedlichen Anzahl Sterbefälle in den verschiedenen Altersklassen verschieben wird, ist unklar. Die folgende Tabelle zeigt die Anzahl Sterbefälle im Jahr 2019 und den Bedarf dieser Sterbefälle an Palliative Care.

Tabelle 4: Aktuelle und zukünftige Anzahl der Sterbefälle und Anzahl Personen mit Bedarf an Palliative Care, an allgemeiner und spezialisierter Palliative Care

Jahr	Sterbefälle	mit Bedarf an Palliative Care	Allgemeine Palliative Care (APC)	Spezialisierte Palliative Care (SPC)
2019	4'997	3'331	2'665	666
2030	5'821	3'880	3'104	776
2040	7'070	4'713	3'770	943
2050	8'388	5'592	4'474	1'118

Dieser Bedarfsanalyse, basierend auf den Sterbefällen, widerspricht die Tatsache, dass aufgrund einer Hochrechnung für das Jahr 2019 angenommen werden muss, dass bereits ungefähr 1'000 Personen im Rahmen der spezialisierten Palliative Care betreut wurden (akutstationäres Setting: 483 Personen³⁶, ambulante Langzeitversorgung: 377³⁷,

34 Borasio, G. D. (2018). Eine Professur für Palliativmedizin in der Radio-Onkologie? Schweizerische Ärztezeitung, 99 (17), 553–554 (DOI: 10.1007/s15006-018-1132-6).

35 BAG und GDK (2012). Nationale Strategie Palliative Care 2013–2015.

36 Das Spital Zofingen betreute im Jahr 2019 auf der Palliativstation mit 10 Betten 210 Personen. Aktuell sind akutstationär im Kanton Aargau ungefähr 23 Betten vorhanden, was bei einer Hochrechnung mit den Zahlen aus dem Spital Zofingen 483 Personen entspricht.

37 Siehe Tabelle 12 zu den Kennzahlen der PalliativeSpitex des Kantons Aargau auf Seite 35.

38 Das Hospiz Aargau in Brugg mit 10 Betten betreute im Jahr 2019 99 Patientinnen und Patienten. Unter Berücksichtigung der 4 Betten im Pflegeheim Reusspark in Niederwil und einer Hochrechnung basierend auf den Zahlen des Hospizes Aargau in Brugg entspricht dies insgesamt 138 Personen.

stationäre Langzeitversorgung: 138³⁸). Dies entspricht einem Fünftel der Sterbefälle im Jahr 2019. Die Gesamtbevölkerung des Kantons Aargau wird von aktuell 685'424 (2019) auf 780'086 Personen im Jahr 2030, auf 850'621 im Jahr 2040 und auf 904'720 Personen im Jahr 2050 ansteigen³⁹. Aus diesem Grund ergibt sich eine Bedarfszunahme im Bereich der spezialisierten Palliative Care. Ausgehend von der oben vorgenommenen Hochrechnung, die für das Jahr 2019 von 1'000 betreuten Personen in der spezialisierten Palliative Care ausgeht, muss bis ins Jahr 2050 mit einer Zunahme auf 1'678 Personen gerechnet werden (ein Fünftel der Sterbefälle im Jahr 2050).

Bei der Bedarfsermittlung hinsichtlich der einzelnen spezialisierten Versorgungssettings sollen laut Empfehlungen von BAG, GDK und palliative ch⁴⁰ die Kennwerte der «European Association for Palliative Care» (EAPC) herangezogen werden⁴¹. Die Kennwerte gestalten sich wie folgt:

- Akutstationärer Bereich: 80 bis 100 Palliativbetten im Spital pro 1 Million Einwohnende
- Ambulante Langzeitversorgung: 1 Dienst pro 100'000 Einwohnende

Die EAPC gibt für Spitalstrukturen mit Palliative-Care-Auftrag eine optimale Stationsgrösse von 8 bis 12 Betten vor. Gleichzeitig wird der Bedarf an Pflegepersonal auf 1,2 pro Bett festgesetzt. Wird der beschriebene Bedarf auf die aktuelle Zahl der Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons Aargau angewendet (2019: 685'424), so ergäbe dies 55 bis 69 Palliativbetten in Spitälern. Aktuell sind es jedoch nur 23 Betten. Bis ins Jahr 2050 würde der Bedarf gemäss diesen Zahlen auf 72 bis 90 Betten anwachsen.

Im Bereich der mobilen Teams im ambulanten Versorgungssetting muss laut Vorgabe eine Verfügbarkeit an 7 Tagen während 24 Stunden gewährleistet werden können. Ein mobiles Team der ambulanten Langzeitversorgung besteht laut der EAPC aus 4 bis 5 Vollzeitstellen und aus spezialisierten Ärztinnen/Ärzten, spezialisiertem Pflegepersonal, Sozialarbeiterinnen und -arbeitern sowie administrativem Personal. Wird auch dieser beschriebene Bedarf auf die aktuelle Zahl der Einwohnerinnen und Einwohner angewendet, so würde dies 7 mobilen Diensten mit insgesamt 28 bis 35 Vollzeitstellen entsprechen. Aktuell sind es 5 Pflegedienste und insgesamt ca. 8 Vollzeitstellen, wobei sich diese Vollzeitstellen auf das Pflegepersonal beziehen. Bis ins Jahr 2050 würde der Bedarf gemäss der von der EAPC genannten Bedarfswerte auf 9 mobile Dienste anwachsen (36–54 Vollzeitstellen).

Hinsichtlich spezialisierter Heime mit Palliative-Care-Auftrag machen weder die EAPC noch Dokumente von BAG, GDK und palliative ch Angaben zum Bedarf. Eine Schätzung des Bedarfs gilt als schwierig. Im Rahmen der Bedarfsanalyse für ein Hospiz Oberwallis⁴² und ein Hospiz Zentralschweiz⁴³ wurde jeweils auf eine Berechnung der ZHAW⁴⁴ verwiesen. Die Studie geht von der Annahme aus, dass 15 % der Personen mit Bedarf an spezialisierter Palliative Care auf die Pflege und Betreuung in einem spezialisierten Pflegeheim angewiesen sind. Bezogen auf den Kanton Aargau und das Jahr 2019 entspricht dies 100 Personen. Es ist jedoch anzunehmen, dass bereits im Jahr 2019 ungefähr 138 Personen an den Standorten Brugg (Hospiz Aargau) und Niederwil (Reusspark) im Rahmen der spezialisierten Palliative Care betreut wurden³⁸.

Abschliessend kann gesagt werden, dass die unklaren Referenzgrössen für die Bedarfsberechnungen und die unklare Datenlage, auf der mehrheitlich Hochrechnungen vorgenommen werden, eine genaue Planung des Be-

39 Kanton Aargau (2020). Aargauer Bevölkerungsprojektionen 2020–2050.

40 BAG, GDK und palliative ch (2014). Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz.

41 European Association for Palliative Care (EAPC) (2010): White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe. Part 2. Recommendations from the European Association for Palliative Care. *European Journal of Palliative Care*, 17(1), 22–32.

42 Schwaller, B. und Jehle, K. (2017). Bedarfsabklärung für ein Hospiz Oberwallis. Machbarkeitsstudie zum Bedarf, den Infrastrukturanforderungen und zu einer Kostenschätzung für ein Hospiz Oberwallis (veröffentlichter Studienauftrag, ausgeführt durch die Hochschule Luzern).

43 Schwaller, B. (2014). Bedarfsabklärung für ein Hospiz Zentralschweiz (veröffentlichte Machbarkeitsstudie, ausgeführt durch die Hochschule Luzern).

44 Meier, F. und Auerbach, H. (2013). Bedarfsanalyse Hospizbetten in der Gesundheitsregion Winterthur (unveröffentlichte Arbeit der ZHAW, School of Management and Law – Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie). Die Studie wird von Schwaller (2014) und von Schwaller und Jehle (2017) zitiert.

darfs an spezialisierter Palliative Care verunmöglichen.

4.7. Finanzierung

Die aktuelle Situation und Lücken hinsichtlich der Finanzierung von Palliative-Care-Leistungen sind auf nationaler Ebene seit Beginn der Bestrebungen, die Palliative-Care-Versorgung zu verbessern, ein beständiges Thema. Die Finanzierung wurde im Rahmen der Nationalen Strategie Palliative Care 2010–2015 bereits als Bereich mit höchster Priorität definiert. Auch nach Abschluss der Nationalen Strategie war das Thema Finanzierung zentral. Und es ist es auch heute noch: Der im September 2020 erschienene Postulatsbericht⁴⁵, der sich auf das im April 2018 von der ständerätlichen Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK-SR) eingereichte und im Juni 2018 an den Bundesrat überwiesene Postulat 18.3384 «Bessere Betreuung und Behandlung von Menschen am Lebensende» bezieht, zeigt detailliert die Versorgungsstrukturen im Bereich der Palliative Care und deren Finanzierung auf. Zudem bestehen auf nationaler Ebene durch Bestrebungen im Rahmen der «Einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen» (EFAS) sowie auch auf kantonaler Ebene insbesondere im Rahmen der neuen Gesundheitspolitischen Gesamtplanung (GGpl) Überlegungen und Diskussionen hinsichtlich der einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen, wobei diese auch die pflegerischen Leistungen in den Pflegeheimen und in der Spitex umfassen. Es ist das Ziel, dass sich eine einheitliche Finanzierung über die gesamte Versorgungskette erstreckt und verschiedene Fehlanreize innerhalb des Gesundheitssystems dadurch ausgeschaltet werden können. Bezogen auf die Finanzierung von Palliative Care ist die faire Verteilung auf Krankenversicherer, Betroffene (Patientenbeteiligung) und öffentliche Hand (Gemeinden, Kanton) prioritär und zentral, wobei insbesondere Krankenversicherer in diesen Prozess von Beginn an einbezogen werden sollen. So ist es beispielsweise wünschenswert, dass im Bereich der Pflegeleistungen im ambulanten und stationären Langzeitbereich die eingesetzten Bedarfsermittlungsinstrumente die Palliative Care und die damit einhergehenden zusätzlichen Aufwände abzubilden vermögen.

Einen differenzierten Überblick über die aktuelle Situation der Finanzierung von Palliative-Care-Leistungen gibt die Publikation von BAG und GDK «Finanzierung der Palliative-Care-Leistungen in der Grundversorgung und der spezialisierten Palliative Care» aus dem Jahr 2013⁴⁶. Die Kostenübernahme von Leistungen im Bereich Palliative Care ist entsprechend der Regelfinanzierung und den Tarifstrukturen des schweizerischen Gesundheitswesens geregelt. Diese richten sich nach unterschiedlichen Versorgungsbereichen und somit nach

- Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups, DRG) im stationären Bereich der Spitalversorgung,
- dem TARMED-Tarif hinsichtlich ärztlicher Leistungen im ambulanten Bereich und
- der Pflegefinanzierung im stationären und ambulanten Langzeitpflegebereich.

45 BAG (2020). Bessere Betreuung und Behandlung von Menschen am Lebensende. Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates 18.3384 der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates (SGK-SR) vom 26. April 2018.

46 BAG und GDK (2013). Finanzierung der Palliative-Care-Leistungen der Grundversorgung und der spezialisierten Palliative Care.

Die Abgeltung der Pflegeleistungen gemäss dem geltenden Krankenversicherungsgesetz (KVG) berücksichtigt die Vielschichtigkeit einer palliativen Situation nur ungenügend, da die Problematik der palliativen Situation nicht nur auf körperlicher, sondern auch auf psychosozialer und auf spiritueller Ebene besteht. Zudem gehören zu den ungedeckten Leistungen auch die Betreuung und Begleitung von Angehörigen und nahestehenden Bezugspersonen, die in der palliativen Situation eine grosse Bedeutung haben und gerade im ambulanten Bereich zentral sind für eine funktionierende Betreuung sowie den Verbleib und nach Möglichkeit das Versterben zu Hause, falls dies gewünscht wird. Vergessen wird oft, dass für eine funktionierende Palliativversorgung je nach Versorgungssetting verschiedene Leistungserbringer involviert sind. Die Leistungen bezüglich Kommunikation, Koordination und Vernetzung dieser involvierten Personen sind ungenügend gedeckt.

Ganz generell ist in Pflegeheimen eine kurzfristige Veränderung des Gesundheitszustands, wie sie sich häufig am Lebensende ergibt und die mit einem erhöhten Pflegebedarf einhergeht, nicht mit den vorhandenen Pflegebedarfsinstrumenten abzubilden. Die verbleibende Lebenszeit mit erhöhtem Pflegebedarf ist oftmals zu kurz, um eine Erhöhung der Pflegestufe vorzunehmen. Nach wie vor bestehen Lücken in der Finanzierung, vor allem aber aufgrund höherer Zeitaufwände für erbrachte Leistungen. In der grundversorgenden stationären Langzeitpflege konnte aufgezeigt werden, dass in End-of-Life-Situationen ein Mehraufwand von 90 Minuten an Pflege geleistet wird, der sich nicht durch die vorhandenen Pflegebedarfsinstrumente nachweisen lässt⁴⁷. Im Bereich der Pflegeheime, die spezialisierte Pflegeleistungen erbringen und Pflegeheimstatus besitzen, reichen 12 Pflegestufen trotz der Möglichkeit, einen erhöhten Pflegebedarf geltend zu machen, in palliativen Situationen nicht aus, um Betroffene optimal zu pflegen. Im akutstationären Bereich ist die Beschränkung der Behandlungstage pro DRG (Diagnosis Related Group) einschränkend, da keine adäquate Anschlusslösung zu Hause oder in einer spezialisierten Institution gefunden werden kann. Ärztliche Leistungen, die von Haus- oder Heimärztinnen und -ärzten erbracht werden, sind quartalsweise beschränkt und deshalb sind zeitliche Aufwendungen, die zur Erbringung einer adäquaten Behandlung nötig sind, nicht gedeckt.

Neben höheren Zeitaufwänden bedarf vor allem die spezialisierte Palliative Care höhere Personalaufwände: Um ganz generell eine adäquate, spezialisierte Pflege sicherzustellen, sei dies im akutstationären Bereich oder im stationären oder ambulanten Langzeitpflegebereich, ist gut ausgebildetes diplomiertes Pflegepersonal mit einer Tertiärausbildung und Zusatzausbildungen im Bereich Palliative Care nötig, das hochkomplexe medizinische und pflegerische Massnahmen vornehmen und zu einer Stabilisierung der Situation beitragen kann.

Weitere Finanzierungslücken ergeben sich, wenn Betroffene von einem Versorgungsbereich in den anderen übertreten (zum Beispiel von der Palliativstation nach Hause) und sowohl stationäre als auch ambulante Leistungen am gleichen Tag erbracht werden. Vorgängig muss mit den einzelnen Krankenversicherern geklärt werden, ob die Kosten für ambulante Leistungen übernommen werden, wenn die Betroffenen sich noch in einem stationären Aufenthalt befinden, wobei diese Kostenübernahme nicht von allen Krankenversicherern garantiert wird. Ungedeckt sind die Kosten, wenn Leistungen der mobilen spezialisierten Palliative-Care-Dienste in instabilen und komplexen Situationen in Pflege-

47 Bartelt, G. et al. (2018). Palliative Care / End of Life in der stationären Langzeitpflege. Ermittlung des Zusatzaufwandes. Auswertungsbericht. Im Auftrag von CURAVIVA Schweiz und der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK).

geheimen zur Unterstützung beigezogen werden sollten, so wie es die Versorgungsstrukturen Palliative Care in der Schweiz vorsehen (vgl. Abbildung 4, Seite 16). Die zusätzlichen Leistungen eines spezialisierten ambulanten Dienstes bei Patientinnen und Patienten in stationären Institutionen werden momentan nicht finanziert.

Unabhängig von den Kostenträgern kann gesagt werden, dass das Sterben im Spital im Vergleich zum Sterben an anderen Orten hinsichtlich der Behandlungskosten am teuersten ist⁴⁸, gerade auch wenn die Vollkosten eines Aufenthaltstages auf einer Palliativstation mit jenen in einer spezialisierten Institution der Langzeitpflege verglichen werden⁴⁹. Die Kosten in aargauischen Spitälern liegen pro Tag zwischen 1'942 Franken (normale Abteilung) und 3'019 Franken (IPS)⁵⁰. In der Langzeitpflege kann von Kosten pro Pflage-tag zwischen 560 Franken (SPC als Abteilung in Langzeitpflegeinstitution) und 1'000 Franken (SPC in autonomer Institution mit Pflegeheimstatus) ausgegangen werden⁵¹. Jedoch ist eine qualitativ gute, spezialisierte Palliative Care in Pflegeheimen mit der jetzigen Ausgestaltung der Pflegefinanzierung sowie der Restkosten aktuell nicht zu finanzieren. Gleichzeitig ist ein Spitalaufenthalt für Patientinnen und Patienten betreffend Kostenbeteiligung vorteilhafter als der Aufenthalt in einem spezialisierten Pflegeheim.

Als wichtiger Faktor kommt hinzu, dass sich die meisten Menschen (72 %) das Sterben zu Hause wünschen, falls dieses realisierbar ist⁵². Mit Hilfe eines spezialisierten mobilen Palliativdienstes kann dazu beigetragen werden, dass dieser Wunsch besser erfüllt werden kann. Zudem zeigen Studien Einsparungen um rund das Vierfache der Kosten, wobei sich der Ausbau eines solchen Dienstes direkt durch die Einsparungen von Spitalkosten finanzieren lässt⁵³. Ein solcher Dienst kann, wenn Einsätze in grundversorgenden Pflegeheimen finanziert werden, auch zu einem Verbleib der betroffenen Bewohnerinnen und Bewohner und zur Vermeidung von kostenintensiven Spitalaufenthalten beitragen. In diesem Bereich ist auch die kostendämpfende Wirkung von Palliative Care zu verorten – sie wirkt nämlich dann, wenn es im Spitalbereich zu kürzeren Aufenthaltszeiten kommt, zu weniger Aufenthalten auf Intensivstationen (da frühzeitig palliative Massnahmen einbezogen werden und der Einsatz von kurativen Massnahmen am Lebensende sorgfältig evaluiert wird) und wenn Notfallhospitalisationen vermieden werden können⁵⁴. All dies kann erreicht werden, wenn die Planung der spezialisierten Versorgung ambulant als auch stationär im Langzeitpflegebereich organisiert und koordiniert und die Finanzierung sichergestellt wird. Insbesondere im ambulanten Bereich braucht es ein bereits bestehendes, funktionierendes und tragfähiges Betreuungsnetzwerk, das durch den mobilen Palliativdienst ergänzt wird, sodass Krisensituationen abgefedert werden können.

Eine ungenügende oder fehlende Finanzierung verhindert den Ausbau von Angeboten im Bereich von Palliative Care und beeinflusst den Zugang zu Angeboten für Betroffene und Angehörige negativ. Leistungen ohne angemessene Entschädigung werden nicht angeboten und können so auch nicht in Anspruch genommen werden.

48 Erkenntnisse aus dem NFP 67 «Lebensende» (abgeschlossen 2017).

49 Eychemüller, S. (2018). *Tarifierung in der Palliative Care – zwischen Kreativität und Frustration*. Im Auftrag der AG Tarife von palliative.ch. Präsentation am «Runden Tisch Palliative Care» von palliative.ch Bern vom 30. November 2018 (nicht veröffentlicht, zitiert nach Domeisen, D. (2019). *Finanzierung und Kosten Palliative Care in der Langzeitbetreuung und -pflege*. CURAVIVA Schweiz (Hrsg.). Fachbereich Menschen im Alter, abgerufen am 23. Januar 2021 unter: https://www.curaviva.ch/files/8WNPUTE/finanzierung_kosten_palliative_care_faktenblatt_curaviva_schweiz_2019.pdf; Sottas, B. et al. (2018). *Wird der Bedarf an Hospizen unter- oder überschätzt? Diskussion der Ergebnisse aus der Nutzenstudie «Spezialisierte Palliative Care in der Langzeitpflege bzw. Hospize»*. Studie im Auftrag des BAG, abgerufen am 23. Januar 2021 unter: https://www.plattform-palliativecare.ch/sites/default/files/forum/files/PPC_Projekt_4_Hospize_Sottas_Keel.pdf.

50 Berechnung auf Basis der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser zum Jahr 2018 (30.03.2020).

51 Sottas, B. und Keel, S. (2019). *Factsheet Nutzenstudie «Spezialisierte Palliative Care in der Langzeitpflege bzw. Hospize»* (veröffentlichte Studie im Auftrag des BAG).

52 Stettler, P. et al. (2018). *Bevölkerungsbefragung Palliative Care 2017. Ergebnisse der Befragung 2017 und Vergleich zur Erhebung von 2009*. Büro BASS im Auftrag des BAG.

53 Maessen, M. et al. (2018). *Potential economic impact of mobile specialist palliative care teams in Switzerland*. Abgerufen am 23. Januar 2021 unter: https://www.plattform-palliativecare.ch/sites/default/files/page/files/181220_Schlussbericht_Report_PotentialCostsMPD_1.pdf.

54 BAG (2011). *Kosteneffektivität von Palliative Care*. Literaturanalyse. Stand 15. September 2011.

5. Aktuelle Angebotsstruktur

5.1. Sensibilisierung und Information

5.1.1. Ausgangslage

Bevölkerung

Die Sensibilisierung und Information der Bevölkerung ist die Grundvoraussetzung für die Verankerung von Palliative Care. Der Verein «palliative aargau» ist eine Sektion von «palliative ch», der Schweizerischen Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung. «Palliative aargau» ist aktiv im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit (Durchführung des Welthospiz- und Palliative-Care-Tages sowie Mitwirkung/Durchführung von weiteren öffentlichen Tagungen), was der Sensibilisierung der Bevölkerung dient. Mittels Kommunikationsmöglichkeiten (Website, Newsletter) greift «palliative aargau» aktuelle Themen rund um Palliative Care auf. Als zweiter Akteur sind es die Aargauer Landeskirchen, die öffentliche Veranstaltungen zu Palliative und Spiritual Care durchführen, die zur Sensibilisierung und Information der Bevölkerung beitragen.

Die Befragung der Akteure im Bereich Palliative Care, die im Rahmen der Entwicklung des Konzepts Palliative Care im März und April 2020 durchgeführt wurde, zeigt auf, dass der Informationsgrad der Bevölkerung zum Thema Palliative Care von den befragten Fachpersonen als schlecht bis mittelmässig eingeschätzt wird. Insbesondere sollen mit Informationsmassnahmen folgende Ziele erreicht werden:

- Enttabuisierung von Sterben und Tod in der Gesellschaft
- Sensibilisierung hinsichtlich Palliative Care (Ziel, Bedeutung und Nutzen, Möglichkeiten und Grenzen etc.), idealerweise zielgruppenspezifisch
- Konkrete und strukturierte Informationen hinsichtlich der allgemeinen, gesundheitlichen und krankheitsspezifischen Vorausplanung (Vorsorgeauftrag, Betreuungs- und Behandlungspläne, Patientenverfügung etc.)
- Information hinsichtlich der Angebotslandschaft, der Versorgungsstrukturen und Akteure.

Betroffene, Angehörige und nahestehende Bezugspersonen

Für Betroffene, Angehörige und nahestehende Bezugspersonen fungiert der Verein «palliative aargau» gleichzeitig auch als Informationsstelle/Anlaufstelle für nicht dringende Anfragen zum Thema Palliative Care (kein Notfalltelefon) und vermittelt Palliative-Care-Leistungen (aktuelles Verzeichnis der bestehenden Leistungserbringer). Die Leistungserbringer werden nicht systematisch abgefragt; die Informationen gelangen unsystematisch zu «palliative aargau». Die Anlaufstelle ist telefonisch oder per E-Mail erreichbar und informiert über bestehende Versorgungsangebote der im Kanton vorhandenen Leistungserbringer im Bereich Palliative Care. Diese sind auch via Website einsehbar. Interessierte Personen können sich registrieren, um den Newsletter zu erhalten. «palliative aargau» besitzt die Funktion einer Informationsdrehscheibe.

Die Befragung der Akteure im Bereich Palliative Care, die im Rahmen der Entwicklung des Konzepts Palliative Care im März und April 2020 durchgeführt wurde, zeigt auf, dass der Informationsgrad von Betroffenen, Angehörigen und nahestehenden Bezugspersonen als mittelmässig bezeichnet werden kann. Insbesondere wird vorgeschlagen, dass die Information hinsichtlich der in der Region vorhandenen Angebotslandschaft, Versorgungsstrukturen und Akteure verbessert werden soll. Insbesondere werden dabei Entlastungsangebote für Angehörige erwähnt. Zudem wird angeregt, Informationen über die im palliativen Prozess konkret auftretenden Symptome (zum Beispiel Schmerzen, Atemnot) und deren Behandlungsmöglichkeiten bereitzustellen.

Fachpersonen

Wenn sich Betroffene zu Palliative Care informieren wollen, geschieht dies häufig über Fachpersonen, die bereits in die Betreuung und Begleitung eingebunden sind. Aus diesem Grund ist es essentiell, dass Fachpersonen hinsichtlich Palliative Care informiert und sensibilisiert sind. Der Verein «palliative aargau» organisiert pro Jahr mindestens eine interprofessionelle Fachtagung in Kooperation mit den Aargauer Landeskirchen und dem Spitex Verband Aargau (2019: Frühzeitige Integration von Palliative Care) und führt Fallvorstellungen (2019 insgesamt 7 Fallbesprechungen) durch. Auch die Aargauer Landeskirchen organisieren für Fachpersonen und für die Öffentlichkeit eine Veranstaltungsreihe mit Vorträgen zu Themen der Palliative Care. Beides trägt sowohl zur Sensibilisierung und Information von Fachpersonen als auch zur Vernetzung der Leistungserbringer bei.

Die Befragung der Akteure im Bereich Palliative Care, die im Rahmen der Entwicklung des Konzepts Palliative Care im März und April 2020 durchgeführt wurde, zeigt auf, dass der Stellenwert des Themas Palliative Care als eher wichtig bezeichnet werden kann. Der Informationsgrad von Fachpersonen generell wird gleichzeitig als mittelmässig bis gut bezeichnet. Dabei fällt auf, dass oft angemerkt wird, das Wissen der Fachpersonen sei heterogen: Während spezialisierte Fachpersonen mit regelmässigem Bezug zum Thema Palliative Care gut sensibilisiert und vernetzt seien und sich auch hinsichtlich der vorhandenen Angebote sehr gut auskennen würden, seien Fachpersonen der Grundversorgung mit sporadischem Kontakt zum Thema viel weniger gut sensibilisiert und informiert, was möglicherweise einen fehlenden oder zu späten Einbezug spezialisierter Dienste oder Fachpersonen zur Folge haben kann.

5.1.2. Finanzierung

Der Kanton Aargau anerkennt Palliative Care als wichtigen Versorgungspfeiler im Gesundheitswesen und unterstützt die Etablierung von Palliative Care seit dem Jahr 2015. Für Leistungen im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit und für das Aufbauen und Betreiben einer Anlaufstelle wie auch für die Sensibilisierung von Fachpersonen durch Fachtagungen und Fallvorstellungen hat die Abteilung Gesundheit mit dem Verein «palliative aargau» eine Leistungsvereinbarung abgeschlossen. In den Jahren 2015–2018 erfolgte die Bereitstellung der finanziellen Mittel über den Swisslos-Fonds. Die Leistungen des Vereins wurden für die Jahre 2019–2021 mit einer weiteren Leistungsvereinbarung gefördert. Die Aargauer Landeskirchen finanzieren das bereitgestellte Angebot im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit und Sensibilisierung von Fachpersonen selber.

5.1.3. Handlungsbedarf

Die Finanzierung der Anlaufstelle und von Leistungen im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit ist bis Ende 2021 gesichert. Da seit dem Jahr 2015 wichtige Leistungen für die Bevölkerung, für Betroffene, Angehörige und nahestehende Bezugspersonen als auch Fachpersonen erbracht werden, sind diese Leistungen unbedingt beizubehalten (Massnahme A 1.1). Hinsichtlich der Bevölkerung gibt es aktuell zu wenige Massnahmen im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit, die auf die Förderung einer gesellschaftlichen Diskussion über die Themen Sterben und Tod zielen. Auch das Thema Palliative Care ist in der Gesellschaft zu wenig bekannt. Aus diesem Grund muss die Öffentlichkeitsarbeit verstärkt werden (Massnahme A 1.2). Für die Betroffenen, ihre Angehörigen und nahestehende Bezugspersonen gibt es zu wenig systematische Informationen zum regionalen Palliative-Care-Angebot. Eine Informationsplattform zum regionalen Palliative-Care-Angebot muss aus diesem Grund realisiert werden (Massnahme A 1.3). Da die Bedeutung von Palliative Care in den kommenden Jahren weiter zunehmen wird, muss zudem eine Ausrichtung der Versorgungsstrukturen und der involvierten Fachpersonen auf dieses Thema erfolgen (Massnahme A 2.2). In Zukunft unterstreicht auch die Abteilung Gesundheit die Bedeutung von Palliative Care und fördert so das Engagement der betroffenen Institutionen/Organisationen (Massnahme A 2.1).

5.2. Versorgung

5.2.1. Akutstationäre Versorgung

5.2.1.1. Ausgangslage Grundversorgung

Die Palliative-Care-Basisversorgung ist ein Teil des Basispakets und damit für die auf der Spitalliste genannten Leistungserbringer Pflicht. Nur Patienten, die auf eine spezifisch palliative Behandlung angewiesen sind, sollen an einem Kompetenzzentrum für Palliative Care medizinisch versorgt werden⁵⁵. Weitere Anforderungen an die allgemeine Palliative Care in Spitälern ohne Leistungsvertrag sind, im Gegensatz zur Spitalliste 2015 und dem dazugehörigen Anhang 5 mit den detaillierten Anforderungen pro akutsomatische Leistungsgruppe⁵⁶, nicht mehr festgehalten.

Die grundversorgende Palliative Care gehört zum Grundangebot und Behandlungen, die in diesen Bereich fallen, zur Basisversorgung aller Akutspitäler im Kanton⁵⁷. Insgesamt verstarben im Jahr 2019 1'740 Personen in einem Spital im Kanton Aargau (Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation), was 35 % aller Sterbefälle entspricht. Die Verteilung der Sterbefälle auf die Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation ist der folgenden Tabelle 5 zu entnehmen. Die Sterbefälle verteilen sich in der Akutsomatik grösstenteils auf die beiden Kantonsspitäler in Aarau und Baden, die im Jahr 2019 mit 1'173 Sterbefällen über 70 % aller akutstationären Sterbefälle aufwiesen.

55 Kanton Aargau, Departement Gesundheit und Soziales (DGS) (2018). Spitalliste 2020 Akutsomatik des Kantons Aargau. Anforderungen und Erläuterungen SPLG Akutsomatik AG.

56 Kanton Aargau, Departement Gesundheit und Soziales (DGS) (2014). Spitalliste 2015 Akutsomatik. Anhang 5: Detaillierte Anforderungen pro akutsomatische Leistungsgruppe: «Die Palliative Care setzt ein spezifisches Verständnis für den Palliativpatienten, seine Erkrankung, die Begleitumstände seiner Erkrankung und seine Bedürfnisse sowie eine entsprechende Grundhaltung gegenüber dem Patienten beim ärztlichen und pflegerischen Personal voraus. Die stationäre palliative Grundversorgung durch spitalinterne Teams, bestehend aus Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegenden mit entsprechender Ausbildung, soll neben Symptomtherapie (zum Beispiel Schmerztherapie) auch Physiotherapie, rehabilitative und präventive Massnahmen sowie psychologische und psychosoziale Betreuung umfassen. Angehörige, Hausärztinnen und -ärzte sowie die Spitex sollen bei der Entlassung eines Patienten über mögliche Komplikationen und deren Management aufgeklärt werden. Für sterbende Patienten und ihre Angehörigen stehen in den Spitälern Einzelzimmer zur Verfügung.»

57 Kanton Aargau, Departement Gesundheit und Soziales (2018). Anhang 2: Spitalliste 2020 Akutsomatik.

Tabelle 5: Kennzahlen zu den Sterbefällen in einem Spital im Kanton Aargau im Jahr 2019

	Anzahl Sterbefälle	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer (in Tagen)	Durchschnittliches Alter (in Jahren)	Frauen (absolut und in Prozent)
Akutsomatik	1'674	8,5	75,8	815 (49 %)
Rehabilitation	37	27,4	78,0	13 (35 %)
Psychiatrie	29	12,2	81,9	14 (48 %)
Total	1'740	9,0	75,9	842 (48 %)

Von den Sterbefällen in einem aargauischen Spitalstandort der Akutsomatik (ohne Psychiatrie und Rehabilitation, Anzahl 1'674) traten über 70 % von zu Hause ins Spital ein. Knapp 10 % davon lebten zu Hause mit ambulanter Betreuung durch die Spitex. 231 Personen oder knapp 14 % der Sterbefälle 2019 in der Akutsomatik traten von einem Pflegeheim in das Spital ein. Ihre Aufenthaltsdauer ist mit durchschnittlich 5,9 Tagen tiefer als bei den übrigen Sterbefällen mit anderen Zuweisungsstellen und gleichzeitig sind diese Sterbefälle mit durchschnittlich 84,3 Jahren älter als die übrigen Sterbefälle. Wird die Aufenthaltsdauer aller Sterbefälle im akutsomatischen Bereich betrachtet, so zeigt sich, dass knapp 60 % der Personen innerhalb der ersten Woche und knapp 80 % innerhalb der ersten beiden Wochen sterben.

Spezialisierte Versorgung

Die Leistungsaufträge der Spitäler werden via Spitalliste des Kantons Aargau festgelegt. Die Spitalliste 2020 führt einen Leistungs(quer)schnittsbereich «Palliative Care Kompetenzzentrum». Das Kantonsspital Aarau AG (KSA) (mit einer Palliativstation am Standort Zofingen), das Kantonsspital Baden AG (KSB) und die Hirslanden Klinik Aarau AG erbringen die spezialisierte Palliative Care. Bestandteil des akutstationären Angebots sind zudem die spitalinternen Palliativ-Konsiliardienste oder die Palliativ-Ambulatorien (ambulante Palliative-Care-Sprechstunden).

Als ausserkantonale Standorte werden das St. Claraspital Basel, das Universitäts-Kinderspital beider Basel und das Kinderspital Zürich auf der Spitalliste 2020 des Kantons Aargau geführt. Das Spital Zofingen verfügt über eine Palliativstation (seit 2014 und aktuell mit 10 Betten) und das Kantonsspital Aarau über eine Palliativsprechstunde (Ambulatorium) und einen spitalinternen Palliativ-Konsiliardienst. Im Kantonsspital Baden gestaltet sich das Angebot ähnlich (Palliativstation mit 8 Betten, spitalinterner Konsiliardienst, ambulante Sprechstunde). Die Hirslanden Klinik in Aarau verfügt über ein Angebot im stationären und ambulanten Bereich (Anzahl Betten: flexibel, momentan 5–6 Betten).

Über den Leistungsbereich beziehungsweise Querschnittsbereich Palliative Care sind im Anhang 4 zur Spitalliste 2020 Akutsomatik des Kantons Aargau weitere Informationen enthalten⁵⁸. Neben einer Definition von Palliative Care hält der Anhang 4 die speziellen Aufgaben dieser Institutionen als auch die Anforderungen, die an sie gestellt werden, fest. Folgende Aufgaben beinhaltet der Leistungsauftrag spezialisierte Palliative Care:

1. Behandlung von Patientinnen und Patienten, die eine komplexe palliative Betreuung benötigen, mit dem Ziel der Symptomkontrolle und psychosozialen Stabilisierung.

58 Kanton Aargau, Departement Gesundheit und Soziales (2018). Anhang 4 zur Spitalliste 2020 Akutsomatik des Kantons Aargau. Anforderungen und Erläuterungen SPLG Akutsomatik AG zu «PAL» (Palliative Care Kompetenzzentrum).

2. Stationäre Aufnahme von Patientinnen und Patienten zur Neubeurteilung und Behandlungsoptimierung der Palliativmassnahmen.
3. Beteiligung an Entwicklung und Evaluation von Prozessen und Standards für Palliative Care.
4. Beteiligung an Helpline und an mobilen Palliative-Care-Teams zur Unterstützung anderer Institutionen im Kanton und ambulanter Leistungserbringer in komplexen palliativen Situationen.
5. Aus- und Weiterbildung in Palliative Care, das heisst
 - a) Beteiligung an der Entwicklung und Evaluation von Ausbildungsstandards
 - b) Beteiligung an der Durchführung der Aus- und Weiterbildung für interne und externe Fachpersonen (Ärztinnen und Ärzte, Pflegende, Therapeutinnen und Therapeuten)
 - c) Bereitstellung von Praktikumsplätzen für Ärztinnen und Ärzte, Pflegende sowie Therapeutinnen und Therapeuten.

Die an die Institutionen gestellten Anforderungen liegen im Bereich der Strukturqualität sowie des Personals und beinhalten Vorgaben im Bereich konzeptioneller Kriterien. In den Aufgaben wie den Anforderungen wird auf die Unterstützung beziehungsweise Vernetzung mit anderen Institutionen im Kanton hingewiesen. Die vernetzte Leistungserbringung und die interprofessionelle Zusammenarbeit sind zentral für die palliative Betreuung von Betroffenen, wobei das Spital als Erbringer spezialisierter Palliative Care eine überaus wichtige Stellung innerhalb der Palliative-Care-Versorgungsstrukturen besitzt.

Werden nun die für die Palliativmedizin relevanten Fallpauschalen betrachtet (DRG A97A bis G), dann ergeben sich die in der folgenden Tabelle dargestellten Fallzahlen nach Austrittsort für das Jahr 2019. Es ist sehr wichtig zu erwähnen, dass es sich nicht um die absolute Anzahl Fälle handelt, die im Jahr 2019 in eine Palliativstation der Spitäler Zofingen, Baden oder der Hirslanden Klinik Aarau eintraten; vielmehr handelt sich dabei lediglich um diejenigen Fälle, bei denen eine Fallpauschale im Bereich der palliativmedizinischen Komplexbehandlung abgerechnet wurde. Nicht alle Patientinnen und Patienten auf einer Palliativstation in einem Spital erfüllen die Kriterien für die palliativmedizinisch relevanten Fallpauschalen.

Quelle Tabelle 6: Bundesamt für Statistik (BFS) (2019): Medizinische Statistik der Krankenhäuser

Tabelle 6: Anzahl Personen mit für Palliative Care relevanten DRGs (A97A bis G) in aargauischen Spitälern im Jahr 2019 und Austrittsart.

	Total	Sterbefall	Nach Hause	Pflegeheim	Anderes Spital	anderes
Absolute Anzahl	348	73	166	76	25	8
Prozentualer Anteil	100 %	21 %	48 %	22 %	7 %	2 %

Aufgrund der Tabelle wird die Wichtigkeit der Schnittstelle zwischen Palliativstation und ambulanter Versorgung deutlich. Neben den Austritten sind auch die Aufenthaltsorte vor Eintritt in eine Palliativstation interessant: Fast 80 % der Patientinnen und Patienten, die sich 2019 auf einer Palliativstation im Kanton Aargau aufgehalten haben und bei denen ein DRG der Kategorie A97A bis G zur Abrechnung gebracht wurde, traten von zu Hause ein. Nur 18 % davon nahmen die ambulante Versorgung durch eine Spitex-Organisation oder durch eine freiberufliche Spitex-Pflegefachperson in Anspruch. Etwa 19 % der Patientinnen und Patienten

ten traten aus einem anderen Spital in eine Palliativstation ein. Seltener war es, dass eine Person von einem Pflegeheim in die Palliativstation eintrat (3 %).

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer eines Sterbefalls mit einem DRG A97A bis G auf einer Palliativstation lag 2019 bei 23,1 Tagen, während bei den anderen Austritten die durchschnittliche Aufenthaltsdauer mit 17,2 Tagen etwas tiefer lag⁵⁹. Generell ist die Aufenthaltsdauer eines Sterbefalls mit einem DRG A97A bis G auf einer Palliativstation länger als gesamthaft in der Akutsomatik; diese beträgt durchschnittlich 8,5 Tage. Leider fehlen verlässliche Zahlen zur gesamten Patientenklientel auf Palliativstationen im Kanton Aargau, um die Patientenpfade verlässlicher aufzeigen zu können.

Bezogen auf die vulnerable Personengruppe der Kinder und Jugendlichen weist die Spitalliste 2020 Leistungsaufträge für spezialisierte Palliative Care mit dem Universitäts-Kinderspital beider Basel in Basel und dem Kinderspital in Zürich aus. Bezogen auf die aargauischen Spitalstandorte besteht einzig am Kantonsspital Aarau seit Oktober 2020 ein Angebot der pädiatrischen Palliative Care durch ein interdisziplinäres und interprofessionelles Team an der Klinik für Kinder und Jugendliche. Es handelt sich dabei in erster Linie um ein konsiliarisches Angebot. Dies bedeutet, dass das reguläre Behandlungsteam, wenn beispielsweise die Betroffenen zu Hause durch die Kinderspitex-Organisationen und durch den Kinderarzt / die Kinderärztin betreut werden, beraten und unterstützt wird.

5.2.1.2. Finanzierung

Stationäre Aufenthalte auf Palliativstationen werden über DRGs (Diagnosis Related Groups) abgewickelt. Die Kosten werden vom Kanton und den Krankenversicherern getragen. Hinsichtlich spezialisierter Palliative Care im akutstationären Bereich kommen sieben verschiedene DRG-Codes zur Anwendung (A97A–G). Darin enthalten sind die gesamten Leistungen, wobei eine Mindestanzahl Stunden pro Behandlungswoche definiert ist, in denen die beteiligten Berufsgruppen zum Einsatz kommen. Die Leistungen können gemäss Rückmeldungen der Spitäler aktuell durch diese Finanzierungsform nicht kostendeckend erbracht werden.

5.2.1.3. Handlungsbedarf

Die Bedeutung von Palliative Care wird in den grundversorgenden und spezialisierten Spitälern zunehmen. Die akutstationäre Versorgung muss sich mittels schrittweiser Erhöhung der Kapazitäten darauf vorbereiten. Gleichzeitig muss die Schnittstelle zur Langzeitpflege verbessert werden, indem punktuell spezialisierte Palliative Care in grundversorgenden Pflegeheimen erbracht werden kann, was zu einer Entlastung des akutstationären Settings führt. Zudem sind die Leistungserbringer der spezialisierten Palliative Care des akutstationären Bereichs aktuell nicht optimal über das gesamte Kantonsgebiet verteilt. Um die Versorgungsplanung zu verbessern, ist die spezialisierte Palliative Care im Langzeitpflegebereich gesamtheitlich zu planen und zu koordinieren (Massnahme B 3.1). Gleichzeitig gibt es in vielen Fällen Schwierigkeiten, die Betroffenen an geeignete Langzeitinstitutionen zu überweisen, die über genügend Fachkompetenz verfügen, um Betroffene zu übernehmen, die spezialisierte Palliative Care benötigen. Somit verlängert sich der akutstationäre Aufenthalt unnötig. Es besteht aus diesem Grund Handlungsbedarf beim Aufbau von Palliative-Care-Kompetenzen in

der Grundversorgung (Massnahmen D 6.1, 6.2 und 6.3) als auch beim punktuellen Bezug von spezialisierter Palliative Care in Pflegeheimen (Massnahme B 4.5).

5.2.2. Stationäre Langzeitversorgung

5.2.2.1. Ausgangslage

Grundversorgung

Palliative Care ist im Kanton Aargau im Pflegegesetz (PflG) verankert und dort seit dem 26. Juni 2007 in expliziter Form erwähnt. Im Bereich der Langzeitversorgung hält § 11 Abs. 1 PflG fest, dass die Gemeinden zuständig sind für die Planung und Sicherstellung eines bedarfsgerechten und qualitativ guten Angebots der ambulanten und stationären Langzeitpflege. Das bereitzustellende Angebot umfasst gemäss § 11 Abs. 3 PflG auch die grundversorgende Palliative Care. Diese wird im stationären Bereich von den auf der Pflegeheimliste geführten Institutionen gewährleistet. Die Orientierung soll anhand der Pflegeheimkonzeption 2012⁶⁰ erfolgen, wobei die Pflegeheimkonzeption nur eine Handreichung für die Ausgestaltung der spezialisierten Palliative Care (als besonderes Angebot) bietet, nicht aber der grundversorgenden Palliativversorgung. In die Zuständigkeit des Kantons fallen im Bereich der stationären Langzeitpflege die Bewilligung der Pflegeheime, das Führen der Pflegeheimliste und die Qualitätssicherung.

Im Jahr 2019 waren dies 99 Pflegeheime an 108 Standorten, die über 6'806 bewilligte Pflegeplätze verfügten und insgesamt 11'228 Personen betreuten (inkl. spezialisierte Plätze). Per 31.12.2019 wurden 6'440 Bewohnende gemeldet, davon 70 % Frauen⁶¹. Pflege und Begleitung am Lebensende sind eine Kernaufgabe der verschiedenen Langzeitpflegeeinrichtungen: Von den 4'997 Sterbefällen im Jahr 2019 im Kanton Aargau haben sich 2'307 Fälle (46 %) in Institutionen der Langzeitpflege (inkl. spezialisierte Plätze) ereignet. In den vergangenen Jahren ereigneten sich durchwegs knapp 50 % aller Sterbefälle in den Pflegeheimen. Bezogen auf eine einzelne Institution ergaben sich 2019 durchschnittlich 23,3 Todesfälle pro Jahr, wobei diese Anzahl vor allem je nach Grösse der Institution stark variiert (maximale Anzahl pro Pflegeheim: 108 Sterbefälle)⁶². Die folgende Tabelle zeigt die Anzahl Sterbefälle in den aargauischen Pflegeheimen (ohne Hospiz Aargau in Brugg) und die durchschnittliche Aufenthaltsdauer.

Quelle Tabelle 7: Bundesamt für Statistik (BFS) (2019): Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) (ohne Hospiz Aargau in Brugg).

Tabelle 7: Anzahl Sterbefälle und Aufenthaltsdauer in den grundversorgenden Pflegeheimen des Kantons Aargau in den Jahren 2010, 2013, 2016 und 2019

Total Sterbefall	2010	2013	2016	2019
Anzahl Sterbefälle	1'769	1'984	2'016	2'226
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Sterbefälle (in Tagen)	1146,74	983,97	983,35	859,5

Interessant ist auch der Ort vor Eintritt der Bewohnerinnen und Bewohner in die aargauischen Pflegeheimen. Die Veränderungen seit 2010 zeigt die folgende Tabelle auf.

60 Kanton Aargau (2009). Pflegeheimkonzeption 2012. Vom Regierungsrat genehmigt am 16. Dezember 2009.

61 BFS (2019). Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED).

62 BFS (2019). Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED).

Quelle Tabelle 8: Bundesamt für Statistik (BFS) (2019): Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) (ohne Hospiz Aargau in Brugg).

Tabelle 8: Ort vor Eintritt (absolut und prozentual) der Bewohnerinnen und Bewohner in aargauischen Pflegeheimen der Grundversorgung in den Jahren 2010, 2013, 2016 und 2019

Total Sterbefall	2010	2013	2016	2019
zu Hause	1'515 (44 %)	1'749 (41 %)	1'536 (33 %)	1'587 (33 %)
Sozialmedizinische Institution	201 (6 %)	509 (12 %)	680 (15 %)	825 (17 %)
Spital	1'286 (37 %)	1'771 (42 %)	2'097 (46 %)	2'201 (45 %)
anderes, keine Angaben, unbekannt	452 (13 %)	223 (5 %)	279 (6 %)	237 (5 %)
Total	3'454 (100 %)	4'252 (100 %)	4'592 (100 %)	4'850 (100 %)

Es gibt von Seiten der Pflegeheime keine statistischen Angaben darüber, wie viele Bewohnerinnen und Bewohner am Lebensende in ein Spital überwiesen werden und dort versterben. Es wird lediglich erfasst, dass es sich dabei um eine Person mit Austrittsort «Spital» handelt. Der weitere Verlauf wird jedoch nicht erfasst. Von Seiten der Spitäler resp. aus der medizinischen Statistik der Krankenhäuser ist jedoch bekannt, dass im Jahr 2019 insgesamt 231 Personen aus einem Pflegeheim ins Spital eintraten und dort verstarben. Dies entspricht 14 % aller Sterbefälle in der Akutsomatik (ohne Psychiatrie und Rehabilitation) im Kanton Aargau im Jahr 2019. Diese Personen verstarben nach einer durchschnittlich kürzeren Aufenthaltsdauer als die übrigen Personen (5,9 im Vergleich zu 8,5 Tagen) und wiesen im Durchschnitt ein höheres Alter auf (84,3 im Vergleich zu 75,8 Jahren) (vgl. Seite 28).

Spezialisierte Versorgung

Was die spezialisierten Angebote betrifft, kann der Regierungsrat gemäss § 4 Abs. 4 PflIG mit der Pflegeheimkonzeption geeigneten stationären Leistungserbringern einen speziellen Leistungsauftrag erteilen. Namentlich sind im PflIG die Akut- und Übergangspflege, die Gerontopsychiatrie, die Schwerstpflege, die Pflege von jüngeren Personen und die spezialisierte Palliative Care erwähnt. In der Pflegeheimkonzeption 2012⁶³ sind zur spezialisierten Palliative Care neue Qualitätskriterien definiert, die einem homogenen konzeptionellen und qualitativen Standard dienen sollen. Zusätzliche Informationen beziehungsweise Ausführungsbestimmungen zu spezialisierten Angeboten gemäss § 4 Abs. 4 PflIG finden sich in § 10, 11 und 12 der Pflegeverordnung (PflV). In § 12 PflV werden lediglich spezialisierte Angebote der Schwerstpflege und der Gerontopsychiatrie erwähnt. Auf der Pflegeheimliste werden aus diesem Grund keine separaten Leistungsaufträge für spezialisierte Palliative-Care-Leistungen im stationären Bereich der Langzeitpflege ausgewiesen, obwohl dies in der bereits genannten Pflegeheimkonzeption 2012 so vorgesehen wäre.

Pflegeheimen als Erbringer von spezialisierten Leistungen kommt innerhalb der Palliative-Care-Versorgungsstrukturen eine bedeutende Rolle zu: Sie garantieren die stationäre Versorgung von Betroffenen, deren Erkrankung mehrheitlich stabil ist, deren Behandlung aber gleichzeitig eine hohe Komplexität aufweist. Die Behandlung und Betreuung ist spezialisiert und aufwendig, erfordert jedoch nicht die Infrastruktur eines Spitals. Der Fokus von Pflegeheimen der spezialisierten Palliative Care liegt denn auch auf der Begleitung der Betroffenen am Lebensende und bis zum Tod, was eine Abgrenzung zu Palliativstationen in Spitälern darstellt, die den Schwerpunkt des Aufenthalts auf Abklärungen und die Stabilisierung von spezialisierten, palliativen Situationen legen und einen Austritt nach Hause oder die Verlegung in eine andere Institution anstreben.

63 Kanton Aargau (2009). Pflegeheimkonzeption 2012. Vom Regierungsrat genehmigt am 16. Dezember 2009.

Gesamtschweizerisch gesehen ist das spezialisierte Angebot im stationären Bereich für Personen, die keine Spitalbedürftigkeit aufweisen, sehr heterogen und wird, in Anlehnung an den Postulatsbericht (siehe Fussnote 9 auf Seite 11 und die dazugehörigen Informationen), zusammenfassend als stationäre Hospizstruktur bezeichnet. Damit gemeint sind beispielsweise spezialisierte Abteilungen in Pflegeheimen (sogenannte hospizähnliche Strukturen) oder auch autonome Häuser (sogenannte Hospize). In gewissen Kantonen besitzen diese Institutionen Spitalstatus. Im Kanton Aargau sind es mit dem Hospiz Aargau in Brugg (seit 2010) und dem Pflegeheim Reusspark in Niederwil (seit 2005) Institutionen mit regulärem Pflegeheimstatus und ohne Palliative-Care-Auftrag, die seit Jahren als Erbringer spezialisierter Leistungen gelten. Das Pflegeheim Reusspark in Niederwil, das pflegimuri in Muri und das Alters- und Pflegezentrum Pfauen in Bad Zurzach sind zudem mit dem Label von qualité palliative, dem Schweizerischen Verein für Qualität in Palliative Care, für die Erbringung von Palliative Care in der Grundversorgung ausgezeichnet (allgemeine und nicht spezialisierte Palliative Care). Weitere Pflegeheime erheben einen Zuschlag im Rahmen der Betreuungstaxe zu Lasten der Bewohnenden für Palliative Care oder sie geben an, regelmässig Betroffene bis ans Lebensende zu betreuen, die über einen Bedarf an spezialisierter Palliative Care verfügen (zum Beispiel das pflegimuri in Muri oder das Regionale Pflegezentrum Baden mit dem Haus Sonnenblick in Wettingen). Es kann davon ausgegangen werden, dass in grundversorgenden Pflegeheimen etwa 5 bis 10 % der Fälle auf spezialisierte Palliative Care angewiesen wären⁶⁴.

Das Hospiz Aargau in Brugg ist ein eigenständiges Haus und verfügt über 10 Betten. 2019 wurde über das gesamte Jahr gesehen eine durchschnittliche Bettenauslastung von 93,1 % erreicht (2018: 98,3 %, 2017: 90,5 %) ⁶⁵. Das Pflegeheim Reusspark in Niederwil verfügt über maximal 4 Betten⁶⁶. Da es sich dabei um ein Pflegeheim mit integrierten Betten der spezialisierten Palliative Care handelt, sind darüber bei den offiziellen Stellen wie Statistik Aargau des Departements Finanzen und Ressourcen (DFR) oder der Clearingstelle der Sektion Langzeitversorgung des Departements Gesundheit und Soziales (DGS) keine weiteren Kennzahlen vorhanden.

Das Hospiz Aargau in Brugg hat im Jahr 2019 99 Personen betreut (2018: 91 und 2017: 83) und weist insgesamt 3'361 Pflagegetage auf (2018: 3'208 und 2017: 2'985 Pflagegetage). Insgesamt starben im Jahr 2019 81 Personen, während 9 Personen über einen anderen Austrittsgrund verfügten (9 Personen wurden am Stichtag 31.12.2019 stationär betreut). Das Hospiz ist auf Patientinnen und Patienten in End-of-Life-Situationen ausgerichtet, jedoch sind auch Aufenthalte zur Entlastung möglich. Die durchschnittliche Dauer der geleisteten Pflege pro Tag liegt bei 127 Minuten, was der Pflegestufe 7 entspricht. Die Zuweisung erfolgte 2019 mehrheitlich aus dem Spital (53 %), wobei auch ein grosser Anteil der Personen von zu Hause in das Hospiz Aargau in Brugg eintrat (37 %). Traten die Betroffenen von zu Hause ins Hospiz Aargau in Brugg ein, wiesen sie durchschnittlich eine Pflegestufe 6 auf, bei Zuweisung aus dem Spital oder einer anderen sozialmedizinischen Institution eine Pflegestufe 8⁶⁷. Die minimale Aufenthaltsdauer eines Sterbefalls 2019 lag im Hospiz Aargau in Brugg bei einem Tag, die maximale Aufenthaltsdauer bei 612 Tagen⁶⁸.

64 Wächter, M. et al. (2015). Vertiefte Bedarfsabklärung «Mobile Palliative-Care-Dienste (MPCD)» im Kanton Luzern. Schlussbericht der Hochschule Luzern vom 9. Dezember 2015.

65 Hospiz Aargau (2020). Jahresbericht 2019. Abgerufen am 9. Januar 2020 unter: http://www.hospiz-aargau.ch/fileadmin/web/dokumente/Jahresbericht_2019.pdf.

66 Reusspark Niederwil (2018). Konzept Hospiz / Palliative Care. Abgerufen am 9. Januar 2020 unter: <https://www.reusspark.ch/files/media/content/pflege/pflegeangebot/Konzept%20Hospiz%20Palliative%20Care%20AW%2005.01.26.pdf>.

67 BFS (2019). Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED).

68 BFS (2019). Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED).

Quelle Tabelle 9: Bundesamt für Statistik (BFS) (2019): Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED).

Tabelle 9: Indikatoren zu den Sterbefällen für das Jahr 2019 in aargauischen Pflegeheimen und im Hospiz Aargau in Brugg als Erbringer spezialisierter Leistungen im Bereich Palliative Care

	Aargauische Pflegeheime	Hospiz Aargau in Brugg
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer (in Tagen)	859,5	31,3
Durchschnittliches Alter	86 Jahre	77 Jahre
Geschlechterverteilung (Frau / Mann)	1'353 (61 %) / 873 (39 %)	49 (60 %) / 32 (40 %)
Anzahl und Prozent der Patienten der Altersklasse "unter 65 Jahre"	397 von 11'129 (3,5 %)	14 von 99 (14 %)

Hinsichtlich der Aufenthaltsdauer der Sterbefälle im Hospiz Aargau in Brugg im Jahr 2019 zeigt sich das folgende Bild: 60 Personen oder 74 % aller Fälle versterben innerhalb von 30 Tagen, 75 Personen oder 92 % gar innerhalb von 60 Tagen, nur Einzelfälle weisen eine Aufenthaltsdauer von über 100 Tagen auf. Im Vergleich zu den aargauischen Pflegeheimen ohne Hospiz Aargau in Brugg ist die Aufenthaltsdauer der Sterbefälle sehr unterschiedlich: Über 70 % der Sterbefälle in den aargauischen Pflegeheimen ohne Hospiz weisen eine Aufenthaltsdauer von über 100 Tagen auf. Sterbefälle, die sich innerhalb von 30 Tagen ereignen (345 Personen, 16 %) oder die sich innerhalb von 60 Tage ereignen (529 Personen, 23 %), sind seltener.

Die Fluktuation und die kurzfristigen Eintritte sind für Heime, die Leistungen im Bereich der spezialisierten Palliative Care erbringen, mit einem besonderen Aufwand verbunden. Es ist nötig, dass diese Institutionen gut in das Versorgungsnetz eingebunden sind und der Informationsfluss gut ist. Zudem ist aufgrund der Komplexität der Erkrankung der Betroffenen ein sehr gut ausgebildetes, multiprofessionelles Team notwendig. Der Koordinationsaufwand ist deshalb höher als bei nicht spezialisierten palliativen Situationen, wo die Betroffenen in einem Pflegeheim der Grundversorgung verbleiben können. Die Behandlung bedingt zudem das Vorhandensein oder das schnelle Organisieren von bestimmten Medikamenten und Hilfsmitteln oder gar die Nähe zu einem Akutspital (zum Beispiel für Dialyse oder palliative Chemotherapie).

5.2.2.2. Finanzierung

Im stationären Langzeitpflegebereich legt der Kanton Pflegenormkosten fest. Es beteiligen sich die Betroffenen (Bewohner/innen der Pflegeheime), die Krankenversicherer und die Gemeinden (Restkosten) an den Kosten für die Pflege. Die Betroffenen kommen zusätzlich für Kosten der Hotellerie auf und tragen auch die Kosten für nicht KVG-pflichtige Pflege- und Betreuungsleistungen. Allenfalls erheben die Heime Zuschläge für besondere Leistungen hinsichtlich Betreuung und Hotellerie, die ebenfalls zulasten der Betroffenen gehen. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die im Jahr 2020 erhobenen Zuschläge für Palliative Care (Tabelle 10).

Der Kanton finanziert Ergänzungsleistungen (EL), falls die AHV-Rente die minimalen Lebenskosten nicht zu decken vermag. Ärztliche Leistungen im Langzeitbereich (durch Haus- oder Heimarzt oder -ärztin) werden mittels Tarmed (Tarif für ambulante ärztliche Leistungen) abgerechnet und von den Krankenversicherern und teilweise von den Bewohnerinnen und Bewohnern getragen (Franchise und Selbstbehalt).

Tabelle 10: Zuschläge für Palliative Care gemäss der Übersicht über die Tarife und Taxen 2020 der Pflegeheime im Kanton Aargau (Stand 14. Mai 2020)

Name der Institution	Zuschlag (in Franken)
Regionales Pflegezentrum Baden AG, Baden	20.–
Regionales Pflegezentrum Baden AG – Haus Sonnenblick, Wettingen	20.–
Hospiz Aargau, Brugg	40.–
Reusspark, Zentrum für Pflege und Betreuung, Niederwil	10.–
pflugimuri, Muri	20.–
Stiftung Alterszentrum Lindenhof, Oftringen	55.–

Institutionen, die Leistungen im Bereich der spezialisierten Palliative Care erbringen, verfügen über die gleiche Finanzierungsart wie grundversorgende Pflegeheime. Für die Jahre 2020–2023 können gemäss § 45c PflV die aargauischen Pflegeheime bei ungenügender Finanzierung der Pflegekosten einen Antrag auf einen Zuschlag stellen. Es handelt sich dabei um eine zusätzliche Restkostenvergütung, die ebenfalls von den Gemeinden getragen wird. Das Hospiz Aargau in Brugg erhält für die Jahre 2020–2023 und ab Pflegestufe 4 pro Pflorgetag und Patient/ in einen Zuschlag von 71 Franken, wobei andere Entschädigungen für beispielsweise erhöhten Pflegebedarf entfallen. Betrachtet man die Kosten, die Bewohnerinnen und Bewohner beispielsweise im Hospiz Aargau in Brugg selber tragen müssen, so belaufen sich diese nach der kantonalen Tarifordnung sowie der Tarife und der Taxen der Pflegeheime von 2020 auf durchschnittlich 293 Franken pro Tag (23 Franken Bewohneranteil an Pflege, 70 Franken für Betreuung, 160 Franken durchschnittliche Kosten für Hotellerie, 40 Franken für den Zuschlag Palliative Care, den das Pflegeheim zulasten der Bewohner/innen erhebt), was monatlich 8'790 Franken entspricht.

5.2.2.3. Handlungsbedarf

Die Bedeutung von Palliative Care wird auch in den grundversorgenden und spezialisierten Pflegeheimen des Kantons Aargau zunehmen. Dies erfordert eine Ausrichtung aller Heime auf das Thema Palliative Care und eine Sensibilisierung der in die Versorgung involvierten Fachpersonen (Massnahmen A 2.1 und 2.2). Die grundversorgenden Pflegeheime verfügen teilweise über zu wenige Kompetenzen, um Betroffene aus dem akutstationären Setting zu übernehmen, die wohnortnahe in eine Pflegeinstitution eintreten möchten. Es müssen Investitionen in die Weiterbildung des grundversorgenden Fachpersonals getätigt werden (Massnahmen D 6.1, 6.2 und 6.3).

Momentan gibt es im Kanton Aargau keine Leistungserbringer, die über einen Leistungsauftrag für spezialisierte Palliative Care in der stationären Langzeitpflege verfügen. Weil die Bedeutung und der Bedarf an spezialisierter Palliative Care zunehmen werden, sind die Entwicklung und der kontinuierliche Ausbau des Angebots notwendig. Dabei ist prioritär ein integrativer Ansatz zu verfolgen: So sind Plätze der spezialisierten Palliative Care in bestehenden Pflegeheimen zu schaffen. Da der Aufwand für spezialisierte Pflege in den Pflegeinstitutionen nicht ausreichend gedeckt ist, ist ein zusätzlicher Betrag pro Person und Pflorgetag zulasten der Restkostenfinanzierung zu definieren. Dieser Betrag ist an die Erfüllung von personellen, konzeptionellen und infrastrukturellen Anforderungen geknüpft (Massnahme B 4.1).

5.2.3. Ambulante Langzeitversorgung

5.2.3.1. Ausgangslage Grundversorgung

Auch für den ambulanten Bereich der Langzeitversorgung stellt § 11 Abs. 1 PflG die gesetzliche Grundlage dar. Die aargauischen Gemeinden sind somit auch im ambulanten Bereich der Langzeitpflege zuständig für die Planung und Sicherstellung eines bedarfsgerechten und qualitativ guten Angebots, wobei dies gemäss § 11 Abs. 3 PflG auch die grundversorgende Palliative Care umfasst. Die grundversorgende Palliative Care zielt auf zu Hause lebende Klientinnen und Klienten in stabilen Krankheitssituationen, die keine spezialisierte Behandlung und Betreuung benötigen. Sie wird im ambulanten Bereich von grundversorgenden Spitex-Organisationen (öffentlich oder privat) oder von freiberuflichen Pflegefachpersonen erbracht, die über Grundkenntnisse im Bereich Palliative Care verfügen.

Im Kanton Aargau gab es im Jahr 2019 51 öffentliche Spitex-Organisationen, 39 private Spitex-Organisationen und 72 selbstständigerwerbende Pflegefachpersonen. Diese Organisationen erbrachten die Grundversorgung in Palliativpflege. Im Jahr 2019 wurden insgesamt 29'238 Klientinnen und Klienten betreut, davon 65 % Frauen⁶⁹.

Spezialisierte Versorgung

Gemäss § 28 Abs. 3 PflV sind die Gemeinden zudem verpflichtet, ein Angebot im Bereich der spezialisierten Palliative Care bereitzustellen. Im Spitex-Leitbild von 2008 wird die ambulante Onkologiepflege⁷⁰ als Pflege in einem Spezialgebiet genannt, die von den Leistungserbringern zusätzliche, fachspezifische Kompetenzen verlangt. Seit dem Jahr 2017 besteht mit dem Verein «palliative aargau» eine Leistungsvereinbarung, die den Verein mandatiert, den Spitex Verband Aargau zu beauftragen, eine Fachstelle der ambulanten, spezialisierten Palliative-Care-Pflege zu entwickeln.

Die spezialisierte Palliative Care fokussiert ganz allgemein auf Betroffene, die sich in einer instabilen und komplexen Krankheitssituation befinden, und auf Situationen, in denen Angehörige ihre Belastungsgrenzen zu überschreiten drohen. Betroffene benötigen eine intensive Behandlung und teilweise hochkomplexe Pflege, die Expertenwissen und ein grosses Mass an Routine verlangen. Ein Palliativpflegedienst hat den Auftrag, palliativpflegerische Expertise in solche Situationen zu bringen, die Zusammenarbeit der verschiedenen in die Behandlung und Pflege involvierten Leistungserbringer zu fördern und zu gewährleisten sowie die Bedürfnisse von Angehörigen und nahestehenden Bezugspersonen zu berücksichtigen. Die psychosoziale Beratung und Unterstützung von Betroffenen und nahestehenden Bezugspersonen und die Koordination der Leistungen sind ebenfalls Teil des Auftrags. Ziel ist es, dass eine Überweisung in ein stationäres Setting verzögert oder vermieden werden kann, damit Klientinnen und Klienten zu Hause versterben können, falls sie dies wünschen. Gleichzeitig können mit einem ambulanten Palliative-Care-Dienst Betroffene früher aus dem akutstationären Setting nach Hause entlassen werden. Ein Palliativdienst entlastet somit die stationären Versorgungsstrukturen und übernimmt viele Aufgaben im Bereich der Vernetzung zwischen stationären und nicht-stationären Leistungserbringern. Er trägt massgeblich zur lokalen und regionalen Versorgungskoordination bei.

69 BFS (2019). Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause.

70 Ambulante Onkologiepflege als früherer Begriff für Palliative Care, als diese vor allem bei onkologischen Erkrankungen erbracht wurde. Aktuell bezieht sich Palliative Care nicht nur auf Tumorerkrankungen, sondern auch verschiedene Erkrankungen, die zu palliativen Situationen führen können.

Im Kanton Aargau wurde die spezialisierte Palliative-Care-Versorgung im ambulanten Bereich bis Ende April 2017 insgesamt über 20 Jahre lang durch die Krebsliga Aargau mit deren Onko-Spitem erbracht. Per 1. Mai 2017 wurde die Onko-Spitem Aargau im Laufe des Projekts «Progresso», an dem das Departement Gesundheit und Soziales (DGS), der Spitem Verband Aargau (SVAG), die Krebsliga Aargau und der Verein «palliative aargau» beteiligt waren, von NPO-Spitem-Organisationen unter dem Namen «PalliativeSpitem» abgelöst. Aktuell wird die spezialisierte Versorgung durch fünf Regionale Palliative Care Zentren (RPZ) erbracht (Spitem Region Lenzburg, Spitem Region Brugg, Spitem Fricktal, Spitem Muri und Umgebung, Spitem Suhrental Plus). Aus organisationaler Sicht handelt es sich dabei um bereits bestehende und eigenständige NPO-Spitem-Organisationen, die als Leistungserbringer mit Leistungsvereinbarung gelten. Diese führen eine Sparte «PalliativeSpitem». Diese sogenannten regionalen Palliative Care Zentren unterstehen der fachlichen Führung des Spitem Verbands Aargau im Rahmen der Fachstelle Palliative Care. Diese Fachstelle ist verantwortlich für die Sicherstellung der Versorgungsgleichheit durch Qualitätssicherung und -entwicklung (interprofessionelle Fachgremien, Fachgruppen und Supervisionen), für die Prüfung der Einhaltung der Vorgaben in den einzelnen RPZ, für die Definition und Festlegung der Weiterbildungen in den einzelnen RPZ, für die Evaluation zur Darstellung der Entwicklung der RPZ. Sie ist gleichzeitig Ansprechpartner für alle relevanten Akteure und zuständig für die Vernetzung auf kantonaler Ebene und schweizweit.

Die PalliativeSpitem ist vorwiegend als Dienst der 1. Linie tätig. Dies bedeutet, dass nicht nur Fachpersonen angeleitet oder beraten werden (2. Linie), sondern dass als primäre Zielgruppe Klientinnen und Klienten gepflegt und betreut werden. Aktuell (Stand: 21. Januar 2021) haben Bewohnerinnen und Bewohner aus den Gemeinden Holziken, Aarburg, Wohlen, Waltenschwil, Menziken und Burg keinen Zugang zum Dienst der PalliativeSpitem des Spitem Verbands Aargau, da Vereinbarungen von der Spitem vor Ort oder den Gemeinden gekündigt beziehungsweise nicht mehr abgeschlossen wurden⁷¹. Die Leistungen der PalliativeSpitem werden ausschliesslich von diplomierten Pflegefachpersonen (Tertiärausbildung) mit einer spezifischen Ausbildung in Palliative Care erbracht. Dies führt, verglichen mit einer nicht spezialisierten NPO-Spitem-Organisation, zu einem erhöhten Personalaufwand. In den Personalaufwand fliessen auch Entschädigungen für Nacht- und Wochenendeinsätze, wobei eine solche Verfügbarkeit durch die RPZ jedoch nur im Bedarfsfall sichergestellt wird. Dies bedeutet, dass aktuell noch keine flächendeckende 24/7-Verfügbarkeit sichergestellt ist. Die Arbeitgeber beteiligen sich an Weiterbildungen des Personals, zudem ist die Teilnahme an Fachgremien und Supervisionen zum Zweck der Qualitätssicherung vorgeschrieben. Im Vergleich zu einer NPO-Spitem fallen die Wegzeiten bei der PalliativeSpitem länger aus, da das Einzugsgebiet grösser ist. Die von der PalliativeSpitem erbrachten Pflegeleistungen beinhalten einen hohen Anteil an KLV-A-Stunden «Abklärung und Beratung» und einen kleinen Teil an KLV-B-Stunden «Untersuchung und Behandlung», wobei KLV-C-Leistungen «Grundpflege» nur in seltenen Fällen erbracht werden. Der hohe Anteil an «Abklärung und Beratung» macht die Einsätze tendenziell häufiger, aber gleichzeitig kürzer. Zudem entstehen höhere Aufwände im Bereich der Koordination, der Dokumentation, in der Führung und Administration sowie generell für die vorausschauende und flexible Planung, da mehrere Leistungserbringer an der Behandlung, Pflege und Begleitung von palliativen Klientinnen und Klienten in komplexen und instabilen Situationen beteiligt sind⁷².

71 Auskunft der Fachstelle PalliativeSpitem des Spitem Verbands Aargau vom 11. Januar 2021.

72 Wächter, M. und Bommer, A. (2014). Mobile Palliative-Care-Dienste in der Schweiz – Eine Bestandesaufnahme aus der Perspektive dieser Anbieter. Schlussbericht. Studie im Auftrag des BAG.

Die folgende Tabelle liefert einige Kennwerte zur PalliativeSpitex für die Jahre 2018 bis 2020.

Tabelle 11: Eigene Darstellung mit Daten der Sektion Langzeitversorgung der Abteilung Gesundheit und der Fachstelle Palliative Care des Spitex Verbands Aargau (SVAG).

Tabelle 11: Kennwerte zur PalliativeSpitex für die Jahre 2018 bis 2020

	2018	2019	2020
Anzahl erbrachte Leistungsstunden	2'591	3'812	5'365 ⁷³
Anteil an gesamthaft geleisteten KLV-Stunden der Spitex-Organisationen mit Leistungsvereinbarung	0,4 %	0,6 %	ausstehend
Vollkosten pro Leistungsstunde	CHF 239.– ⁷⁴	CHF 221.–	ausstehend
Restkosten pro Leistungsstunde ⁷⁵	CHF 128.–	CHF 128.–	CHF 148.25 ⁷⁶
Total Restkosten	CHF 331'648.–	CHF 487'936.–	CHF 795'361.25
Anzahl Vollzeitstellen	ca. 4	ca. 8	ausstehend
Anzahl betreute Klienten/Klientinnen durch die PalliativeSpitex (intern/extern)	336 (182/154)	377 (178/199)	497 (224/273)
Durchschnittliche Anzahl Leistungsstunden pro Klient/in	7,7	10,1	10,8
Anzahl Sterbefälle mit Begleitung durch die PalliativeSpitex	145	170	ausstehend

Zur Zuweisung bestehen keine gesicherten Daten. Die Befragung der Akteure im Rahmen der Entwicklung des Konzepts Palliative Care im März und April 2020 zeigte, dass 60 % der Klientinnen und Klienten der PalliativeSpitex von einem Spitalstandort zugewiesen werden. In lediglich 16 % der Fälle wird die PalliativeSpitex durch die grundversorgende Spitex-Organisation vor Ort hinzugezogen. 11 % der Fälle werden von Personen der Grundversorgung zugewiesen. In den weiteren 13 % sind es «Betroffene, Angehörige und nahestehende Bezugspersonen» oder «andere». Grundversorgende Spitex-Organisationen geben an, dass 50 % der Palliativpatientinnen und -patienten sich am Lebensende in komplexen und instabilen Situationen befinden und auf spezialisierte Palliative Care angewiesen wären. Aus der Sicht der ärztlichen Grundversorger/innen sind dies 38 %. Nur in 18 % dieser Fälle (grundversorgende Spitex-Organisationen) resp. 25 % der Fälle (Grundversorger/innen) wird daraufhin der Dienst der PalliativeSpitex beigezogen. Es sind keine Zahlen bekannt, die angeben, wie viele Personen aus dem ambulanten Setting mit spezialisierter Pflege durch die PalliativeSpitex in eine stationäre Institution (Spital oder Pflegeheim) wechseln und dort versterben.

Entgegen der nationalen Empfehlung gibt es aktuell zur PalliativeSpitex keinen dazugehörigen ärztlichen Hintergrunddienst oder gar in den Dienst eingebundene Palliativmediziner und -medizinerinnen, die betroffene Personen zu Hause besuchen. In einem Pilotprojekt der Fachstelle Palliative Care des Spitex Verbands Aargau (SVAG) wurde im Einzugsgebiet der PalliativeSpitex Suhrental Plus ein ärztlicher Hintergrunddienst geschaffen. Die fünf in den Dienst involvierten Ärztinnen und Ärzte gewährleisteten während 24 Stunden am Tag die telefonische Verfügbarkeit und Unterstützung. Von April bis September 2020 wurde der ärztliche Hintergrunddienst im Einzugsgebiet der Spitex Suhrental Plus (140'000 Einwohnerinnen und Einwohner) 14 Mal beansprucht, wobei damit eine Hospitalisation in 11 Fällen vermieden werden konnte. Gemessen an den durch die von der PalliativeSpitex Suhrental Plus betreuten 254 Personen im gesamten Jahr 2019 und somit 127 pro Halbjahr, entspricht dies dem Einbezug des ärztlichen Hintergrunddienstes in ungefähr 10 % der Fälle⁷⁷.

- 73 Hochrechnung (Stand: 15. Januar 2021).
- 74 Die verrechenbaren Vollkosten pro Leistungsstunde, d. h. die Kosten, die die RPZ den Spitex-Organisationen vor Ort in Rechnung stellten, betragen im Jahr 2018 223 Franken. Da dieser Betrag geringer ist als die tatsächlichen Vollkosten pro Leistungsstunde, wurden die Restkosten pro Leistungsstunde per 2020 erhöht (erst auf Fr. 145.– und später auf Fr. 148.25, siehe Fussnote 76).
- 75 Gemäss Empfehlung des Departements Gesundheit und Soziales des Kantons Aargau.
- 76 Die Empfehlung des Kantons Aargaus hinsichtlich Restkosten für die Jahre 2020–2021 wurde auf 145 Franken fixiert, da sich auf Basis der Kostenrechnung von 2018 ein durchschnittlicher, gewichteter Verlust von 17 Franken pro Stunde ergab. Aufgrund der durch das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) beschlossenen Senkung der Beiträge der Krankenversicherer an die Pflegeleistungen um 3,6 %, erhöhte sich die Empfehlung der Restkosten für die PalliativeSpitex für die Jahre 2020 und 2021 auf Fr. 148.25 pro Stunde.
- 77 Wernli, C. (2020). Projekt «Ärztlicher Hintergrunddienst» für die PalliativeSpitex der Spitex Suhrental Plus. Präsentation im Rahmen der Arbeitsgruppe «Versorgung» für das kantonale Konzept Palliative Care 2022 vom 20. Oktober 2020.

Neben dem Verein «palliative aargau», der Anfragen von Betroffenen während den regulären Bürozeiten entgegennimmt (ohne Notfälle), steht für Palliativpatientinnen und -patienten, Angehörige und nahestehende Bezugspersonen für die telefonische Notfallberatung das pallifon zur Verfügung. Dieses Angebot steht rund um die Uhr zur Verfügung und ist kostenlos. Es ist an das Ärztelefon des Kantons Zürich angegliedert und ermöglicht, dass in palliativen Notfallsituationen niederschwellig eine Fachberatung durch ein Fachteam stattfinden kann. Neben der Förderung der Selbstbestimmung und der Lebensqualität der Betroffenen und einer möglichst langen Betreuung zu Hause ist es das erklärte Ziel des pallifon, Spitalaufenthalte zu vermeiden, indem eine Alternative zum Einsatz des Notfalldienstes geschaffen wird. Ursprünglich durch eine Stiftung gegründet und auf die Pilotregion (Kanton Schwyz, Knonauer Amt, Bezirk Horgen) begrenzt, ist das pallifon seit 1. Januar 2021 ein gemeinnütziger Verein, der schrittweise auf die Regionen Zug, Bern und Aargau (seit 2017) ausgedehnt wurde.

Hinsichtlich der vulnerablen Gruppe der Kinder und Jugendlichen sind im Kanton Aargau drei Kinderspitex-Organisationen tätig: die Kinderspitex Nordwestschweiz mit drei Einsatzleitungen im Kanton Aargau, die Stiftung Joël Kinderspitex mit Sitz in Aarau und die Stiftung Kifa Schweiz mit Sitz in Zofingen. Das Angebot richtet sich im Rahmen der pädiatrischen Palliative Care auch an Kinder und Jugendliche, die sich krankheits- oder unfallbedingt in palliativen Situationen befinden können. Die Kinderspitex-Organisationen weisen bei der Versorgung von palliativen Kindern und Jugendlichen in der Regel eine enge Vernetzung mit den pädiatrischen Abteilungen der Spitäler und den Kinderärztinnen und Kinderärzten auf. Die Versorgung beinhaltet neben der Pflege und Behandlung physischer Symptome auch die psychische und spirituelle Begleitung der Kinder und Jugendlichen sowie ihrer Familien in diesen Ausnahmesituationen. Die Kinderspitex-Organisationen gewährleisten durch ihr Angebot, dass auf die individuellen Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen sowie ihrer Familien eingegangen werden kann, und ermöglichen damit, falls dies gewünscht und möglich ist, auch das ambulante Setting beziehungsweise das Zuhause der Familie als Sterbeort.

5.2.3.2. Finanzierung

Im ambulanten Langzeitpflegebereich vereinbaren Spitex-Organisationen mit Leistungsauftrag von Gemeinden die Abgeltung. Für Leistungserbringer ohne Leistungsvereinbarung legt der Regierungsrat im Rahmen der Tarifordnung Normkosten fest. Die kantonale Tarifordnung weist für private Spitex-Organisationen, Inhouse-Spitex-Organisationen (mit räumlich begrenzter Leistungserbringung) und selbstständige Pflegefachpersonen Normkosten pro Pflegestunde aus. Diese sind nach A-, B- und C-Leistungen gegliedert (A Abklärung, Beratung und Koordination, B Untersuchung und Behandlung, C Grundpflege). Ein festgesetzter Teil dieser Normkosten wird durch die Krankenversicherer getragen und die Differenz von den Gemeinden und den Betroffenen (Klientinnen und Klienten), wobei der Betrag für die Betroffenen pro Tag limitiert ist.

Die PalliativeSpitex ist ein spezialisierter Dienst, der von grundversorgenden Spitex-Organisationen eingekauft wird. Die fünf RPZ verrechnen ihre Leistungen direkt der grundversorgenden Spitex-Organisation vor Ort. Sie rechnen also nicht mit den Gemeinden ab, ausser es handelt sich um Gemeinden, mit denen sie als NPO-Spitex bereits

eine Leistungsvereinbarung abgeschlossen haben und wo sie als somatische Spitex Pflegeleistungen erbringen. Die PalliativeSpitex ist als Leistungserbringer im Bereich der ambulanten Versorgung berechtigt, einen Gemeindebeitrag (Restkosten) zu beziehen. Der Kanton Aargau empfiehlt den aargauischen Gemeinden die Höhe der zu übernehmenden Restkosten aufgrund der Analyse der Kostenrechnungen der fünf PalliativeSpitex-Organisationen durch die Abteilung Gesundheit des Departements Gesundheit und Soziales (DGS). Für die Jahre 2020 und 2021 wurde der Betrag auf Fr. 148.25 pro Pflegestunde festgesetzt (nur Restkosten, der Anteil der Krankenversicherer wird regulär abgerechnet, die Patientenbeteiligung mit der grundversorgenden Spitex vor Ort verhandelt). Für die Jahre 2020 und 2021 wurde ein Betrag von Fr. 148.25 pro Pflegestunde empfohlen (nur Restkosten, Anteil der Krankenversicherer sowie die Patientenbeteiligung werden von der grundversorgenden Spitex vor Ort regulär abgerechnet).

5.2.3.3. Handlungsbedarf

Spezialisierte Angebote der Palliative Care im ambulanten Bereich fallen in die Zuständigkeit der Gemeinden. Bislang gibt es vom Kanton hinsichtlich einer zusätzlichen Entschädigung von spezialisierter Palliative Care im ambulanten Langzeitbereich lediglich eine Empfehlung an die Gemeinden über die Höhe der zu übernehmenden Restkosten. Die momentane Abwicklung der Rechnungsstellung (PalliativeSpitex stellt der Spitex-Organisation vor Ort die erbrachten Leistungen in Rechnung und diese dann der entsprechenden Gemeinde) wirkt sich nachteilig auf den Einbezug der PalliativeSpitex und somit auf die adäquate Versorgung von Betroffenen aus. Um die bestehenden Leistungen beizubehalten und den gleichen, flächendeckenden Zugang zu spezialisierter Pflege im gesamten Kantonsgebiet sicherzustellen, sind einheitliche, verbindliche Anforderungskriterien zu definieren (Massnahme B 4.2). Die Restkosten tragen weiterhin die Gemeinden.

Der bestehende Pflegedienst erbringt zwar spezialisierte Pflegeleistungen, entspricht aber nicht den nationalen Empfehlungen eines mobilen Palliative-Care-Dienstes, da keine Ärztinnen und Ärzte Teil des Dienstes sind. Um die nationalen Vorgaben zu erfüllen, muss der Einschluss von Ärztinnen und Ärzten im Rahmen eines Hintergrunddienstes schrittweise in einzelnen Regionen erfolgen. Dies bedingt, dass der Informations- und Datenaustausch durch ein einheitliches Instrument verbessert wird, das kompatibel zu bestehenden Systemen ist (Massnahme B 4.3). Dadurch wird die Verbesserung der Qualität im ambulanten Versorgungssetting angestrebt, wobei gleichzeitig auch die Akutsomatik (Spitäler) entlastet wird.

Auch die ärztlichen Grundversorger/innen weisen auf die Bedeutung und Wichtigkeit von Palliativmedizinerinnen und -medizinerinnen innerhalb des mobilen Dienstes hin. Für die Grundversorger/innen stellt der Einschluss von Palliativmedizinerinnen und -medizinerinnen in den mobilen Dienst eine Möglichkeit der Entlastung dar bei gleichzeitiger Verbesserung der Versorgungsqualität. Aufgrund der Bedeutungszunahme des Themas Palliative Care sollten Grundversorger/innen trotzdem Palliative-Care-Knowhow aufbauen. Aus diesem Grund empfiehlt die Abteilung Gesundheit den Grundversorgerinnen und Grundversorgern das Absolvieren spezifischer Weiterbildungen (Massnahme D 6.3).

Der mobile Dienst deckt gegenwärtig nicht alle Dimensionen (körperlich, psychisch, sozial, spirituell) zur Genüge ab. Er sollte auch die speziali-

sierte Spiritual Care / Seelsorge als überkonfessionelles und flächendeckendes Angebot enthalten. Die spezialisierte Spiritual Care / Seelsorge erfolgt bedarfsgerecht und ist überkonfessionell. Ihr Einschluss in den mobilen Dienst erfolgt im Rahmen der Ausrollung eines bestehenden Projekts in allen aargauischen Regionen (Massnahme B 4.4).

Bei der näheren Betrachtung des Austrittsortes von Personen, die auf einer Palliativstation hospitalisiert waren, zeigte sich die Bedeutung der Schnittstellen zur ambulanten wie auch stationären Langzeitversorgung. Zur Verbesserung der Schnittstelle Spital – Pflegeheim soll angestrebt werden, dass Pflegeheime einerseits auf die zunehmende Bedeutung des Themas Palliative Care eingehen und sich darauf vorbereiten (Massnahme A 2.2). Andererseits wird allen grundversorgenden Fachpersonen empfohlen, Weiterbildungen im Bereich Palliative Care zu absolvieren (Massnahme D 6.3). Um nicht in jedem aargauischen Pflegeheim Kompetenzen der spezialisierten Palliative Care aufbauen zu müssen, muss die Möglichkeit geschaffen werden, dass Langzeitpflegeinstitutionen im Bedarfsfall den spezialisierten Dienst der Palliative Spitex beziehen können. Damit wird eine Verbesserung der Versorgungsqualität in den aargauischen Pflegeheimen angestrebt und gleichzeitig kann das akutstationäre Setting durch frühere Austritte aus dem Spital und spätere Eintritte oder gar die Vermeidung von Eintritten am Lebensende ins Spital entlastet werden (Massnahme B 4.5).

Handlungsbedarf besteht auch in palliativmedizinischen Notfallsituationen. Es ist sicherzustellen, dass telefonische Anfragen in palliativmedizinischen Notfällen auch in Zukunft abgedeckt sind und eine niederschwellige Anlaufstelle für Betroffene besteht. Aus diesem Grund empfiehlt sich die Prüfung einer finanziellen Unterstützung dieser Leistung (Massnahme B 4.7).

5.2.4. Ärztliche Grundversorger/innen

5.2.4.1. Ausgangslage

Ärztliche Grundversorger/innen als Fachärzte/-ärztinnen mit den Weiterbildungstiteln Allgemeine Innere Medizin, Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin sowie Praktische/r Ärztin/Arzt sind zentraler Bestandteil der grundversorgenden Palliative Care und zwar als Hausärztinnen und Hausärzte, aber auch als Heimärztinnen und Heimärzte in Pflegeheimen im Kanton Aargau.

In der Befragung der Akteure im Bereich Palliative Care im Rahmen der Entwicklung des vorliegenden Grundlagenberichts und des Konzepts Palliative Care gaben 92 % der Grundversorger/innen an, in den letzten beiden Jahren in einen Palliative-Care-Fall involviert gewesen zu sein. Sie beurteilen den Stellenwert von Palliative Care als eher wichtig. Jedoch machen Sterbefälle nach einer Einschätzung eben dieser Grundversorger/innen nur rund 1 % aller Patientinnen und Patienten aus, die sie innerhalb eines Jahres betreuen.

Die Grundversorger/innen gaben an, dass ungefähr 60 % die Sterbefälle am Lebensende einen erhöhten Bedarf an Behandlung, Pflege, Betreuung, Begleitung oder Beratung aufweisen und dass etwas mehr als ein Drittel der Sterbefälle (allgemeine oder spezialisierte) Palliative Care am Lebensende benötigt. Von Palliativpatientinnen und -patienten (also Betroffene mit Bedarf an Palliative Care) seien etwa ein Drittel komplex und instabil, wobei jedoch nur in etwas weniger als der Hälfte dieser Fälle ein spezialisiertes Angebot involviert wird (zum Beispiel Palliativstation, Hospiz, PalliativeSpitex, Palliativambulatorium). Die eigenen Ressourcen hinsichtlich Palliative Care werden als mittelmässig bis gut bezeichnet.

Die Grundversorger/innen beurteilen ihre eigene Fachlichkeit und Expertise hinsichtlich des Themas Palliative Care ebenfalls als mittelmässig bis gut. Sie geben gleichzeitig an, selten bis manchmal an Grenzen zu stossen, wenn es um die Versorgung von Palliativpatientinnen und -patienten geht. Ein Viertel der an der Befragung teilnehmenden ärztlichen Grundversorger/innen verfügt über eine Ausbildung im Bereich Palliative Care, mehrheitlich im Bereich der Niveaus A1 und A2.

Für die ambulante Betreuung von Palliativpatientinnen und -patienten gibt ein Drittel der Befragten an, weitere Angebote zu benötigen. Es sind dies:

- Entlastungsangebote für Angehörige (zum Beispiel Sitznachtwachen)
- Ambulanter ärztlicher Palliativdienst in Ergänzung zur PalliativeSpitex (zum Beispiel als Unterstützung bei der adäquaten Schmerztherapie)
- Angebote zur Befähigung des Pflegepersonals in Heimen zur adäquaten Pflege von Betroffenen in palliativen Situationen (zum Beispiel bei komplexen pflegerischen Interventionen).

5.2.4.2. Finanzierung

Für ärztliche Leistungen im Langzeitbereich kommt der Tarmed (Tarif für ambulante ärztliche Leistungen) zum Zug. Dabei sind die Krankenkversicherer die Kostenträger. Ärztliche Leistungen werden sowohl bei Patienten/innen in Pflegeheimen als auch bei ambulant zu Hause betreuten Personen nach Tarmed abgerechnet.

5.2.4.3. Handlungsbedarf

Die Möglichkeiten der Abgeltungen ärztlicher Leistungen via Tarmed sind hinsichtlich der tatsächlich erbrachten Leistungen unzureichend, da oftmals höhere Zeitaufwände in palliativen Situationen anfallen. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn es sich um spezialisierte Fälle handelt. Die zeitliche und flächendeckende Verfügbarkeit ärztlicher Grundversorger/innen kann nicht gewährleistet werden. Dies und die fachliche Qualifikation in spezialisierten Situationen wird durch die Grundversorger/innen als auch durch andere Fachpersonen als teilweise unzureichend eingeschätzt. Gleichzeitig sind ärztliche Grundversorger/innen zentral für die ambulante Versorgung von Palliativpatientinnen und -patienten. Aus diesem Grund muss die Weiterbildung ärztlicher Grundversorger/innen gefördert werden (Massnahme D 6.3). Gleichzeitig möchten die ärztlichen Grundversorger/innen selbst in spezialisierten palliativen Situationen eine Spezialistin oder einen Spezialisten beiziehen können. Aus diesem Grund muss die bestehende PalliativeSpitex als spezialisierter Pflegedienst mit Palliativmedizinern/-medizinerinnen ergänzt werden (Massnahme B 4.3).

5.2.5. Angebote im Bereich der spirituellen Dimension

5.2.5.1. Ausgangslage

Die spirituelle Dimension ist eine von vier Säulen des Modells des Total Pain innerhalb der Palliative Care (vgl. Abbildung 2, Seite 9). Spiritual Care leistet einen Beitrag zur Förderung der subjektiven Lebensqualität und zur Wahrung der Personenwürde angesichts von Krankheit, Leiden und Tod. Alle Beteiligten des interprofessionellen Teams können einen Beitrag zu den spirituellen Bedürfnissen einer betroffenen Person leisten, sofern sie in der Lage sind, existenzielle, spirituelle und religiöse Not zu erkennen und ihr Resonanz zukommen zu lassen. Grundsätzlich handelt es sich dabei um ein Angebot für Betroffene, ihre Angehörigen und nahestehende Bezugspersonen sowie für die Mitarbeitenden in den Institutionen. Das Angebot ist stets unabhängig von religiöser Zugehörigkeit oder Weltanschauung.

Gemeindeseelsorge sowie spirituelle Begleitung durch Freiwillige

Für zu Hause lebende Mitglieder der Landeskirchen besteht die Möglichkeit, ein seelsorgerisches Angebot nachzufragen: Jede Kirchgemeinde (reformierte Gemeinden oder römisch-katholische Pfarreien) verfügt über ausgebildete und erfahrene Seelsorgende, die jederzeit für Gespräche und Begleitung zur Verfügung stehen. Diese Seelsorgenden stellen darüber hinaus nicht nur die spirituelle Begleitung der landeskirchlichen Mitglieder in den Alters- und Pflegeheimen mit weniger als 150 Betten sicher, sondern sie begleiten auf Wunsch auch die Angehörigen und nahestehende Bezugspersonen von Betroffenen ihrer Kirchgemeinde, wenn sich diese Betroffenen in einer Institution des Gesundheitswesens befinden.

Ein weiteres Element der umfassenden Begleitung von Betroffenen ist der durch die Initiative der reformierten Landeskirche Aargau seit 2010 bestehende Begleitdienst für Menschen in palliativen Situationen. Es handelt sich dabei um ein psychosoziales Angebot, das auf Freiwilligenarbeit basiert. Der Palliative-Care-Begleitdienst vermittelt ausgebildete Freiwillige zur Begleitung von schwerkranken und sterbenden Menschen und ihren Angehörigen und zwar ungeachtet von deren Religionszugehörigkeit. Unterstützt werden demnach Betroffene, ihre Angehörigen und nahestehende Bezugspersonen sowie auch Pflegepersonal, das in die Betreuung von schwerkranken und sterbenden Menschen involviert ist. Der Begleitdienst durch Freiwillige kann auch von Betroffenen beigezogen werden, die in Institutionen (zum Beispiel Spitäler, Pflegeheime) leben. Seit 2016 wird das Projekt von den Aargauer Landeskirchen getragen (durch die reformierte, die römisch-katholische und die christkatholische Kirche des Kantons Aargau). Der Dienst ist für die Betroffenen kostenlos. Bei den Landeskirchen besteht eine Koordinationsstelle als Drehscheibe für die Einsätze des Begleitdienstes (Einsatzzentrale), die eine 24/7-Verfügbarkeit gewährleistet. Es gibt aktuell 13 Regionalgruppen, womit das gesamte Kantonsgebiet mit dem Begleitdienst abgedeckt werden kann. Den Regionalgruppen stehen Gruppenleitende vor. Im Jahr 2019 wurden 463 Begleitungen durch ca. 150 ausgebildete Freiwillige durchgeführt, wobei diese freiwilligen Begleitpersonen insgesamt 7'567 Stunden geleistet haben. Es bestanden im Jahr 2019 Vereinbarungen mit dem Hospiz Aargau in Brugg und dem Regionalen Begleitdienst Oberes Wynental. Die Zusammenarbeit mit den Spitex-Organisationen, insbesondere den bestehenden fünf PalliativeSpitex-Organisationen, ist sehr eng. Palliative-Care-Begleitpersonen der Aargauer Landeskirchen verpflichten sich zu jährlicher

Weiterbildung und Supervision. Sie treffen sich auch regelmässig zum Austausch sowie zu Standortgesprächen. Diese Treffen werden von der Leitung der regionalen oder kantonalen Begleitgruppe organisiert.

Auch das Hospiz Aargau in Brugg bietet unter dem Namen «Hospiz Ambulant» eine konfessionell neutrale, häusliche Entlastung im Rahmen der Sterbebegleitung an. Das Angebot richtet sich an Personen im gesamten Kantonsgebiet, die sich zu Hause oder in Pflegeheimen aufhalten. Das Angebot kann während 24 Stunden nachgefragt werden. Eine Einsatzzentrale koordiniert das Angebot, wobei es das Ziel ist, die betreuenden Angehörigen zu entlasten. Für den Begleitdienst werden Freiwillige eingesetzt, die unentgeltlich arbeiten. Vom «Hospiz Ambulant» wurden im Jahr 2019 insgesamt 212 Einsätze und 1'643 Einsatzstunden geleistet⁷⁸.

Ein weiteres Angebot im Bereich der Sterbebegleitung wird vom Regionalen Besuchsdienst in Reinach realisiert. Schwerkranke und sterbende Menschen werden durch den Dienst im Spital Menziken, in den Pflegeheimen oder zu Hause begleitet. Die Einsätze werden kostenlos durch freiwillige Mitarbeitende erbracht. Im Jahr 2018 leisteten Freiwillige 240 Einsätze im Umfang von insgesamt 901 Stunden⁷⁹.

Spezialisierte Spiritual Care / Seelsorge

Die Seelsorge ist die spezialisierte Profession im Kontext der Spiritual Care und versteht sich als eine der Kernaufgaben der christlichen Kirche. Die spezialisierte Spiritual Care / Seelsorge wird an allen aargauischen Standorten der Akutspitäler, in Rehabilitationskliniken und in den grösseren Pflegeheimen (in der Regel Pflegeheime ab 150 Betten) von Seelsorgenden der reformierten und der römisch-katholischen Landeskirche Aargau wahrgenommen. Die Seelsorgenden erbringen ein Angebot, das den Betroffenen, ihren Angehörigen sowie nahestehenden Bezugspersonen sowie allen Mitarbeitenden der Institutionen zur Verfügung steht. Im Kantonsspital Aarau (KSA), im Kantonsspital Baden (KSB), in den Psychiatrischen Diensten Aargau (PDAG), in der Hirslanden Klinik Aarau und in der Klinik Barmelweid gewährleistet die Seelsorge eine 24/7-Verfügbarkeit.

Die Begleitung einzelner Personen oder von Familiensystemen kann die Seelsorge nur leisten, wenn es ihr gelingt, die Qualität ihrer Arbeit als wirksame, zuverlässige Profession mit Kontextkompetenz evidenzbasiert nachzuweisen. Dies wird, nebst der seelsorgerlichen Begleitung, unter anderem durch die Teilnahme an Rapporten und Fallbesprechungen, durch die Teilnahme an oder auch Moderation von ethischen Fallgesprächen, durch Weiterbildungsangebote vor allem für Pflegenden (zum Beispiel zur Indikation von seelsorgerlichen Interventionen oder zum Thema Sterben in den verschiedenen Religionen) geleistet. Mit all diesen Aufgaben ist die Seelsorge Teil der Institution und in diese integriert. Sie ist jedoch nicht automatisch Bestandteil des Aufenthalts von Patientinnen und Patienten, sondern sie wird bei Bedarf dazu gerufen. Im Rahmen der spezialisierten Palliative Care in den aargauischen Akutspitalern ist die Seelsorge fester Bestandteil der Behandlung und Begleitung von Betroffenen, ihren Angehörigen und nahestehenden Bezugspersonen.

Während bei der spezialisierten Seelsorge im stationären Bereich von einem in die Institutionen integrierten Angebot gesprochen werden kann, gestaltet sich die Situation im ambulanten Bereich anders: Nen-

78 Hospiz Aargau (2020). Jahresbericht 2019. Abgerufen am 16. Januar 2020 unter: http://www.hospiz-aargau.ch/fileadmin/web/dokumente/Jahresbericht_2019.pdf.

79 Regionaler Besuchsdienst Reinach (2019). Jahresbericht 2018. Abgerufen am 15. Januar 2020 unter: http://regionalerbesuchsdienst.ch/inc/jb2018_rbd.pdf.

nenswert in diesem Zusammenhang ist an dieser Stelle das Pilotprojekt in der Region der Spitex Suhrental Plus, das durch die PalliativeSpitex in Zusammenarbeit mit den Landeskirchen durchgeführt wird. Die Seelsorge als spezialisierte Spiritual Care gilt im Rahmen dieses Projekts als Teil des Begleitsystems PalliativeSpitex, in dem Sinne wie beispielsweise die spezialisierte Spiritual Care auch Bestandteil der spezialisierten Palliative Care bei einem akutstationären Aufenthalt ist. Das Angebot bildet somit das Äquivalent im ambulanten Bereich. Bisher ist dieses Pilotprojekt die einzige Möglichkeit für zu Hause lebende Betroffene, deren Angehörige sowie nahestehende Bezugspersonen und auch für die Mitarbeitenden der spezialisierten PalliativeSpitex (Fachpersonen), ein Angebot der spezialisierten Seelsorge nachzufragen.

Finanzierung

An den Kosten für die Seelsorge als spezialisierte Spiritual Care in den grösseren stationären Institutionen im Kanton Aargau beteiligen sich diese nur in Ausnahmefällen. Die Kosten werden hauptsächlich von den Aargauer Landeskirchen getragen. Die Kosten für das Pilotprojekt der spezialisierten Spiritual Care als Bestandteil der PalliativeSpitex werden aktuell durch die Landeskirchen finanziert. Im grundversorgenden Bereich werden die Kosten für den Palliative-Care-Begleitdienst ebenfalls von den Aargauer Landeskirchen übernommen. Diese beinhalten beispielsweise die Aufwendungen für Koordination (Einsatzzentrale), Supervision oder Spesen der Freiwilligen. Der Regionale Besuchsdienst in Reinach deckt seine Auslagen (Personal- und Sachaufwand) durch Spenden und Mitgliederbeiträge.

5.2.5.2. Handlungsbedarf

Mit Fokus auf die spezialisierte Spiritual Care in der Palliative Care im ambulanten und stationären Bereich ist es notwendig, in den Anforderungskriterien zur stationären und ambulanten spezialisierten Palliative Care festzuhalten, welches Angebot an Spiritual Care für Betroffene, ihre Angehörigen, nahestehende Bezugspersonen sowie Fachpersonen innerhalb der jeweiligen Institution beziehungsweise Organisation zur Verfügung stehen soll. Momentan besteht im ambulanten im Vergleich zum stationären Bereich die grössere Angebotslücke, obwohl die Finanzierung im stationären Bereich keinesfalls geklärt ist. Wenn die spirituelle Dimension der Palliative Care berücksichtigt werden soll, muss gewährleistet werden, dass Leistungen, die sich auf die spirituelle Dimension beziehen und durch Freiwilligenarbeit oder von spezialisierten Fachpersonen erbracht werden, finanziert werden können (Massnahme B 4.6). Gleichzeitig muss das spezialisierte Angebot im ambulanten Bereich ausgebaut werden, damit auch zu Hause lebende Personen mit Bedarf an spezialisierter Palliative Care das vernetzte Angebot der spezialisierten Spiritual Care im gesamten Kanton nachfragen können (Massnahme B 4.4).

5.2.6. Koordination und Vernetzung

5.2.6.1. Ausgangslage

Versorgungskoordination

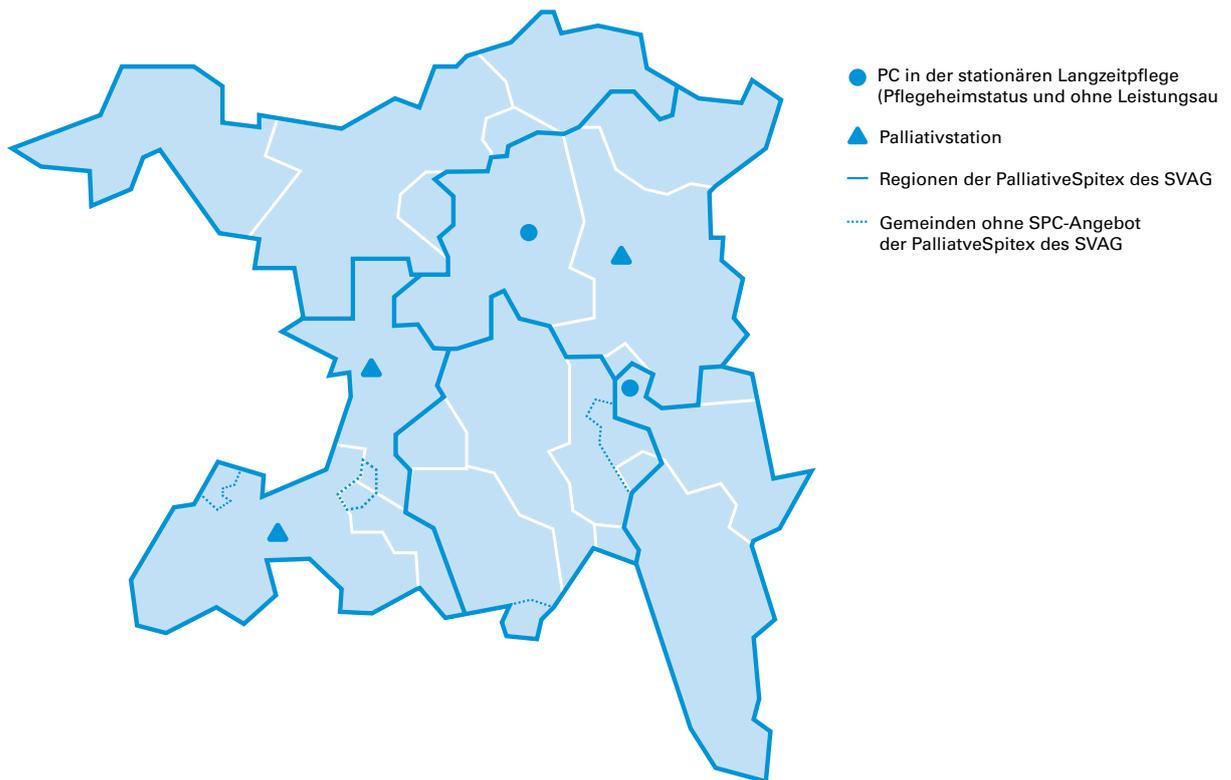
Die Planung der Palliative-Care-Versorgung findet im Kanton Aargau am ehesten im Bereich der Akutsomatik statt. Dort vergibt der Kanton Aargau Leistungsaufträge an Spitäler zur Sicherstellung der spezialisierten Palliative Care. Im stationären Bereich der Langzeitpflege fallen spezialisierte Angebote zwar in den Zuständigkeitsbereich des Kantons,

wobei aber Palliative Care innerhalb der Pflegeverordnung als spezialisiertes Angebot fehlt und deshalb keine offiziellen Leistungserbringer bestehen. Im ambulanten Bereich fallen spezialisierte Angebote in die Zuständigkeit der Gemeinden.

Die aktuelle Versorgungssituation im Kanton Aargau kann anhand der folgenden Abbildung beschrieben werden; sie stellt die spezialisierten Angebote im Bereich Palliative Care. Mit roten Dreiecken sind die Palliativstationen in Zofingen, Aarau und in Baden aufgeführt. Mit hellblauen Punkten sind die beiden Pflegeheime aufgeführt, die Leistungen im Bereich der spezialisierten Palliative Care erbringen (Hospiz Aargau, Brugg und Reusspark, Niederwil). Dunkelblau eingefasst sind die fünf Regionen, in denen die PalliativeSpitex aktuell tätig ist (Region Suhrental / Zofingen, Region Lenzburg / Wynental / Seetal, Region Freiamt, Region Fricktal und Region Nord-Ost). In oranger Farbe sind diejenigen Gemeinden dargestellt, die aktuell keine Sicherstellung der spezialisierten Palliative Care durch die bestehende PalliativeSpitex des SVAG gewährleisten.

Für die Versorgungsplanung sind Daten zu den verschiedenen Versorgungssettings essentiell. Im akutstationären Setting kann ein Teil der Daten aus der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser des BFS für Analysen beigezogen werden, wobei jedoch nicht alle Patientinnen und Patienten bekannt sind, die in Palliativstationen eingetreten sind; es gibt auch keine Informationen über Personen, die von grundversorgenden Spitälern palliativ betreut wurden. Die beste Datenlage ist im Bereich der Pflegeheime vorhanden: dies einerseits aufgrund der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) des BFS; andererseits sind Daten zu Palliative Care via Clearingstelle abrufbar oder aus der Kostenrechnung ableitbar. Grundversorgende Pflegeheime, die über integrierte Betten der spezialisierten Palliative Care verfügen, erfassen diese Daten jedoch nicht separat, was keinen Rückschluss darauf zulässt, wie viele Personen im Rahmen der spezialisierten Palliative Care im Kanton Aargau in Pflegeheimen betreut wurden. Ganz generell fehlen Daten zu den Patientenpfaden am Lebensende, wobei vor allem die Wechsel der Versorgungssettings interessant sind. Die geringste Datenbasis besteht im Bereich der ambulanten Versorgung. Sterbefälle werden nicht systematisch erfasst und Patientenpfade können nicht nachvollzogen werden. Im spezialisierten Bereich der ambulanten Versorgung stellt die PalliativeSpitex bei Anfragen Daten zur Verfügung oder sie können teilweise wie im stationären Bereich aus der Kostenrechnung abgeleitet werden.

Abbildung 6: Versorgungssituation der spezialisierten Palliative Care im Kanton Aargau (Stand: Januar 2021)



Vernetzung

Die Vernetzung der Leistungserbringer im Bereich Palliative Care findet implizit und ohne einen eigentlichen Auftrag statt. Besonders im ambulanten Bereich sind die involvierten Fachpersonen auf eine gute Vernetzung angewiesen, um eine ausreichende Versorgungsqualität zu gewährleisten. Die Vernetzung der Leistungserbringer ist in den verschiedenen Regionen jedoch heterogen. Ein explizites Vernetzungsangebot ist zum Beispiel das Projekt Palliative Care in den Gemeinden, das vom Verein «palliative aargau» 2018 lanciert wurde. Das gemeindenahere Projekt hat zum Ziel, ein lokales Netzwerk zu bilden, die interdisziplinäre Zusammenarbeit zu fördern und den Einsatz von Freiwilligen auf Gemeindeebene sicherzustellen. Damit sollte insbesondere erreicht werden, dass Angebote und Leistungen im Bereich der Palliative Care sichtbar gemacht werden und ein regionales beziehungsweise lokales Kommunikationsnetzwerk entstehen kann. Dies trägt dazu bei, dass ein zuverlässiges Betreuungsnetz die Betroffenen, ihre Angehörigen und nahestehende Bezugspersonen unterstützt, damit ein Verbleib im ambulanten Setting so lange ermöglicht werden kann, wie es von den Betroffenen gewünscht und von den Angehörigen und nahestehenden Bezugspersonen getragen wird. In den Jahren 2019 und 2020 waren vier Regionalgruppen (Brugg, Kulm, Zofingen, Aarau) aktiv im Bereich der Vernetzung, Information sowie Öffentlichkeitsarbeit. Das Projekt wird auch im Jahr 2021 weitergeführt.

Die Befragung der Akteure im Bereich Palliative Care, die im Rahmen der Entwicklung des Konzepts Palliative Care im März und April 2020 durchgeführt wurde, zeigt auf, dass sich die Teilnehmenden als mittelmässig bis gut in die interprofessionelle und interinstitutionelle Zusammenarbeit im Bereich Palliative Care eingebunden fühlen. Ebenso verhält es sich mit dem wahrgenommenen Informationsfluss zum Thema Palliative Care und zur wahrgenommenen Koordination der Palliativversorgung. Eine Verbesserung der Versorgungskoordination wird vor allem in der Bildung von regionalen Versorgungsnetzwerken gesehen.

Geht es um die vulnerable Gruppe der Kinder und Jugendlichen, engagieren sich die Spitalstandorte als auch die Kinderspitex-Organisationen im Paediatric Palliative Care Network CH (PPCN), das sich als nationales Netzwerk für pädiatrische Palliative Care dafür einsetzt, dass betroffene Kinder und Jugendliche sowie ihre Familien individuelle, fachlich und menschlich hochstehende Palliative Care erhalten.

5.2.6.2. Finanzierung

Die Vernetzungsarbeit ist in den meisten Fällen eine Arbeit ohne Abgeltung, die ein hohes Engagement und über die Arbeit hinausgehendes Interesse am Tätigkeitsgebiet voraussetzt. Damit eine gute Versorgungsqualität resultiert, sollte die Vernetzung der involvierten Leistungserbringer strukturiert erfolgen. Das Projekt Palliative Care in den Gemeinden wird von «palliative aargau» realisiert und im Rahmen des bestehenden Leistungsauftrags vom Kanton finanziert.

Handlungsbedarf

Um die Versorgungsplanung zu verbessern, ist die spezialisierte Palliative Care im Langzeitpflegebereich gesamtheitlich zu planen und zu koordinieren (Massnahme B 3.1). Zur verbesserten Versorgungsplanung sind zudem vermehrt Daten nötig, wobei insbesondere Erbringer von spezialisierten Leistungen personen- oder kostenbezogene Informationen erfassen müssen, damit die kantonale Versorgungsplanung gewährleistet und gegebenenfalls angepasst werden kann (Massnahme B 3.3). Vernetzungsangebote für die in die Palliative Care involvierten Fachpersonen und Freiwilligen müssen ausserdem kantonal flächendeckend vorhanden sein. Die Vernetzung und Strukturarbeit muss auch auf vulnerable Personengruppen ausgerichtet sein (Massnahme B 3.2).

5.3. Qualität

5.3.1. Ausgangslage

Nationales Qualitätszertifikat

Auf nationaler Ebene gelten die «Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz»⁸⁰ sowie die «Indikationskriterien für die spezialisierte Palliative Care»⁸¹ als Empfehlungen hinsichtlich Mindestanforderungen für Angebote in der allgemeinen sowie spezialisierten Versorgung im ambulanten oder stationären Bereich. Gleichzeitig besteht seit 2010 auf nationaler Ebene der Verein *qualitépalliative*, der das Ziel hat, die Qualität von Leistungserbringern im Bereich Palliative Care in der Schweiz zu überprüfen und zu verbessern. Der Verein verleiht ein schweizerisches Label für die Anerkennung der Qualität in Palliative Care, überprüft die Leistungsqualität stationärer und ambulanter/mobiler Einrichtungen und Dienste durch kompetente Auditorinnen und Auditoren und veröffentlicht eine Liste von anerkannten Einrichtungen und Diensten, die über das Label verfügen.

Für die Vergabe des Labels «Qualität in Palliative Care» werden unterschiedliche Qualitätskriterien herangezogen, die sich an spezialisierte stationäre Palliative-Care-Einrichtungen richten (Liste A), an spezialisierte mobile Dienste (spitalintern oder -extern, Liste B) oder an Institutionen der Langzeitpflege, die allgemeine Palliative-Care-Leistungen erbringen (Liste C). Die zertifizierten Einrichtungen im stationären Bereich, die spezialisierte Leistungen erbringen (Liste A), sind allesamt

⁸⁰ BAG, GDK und palliative ch (2014). Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz (aktualisierte Version).

⁸¹ BAG und GDK (2011). Indikationskriterien für spezialisierte Palliative Care (aktualisierte Version von 2014).

Akutspitäler oder Hospize, die im jeweiligen Kanton über Spitalstatus verfügen, das heisst auf der kantonalen Spitalliste geführt werden (zum Beispiel das Hospiz im Park, die Klinik für Palliative Care in Arlesheim oder die Stiftung Diaconis – Spezialisierte Palliative Care, Stadt Bern).

Im Kanton Aargau verfügen das Kantonsspital Baden und die Palliativstation des Spitals Zofingen über das Label «Qualität in Palliative Care» von *qualitépalliative* (Liste A). Zudem wird im Anhang 4 zur Spitalliste 2020 des Kantons Aargau darauf hingewiesen, dass die Richtlinien für die Zertifizierung mit dem Label «Qualität in Palliative Care» (Liste A von *palliative.ch*; Version 17.9.2010) eingehalten werden müssen⁸².

Für Institutionen der spezialisierten Palliative Care im Langzeitbereich mit Pflegeheimstatus gibt es momentan kein nationales Zertifikat, jedoch bereiten *qualitépalliative* als auch der Dachverband der Hospize Schweiz ein solches vor. Im Bereich der allgemeinen Palliative Care in Institutionen der Langzeitpflege (Grundversorgung) besitzen das Alterszentrum Pfauen in Bad Zurzach, das Zentrum für Pflege und Betreuung Reusspark in Niederwil und das pflegimuri in Muri das Zertifikat (Liste C). Der ambulante Dienst der PalliativeSpitex, der in fünf aargauischen Regionen die Erbringung von spezialisierten Palliative-Care-Leistungen übernimmt, kann nicht zertifiziert werden, da es sich dabei um einen reinen Dienst bestehend aus diplomiertem Pflegepersonal handelt und keine Ärztinnen und Ärzte in den Dienst eingeschlossen sind; letzteres ist jedoch unverzichtbar für einen mobilen Palliative-Care-Dienst.

Kantonale Qualitätssicherung

Im akutstationären Bereich wird hinsichtlich der Leistungserbringer der spezialisierten Palliative Care davon ausgegangen (aber nicht überprüft), dass die Institutionen die Kriterien des Zertifikats des Vereins *qualitépalliative* einhalten (Selbstkontrolle). Ein Leistungsauftragscontrolling im akutstationären Bereich befindet sich aktuell im Aufbau.

Die rechtlichen Grundlagen zur Qualität sehen gemäss § 7 Abs. 1 PflG vor, dass die Leistungserbringer der Langzeitpflege (ambulant wie stationär) den zuständigen kantonalen Behörden periodisch den Nachweis der Qualitäts- und Leistungsfähigkeit erbringen. Die Abteilung Gesundheit des DGS überwacht gemäss kantonalem Pflegegesetz als Bewilligungs- und Aufsichtsbehörde den Bereich der Qualitätssicherung anhand von Qualitäts-Reportings. Für diese jährlich einzureichenden Reportings sind die Leistungserbringer selber verantwortlich und sie erfolgen als Selbstbewertung. Die Institutionen der stationären Langzeitpflege als auch die Spitex-Organisationen müssen sich zudem einmal innerhalb eines vierjährigen Zyklus durch einen externen Partner auditieren lassen.

Hinsichtlich Palliative Care werden beispielsweise die Pflegeheime jährlich mittels Qualitäts-Reporting befragt, ob sie über ein betriebliches Konzept Palliative Care verfügen. Laut Qualitätsbericht 2019 besitzen 68 der 108 Pflegeheime (63 %) über ein solches Konzept. Es bestehen jedoch keine Vorgaben, welche Bestandteile ein solches Konzept aufweisen muss. Im Rahmen des Audits muss zwecks Qualitätsentwicklung das Thema «Autonomie und Rechte der Bewohnenden» bearbeitet werden. Dieses Thema weist Aspekte auf, die mit Palliative Care assoziiert werden können. Die ambulanten Leistungserbringer der Langzeitpflege können Palliative Care ebenfalls als Themenbereich im Rahmen der Qualitätsentwicklung wählen.

82 Kanton Aargau, Departement Gesundheit und Soziales (DGS) (2018). Anhang 4 zur Spitalliste 2020 Akutsomatik des Kantons Aargau. Anforderungen und Erläuterungen SPLG Akutsomatik AG zu «PAL» (Palliative Care Kompetenzzentrum).

Die Pflegeheimkonzeption 2012 hält ausserdem fest, dass der Kanton bezüglich spezialisierter Palliative Care in Pflegeheimen konzeptionelle und qualitative Standards anstrebt, und definiert die folgenden neun Qualitätskriterien:

1. Räumlich und infrastrukturmässig spezieller Rahmen für die Palliativ-Care-Station mit einem speziell qualifizierten Team
2. Schmerzmanagement und ärztlicher Liaisondienst zur Schmerzmedizin
3. Qualifizierung sowie Fort- und Weiterbildung in Palliative Care der Personen in Pflege und Betreuung
4. Konsequente Patientenorientierung
5. Einsatz Freiwilliger/Ehrenamtlicher zur Begleitung und Betreuung
6. Umgang mit ethischen Krisen
7. Notfallpläne und Krisenvorsorge
8. Angebote für trauernde Angehörige
9. Unterstützung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Belastungssituationen

Zudem wird festgehalten, dass Pflegeheime, die Leistungen der spezialisierten Palliative Care erbringen, auf der Pflegeheimliste ausdrücklich erwähnt werden sollen. Für den ambulanten Bereich der Langzeitpflege nennt das Spitex-Leitbild von 2008 Palliative Care (mit dem veralteten Begriff der ambulanten Onkologiepflege) zwar im Zusammenhang mit der Pflege in Spezialgebieten, umschreibt und definiert jedoch eher den Begriff der ambulanten Onkologiepflege. Qualitätskriterien für die ambulante Versorgung werden nicht beschrieben.

Die Befragung der Akteure im Bereich Palliative Care, die im Rahmen der Entwicklung des Konzepts Palliative Care im März und April 2020 durchgeführt wurde, zeigt auf, dass die Versorgungsqualität im Bereich der Palliative Care im Kanton Aargau durch die Akteure selbst als mittelmässig bis gut beurteilt wird. Generell gut bezeichnet werden Angebote der spezialisierten Palliative Care, wobei die Palliativstationen der Spitäler am besten hinsichtlich der Versorgungsqualität eingeschätzt werden. Die ärztlichen Grundversorger/innen erreichen den tiefsten Wert, wobei dies neben fehlendem inhaltlichem Wissen auf eine Kombination von zeitlicher Verfügbarkeit, Häufigkeit der nötigen Interventionen und einer ungenügenden finanziellen Entschädigung zurückzuführen sei, was sich in einer ungenügenden Kontinuität der Behandlung und somit in einer geringeren Versorgungsqualität niederschlägt.

5.3.2. Finanzierung

Institutionen, die ein nationales Qualitätszertifikat anstreben, finanzieren dieses selbst. Die kantonale Qualitätssicherung fällt in die Zuständigkeit des Kantons. Falls sich Institutionen oder Organisationen durch einen externen Partner der Abteilung Gesundheit auditieren lassen müssen, was der Prozess der Qualitätssicherung und -entwicklung vorsieht, finanzieren sie dies selbst.

5.3.3. Handlungsbedarf

Gemessen an der Bedeutung des Themas Palliative Care heute wie auch in Zukunft, sind aktuell zu wenige Vorgaben vorhanden, die zur Qualitätssicherung und -entwicklung der grundversorgenden Palliative Care im akutstationären Bereich und in der ambulanten und stationären Langzeitversorgung beitragen. Zudem werden gewisse Vorgaben nicht systematisch überprüft. Um eine einheitliche Qualität innerhalb der verschiedenen Versorgungssettings zu gewährleisten, müssen Qualitätsanforderungen definiert werden. Das Thema Palliative Care muss in einem grösseren Ausmass in die Prozesse der Qualitätssicherung und -entwicklung einfließen (Massnahme C 5.1).

In der spezialisierten Palliative Care sind im Rahmen von Leistungsvereinbarungen zu erfüllende Strukturkriterien (personell, infrastrukturell und konzeptionell) festzulegen. Die Abteilung Gesundheit überprüft die Erfüllung dieser Kriterien regelmässig und verknüpft diese mit der Abgeltung der erbrachten Leistungen. Der Kanton strebt damit eine qualitativ gute spezialisierte Palliative Care in der Langzeitpflege an und ein gleichwertiges Angebot an allen Standorten (Massnahme C 5.2).

5.4. Bildung

5.4.1. Ausgangslage

Der Kanton Aargau unterstützt seit dem Jahr 2015 die Weiterbildung von angestellten oder selbstständigen Gesundheitsfachpersonen, Ärztinnen und Ärzten, Seelsorgenden sowie Freiwilligen im Bereich Palliative Care. Die Förderung hat das Ziel, einen Anreiz für den Besuch einer Palliative-Care-Weiterbildung zu schaffen, damit das erworbene Wissen im Berufsalltag oder im Rahmen einer ehrenamtlichen Tätigkeit bei der Betreuung von Palliativpatientinnen und -patienten angewendet wird und somit zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität führt.

Die Koordination der Auszahlung der Weiterbildungsbeiträge wird über den Verein «palliative aargau» abgewickelt, der mit dem Kanton für diese Aufgabe einen Leistungsvertrag besitzt und Weiterbildungsbeiträge des Kantons bis zu einer vereinbarten Obergrenze pro Vertragsperiode ausschütten kann. Die Aufgabe von «palliative aargau» ist es, die Bezugsberechtigung zu überprüfen, die Beiträge auszusahlen und die Abrechnung gegenüber dem Kanton zu tätigen. Die Höhe der ausbezahlten Weiterbildungsbeiträge richtet sich nach den Ausbildungsniveaus in der Palliative Care, die national anerkannt sind und sich folgendermassen unterscheiden:

Tabelle 12: Ausbildungsniveaus im Bereich Palliative Care, definiert von palliative.ch und maximal ausgerichteter Weiterbildungsbeitrag durch «palliative aargau» (Stand: Januar 2021)

	A1	A2	B1	B2	C
Definition	Personen, die gelegentlich in ihrem Berufsalltag mit chronisch kranken Menschen oder mit akuten Situationen am Lebensende konfrontiert sind. Diese Personen sind entweder in der Grundversorgung oder im Gemeinwesen tätig.	Berufsfachleute im Gesundheitswesen, die gelegentlich palliative Patienten und deren Familien begleiten. Diese Fachleute sind in der Grundversorgung tätig.	Sämtliche Berufsgruppen des Gesundheitswesens, die oft mit palliativen Situationen zu tun haben oder bei denen diese zum Arbeitsalltag gehören. Diese Fachleute bieten palliative Grundversorgung an.	Berufsfachleute des Gesundheitswesens, deren Berufsalltag vor allem Palliative-Care-Situationen umfasst (Palliative-Care-Einrichtungen, Palliative-Care-Teams (spitalintern/-extern)) oder als Ressourcenpersonen für Fachleute aus anderen Gebieten. Diese Fachleute bieten eine spezialisierte palliative Versorgung an.	Berufsfachleute des Gesundheitswesens, eigentliche Experten, die hochspezialisierte Palliative Care anbieten.
Versorgungsstufen	Grundversorgung	Grundversorgung	Grundversorgung	Spezialisierte Versorgung	Hochspezialisierte Versorgung
Kursdauer	24 Stunden (3Tage)	40 Stunden (5Tage)	80 Stunden (10Tage)	280 Stunden	mind. 1800 Stunden max. 3600 Stunden
Max. Weiterbildungsbeitrag	Fr. 650.–	Fr. 1'000.–	Fr. 1'500.–	Fr. 1'500.–	keine

Quelle Tabelle 12: palliative.ch (2012). Kompetenzen für Spezialisten in Palliative Care. Abgerufen am 23. Januar 2021 unter: https://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/E_Standards/Kompetenzkatalog_DE.pdf.

Inhouse-Schulungen, die innerhalb von Institutionen mit mehreren Mitarbeitenden stattfinden, werden mit 1'000 Franken pro Kurstag unterstützt, Ausbildungen auf Kompetenzniveau C (Master of Science oder Master of Advanced Studies) werden nicht unterstützt. Zwischen 2015 und 2018 wurden 1'194 Personen mit einem Weiterbildungsbeitrag unterstützt, 491 Personen (41 %) haben eine individuelle Weiterbildung besucht und 703 Personen (59 %) eine Inhouse-Schulung. Im Jahr 2019 beanspruchten insgesamt 170 Personen Weiterbildungsbeiträge im Bereich Palliative Care. 53 Personen (31 %) besuchten eine individuelle Weiterbildung, während 117 Personen (69 %) an einer Inhouse-Schulung teilnahmen. Insgesamt wurden im Jahr 2019 die erwähnten 170 Teilnehmenden mit gesamthaft 75'590 Franken unterstützt⁸³. Die folgende Tabelle zeigt die Anzahl Teilnehmende nach Ausbildungsniveau für das Jahr 2019:

Kursanbieter sind beispielsweise die Landeskirchen Aargau, die eine Pionierrolle bezüglich Weiterbildungen im Bereich Palliative Care einnehmen, das Schweizerische Rote Kreuz, Careum Weiterbildung Aarau oder H plus Bildung Aarau. Besonders erwähnenswert ist der Palliativ-Basiskurs für Ärztinnen und Ärzte auf Kompetenzniveau A2, der von «palliative aargau» in Kooperation mit den Aargauer Landeskirchen durchgeführt wird. Zielgruppe sind niedergelassene Ärztinnen und Ärzte oder Spitalärztinnen und Spitalärzte. Der Basiskurs für Ärztinnen und Ärzte besteht seit 2017. Im Jahr 2019 haben 14 Personen daran teilgenommen (2017: 25, 2018: 24). Die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte stammen bis auf wenige Ausnahmen aus dem Kanton Aargau.

Die Befragung der Akteure im Bereich Palliative Care im Rahmen der Entwicklung des vorliegenden Konzepts, die im März und April 2020 durchgeführt wurde, zeigt, dass die befragten Personen nur selten bis manchmal an Grenzen stossen, wenn Palliativpatientinnen und -patienten versorgt werden müssen. Zusätzlich wird die Selbsteinschätzung der Fachlichkeit und Expertise von den befragten Personen als mittelmässig bis gut beschrieben. Grundversorger/innen weisen bei dieser Selbstbeurteilung den tiefsten Wert der verschiedenen Berufsgruppen auf.

⁸³ Per 31. August 2020 konnten 51'180 Franken bereits ausbezahlt werden. Für die restlichen Beiträge, die für das Jahr 2019 angemeldet wurden, wird der Nachweis des Ausbildungsabschlusses abgewartet.

Werden die Akteure zu absolvierten Palliative-Care-Weiterbildungen befragt, so gibt die Hälfte an, selbst eine solche zu besitzen oder dass innerhalb von Institutionen Personen eine solche Qualifikation erworben haben. Die höchste Rate an Palliative-Care-Weiterbildungen wird von Pflegeheimen angegeben, wobei fast 80 % der antwortenden Pflegeheime angeben, dass innerhalb der Institution eine oder mehrere Personen über eine Qualifikation im Bereich Palliative Care verfügen. Von den Grundversorgerinnen und Grundversorgern gibt lediglich ein Viertel an, über eine Weiterbildungsqualifikation zu verfügen. Die befragten Personen geben an, die erworbenen Ausbildungsinhalte manchmal bis oft anzuwenden.

5.4.2. Finanzierung

Die Weiterbildung im Bereich Palliative Care wird durch den Kanton bereits seit 2015 und somit seit sieben Jahren finanziell unterstützt und gefördert. Die Förderung der Weiterbildung im Bereich Palliative Care wurde in der Einführungsphase 2015–2018 über den Swisslos-Fonds finanziert. In diesen ersten vier Jahren waren maximal 280'000 Franken pro Jahr für die Förderung der Weiterbildung vorgesehen und wurden in diesem Rahmen auch vergütet. Für die Periode 2019–2021 wurde mit dem Verein «palliative aargau» eine Leistungsvereinbarung abgeschlossen. Das Kostendach liegt bei 405'000 Franken für drei Vertragsjahre.

5.4.3. Handlungsbedarf

Die Weiterbildung von Fachpersonen und Freiwilligen im Bereich Palliative Care ist Grundlage für die Versorgungsqualität. Die durchgeführte Befragung lässt darauf schliessen, dass der vorhandene Qualifikationsgrad über alle Fachpersonen gesehen als genügend bis leicht ausbaufähig eingeschätzt werden kann. Aus diesem Grund muss die kantonale Unterstützung der Weiterbildung im Bereich Palliative Care beibehalten werden (Massnahme D 6.1).

Es zeigt sich zudem, dass viele Personen sehr motiviert sind, eine Weiterbildung im Bereich Palliative Care zu absolvieren. Inwiefern die finanzielle Unterstützung zum Entschluss beiträgt, eine solche Weiterbildung zu absolvieren, ist jedoch unklar. Die Befragung zeigte zudem, dass das Fachwissen unter den Akteuren als heterogen wahrgenommen wird und beispielsweise bei den ärztlichen Grundversorgenden beziehungsweise generell in der Grundversorgung noch ausbaufähig ist. Allgemein fehlt eine weiterführende Evaluation der bisherigen Weiterbildungsbeiträge im Bereich Palliative Care. Auf Basis einer solchen Evaluation kann in den folgenden Jahren eine finanzielle Unterstützung der Weiterbildung gezielter erfolgen (Massnahme D 6.2).

Quelle Tabelle 13: Quelle: Daten aus dem Reporting 2019 des Vereins «palliative aargau» vom 31. August 2020.

Aufgrund der Bedarfszunahme an Palliative Care ist es angezeigt, dass vor allem in der Grundversorgung (Spitäler, Pflegeheime, Spitex-Organisationen, freiberufliche Spitex-Pflegefachpersonen, ärztliche Grundversorger/innen) die Kompetenz im Bereich Palliative Care ausgebaut wird. Die Abteilung Gesundheit empfiehlt aus diesem Grund den Fachpersonen der Grundversorgung das Absolvieren einer Weiterbildung im Bereich Palliative Care (Massnahme D 6.3).

Tabelle 13: Anzahl Teilnehmende pro Kompetenzniveau und Weiterbildungsjahr im Kanton Aargau im Jahr 2019

	A1	A2	B1	B2
Individuelle Weiterbildung	7	35	11	-
Inhouse-Schulung	62	55	-	
Total	69	90	11	-
Max. Weiterbildungsbeitrag	Fr. 1'500.-	keine		

6. Handlungsschwerpunkte

6.1. Handlungsfeld A: Sensibilisierung und Information

Ziel 1 Die Bevölkerung sowie Betroffene, ihre Angehörigen und nahestehende Bezugspersonen sind ausreichend für das Thema Palliative Care sensibilisiert und verfügen über niederschwellige Informationen zu den vorhandenen Angeboten und Strukturen.

Nr	Prio	Massnahmen	Leistungserbringer	Zeithorizont	Art der Umsetzung
A 1.1	1	Sicherstellung bestehender Leistungen (Anlaufstelle und Öffentlichkeitsarbeit)	palliative aargau (bestehender Leistungserbringer)	ab 2022 (jährlich wiederkehrend)	Abteilung Gesundheit durch Leistungsvertrag
A 1.2	2	Verstärkung der Investitionen im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit	geeignete Leistungserbringer (im Ausschreibungsverfahren)	ab 2024 (jährlich wiederkehrend)	Abteilung Gesundheit durch Leistungsvertrag
A 1.3	1	Realisierung einer Informationsplattform zum regionalen Palliative-Care-Angebot <ul style="list-style-type: none"> – Die Aufbereitung der Informationen über die vorhandenen Angebote orientiert sich an regionalen Einzugsgebieten. – Das Bestehen der Informationsplattform wird offensiv kommuniziert. 	palliative aargau (bestehender Leistungserbringer)	ab 2022 (jährlich wiederkehrend)	Abteilung Gesundheit durch Leistungsvertrag

Ziel 2 Fachpersonen werden hinsichtlich der aktuellen und zukünftigen Bedeutung von Palliative Care sensibilisiert. Sie kennen die regional vorhandenen Angebote und Strukturen.

Nr	Prio	Massnahmen	Leistungserbringer	Zeithorizont	Art der Umsetzung
A 2.1	2	Realisierung eines Palliative-Care-Kongresses für Fachpersonen und Verbände <ul style="list-style-type: none"> – Die Abteilung Gesundheit unterstreicht die Bedeutung von Palliative Care mittels eines alle zwei Jahre stattfindenden Kongresses, der sich an die im Aargau tätigen Fachpersonen und Verbände richtet und der Versorgungskoordination dient. 	Abteilung Gesundheit	2023 und 2025	Organisation und Durchführung durch die Abteilung Gesundheit
A 2.2	3	Ausrichtung des Fokus der Institutionen/Organisationen auf Palliative Care <ul style="list-style-type: none"> – Die Abteilung Gesundheit empfiehlt allen Leistungserbringern, sich in den kommenden Jahren auf das Thema Palliative Care auszurichten (zum Beispiel mittels Konzeptarbeit oder internen Schulungen zum Thema Palliative Care). 	alle Leistungserbringer	ab 2022	Umsetzung der Empfehlung

6.2. Handlungsfeld B: Versorgung

Ziel 3 Die Palliative-Care-Versorgung im Kanton Aargau ist koordiniert und vernetzt.

Nr	Prio	Massnahmen	Leistungserbringer	Zeithorizont	Art der Umsetzung
B 3.1	1	<p>Zentrale Organisation der spezialisierten Versorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> – Die spezialisierte Palliative-Care-Versorgung im Langzeitpflegebereich wird zentral organisiert, geplant und koordiniert. – Die Regionalplanungs- und Leistungserbringerverbände werden in die Versorgungsplanung einbezogen. 	Abteilung Gesundheit	ab 2022	Versorgungsplanung unter Einbezug der Regionalplanungs- und Leistungserbringerverbände
B 3.2	1	<p>Entwicklung und Implementierung regionaler Palliative-Care-Netzwerke</p> <ul style="list-style-type: none"> – Regionale Palliative-Care-Communities werden gebildet. – Es finden regelmässige Vernetzungstreffen von Fachpersonen in den Palliative-Care-Communities statt, um die Versorgungskoordination, die Interprofessionalität und die interdisziplinäre Zusammenarbeit (zum Beispiel Entwicklung von Standardverordnungen) zu verbessern. – Das Projekt «Palliative Care in den Gemeinden» (PCiG) wird integriert beziehungsweise auf die Versorgungsräume abgestimmt. – Der Einbezug von Freiwilligen in diese regionalen Palliative-Care-Communities wird definiert. – Vulnerable Personengruppen werden in der Struktur- und Vernetzungsarbeit berücksichtigt (regional, überregional oder interkantonal). 	palliative aargau (bestehender Leistungserbringer)	ab 2022	Abteilung Gesundheit durch Leistungsvertrag
B 3.3	3	<p>Definition und Erfassung von Daten für die kantonale Versorgungsplanung im Langzeitpflegebereich</p> <ul style="list-style-type: none"> – Personen- und kostenbezogene Daten für die kantonale Versorgungsplanung der spezialisierten Palliative Care werden definiert. – Erbringer von spezialisierten Leistungen erfassen diese Daten und stellen sie zur Verfügung. Dies wird mit der Abgeltung der Leistungen verknüpft. 	Abteilung Gesundheit sowie spezialisierte Leistungserbringer	ab 2022	Bestandteil der Anforderungen im Leistungsauftrag

Ziel 4

Der gleichwertige Zugang und ausreichende Kapazitäten der palliativen Versorgung sind im gesamten Kanton Aargau sichergestellt.

Nr	Prio	Massnahmen	Leistungserbringer	Zeithorizont	Art der Umsetzung
B 4.1	1	<p>Gewährleistung des Zugangs zur SPC in der stationären Langzeitpflege</p> <ul style="list-style-type: none"> – § 12 PflV wird um die Definition der spezialisierten Palliative Care ergänzt. – Personelle, konzeptionelle und infrastrukturelle Anforderungen sowie verbindliche Indikationskriterien werden definiert. – Die Pflegeheimliste wird um das spezialisierte Angebot der Palliative Care ergänzt und entsprechende Leistungserbringer werden ausgewiesen. 	Abteilung Gesundheit	ab 2023	Anpassung der Pflegeverordnung und Festlegen von Anforderungskriterien
		<ul style="list-style-type: none"> – Das Angebot der spezialisierten Palliative Care, integriert in bestehenden aargauischen Pflegeheimen, wird ausgebaut und basiert auf den für die kantonale Versorgungsplanung erhobenen Daten. – Mit den Erbringern der SPC in der stationären Langzeitpflege werden Leistungsvereinbarungen abgeschlossen. 	spezialisierte Pflegeheime	ab 2023	Abteilung Gesundheit durch Leistungsvertrag
		<ul style="list-style-type: none"> – Ein zusätzlicher Betrag für stationäre Pflegeeinrichtungen mit einem Leistungsauftrag des Kantons für spezialisierte Leistungen in Palliative Care wird im Anhang zur Pflegeverordnung definiert (Restkosten). 	Gemeinden	ab 2023	Restkosten
B 4.2	1	<p>Gewährleistung des Zugangs zur SPC in der ambulanten Langzeitpflege</p> <ul style="list-style-type: none"> – Personelle, konzeptionelle und infrastrukturelle Anforderungen sowie verbindliche Indikationskriterien werden definiert. 	Abteilung Gesundheit	ab 2022	Festlegen von Anforderungskriterien
		<ul style="list-style-type: none"> – Mit der Fachstelle «Palliative Care» beim Spitex Verband Aargau (SVAG) wird, mit dem Ziel der Weiterführung der bestehenden Leistungen, eine direkte Leistungsvereinbarung abgeschlossen (bisher via palliative aargau). 	Spitex Verband Aargau (bestehender Leistungserbringer)	ab 2022 (jährlich wiederkehrend)	Abteilung Gesundheit durch Leistungsvertrag
		<ul style="list-style-type: none"> – Die Abteilung Gesundheit gibt den Gemeinden wie bis anhin eine Empfehlung bezüglich der Restkosten für die Leistungen der SPC im ambulanten Langzeitpflegebereich ab. 	Gemeinden	ab 2022	Restkosten
B 4.3	1	<p>Verbesserung der palliativmedizinischen Versorgung im Langzeitpflegebereich</p> <ul style="list-style-type: none"> – Der ärztliche Hintergrunddienst wird von einer Region (2022/2023) auf drei (2024) und schliesslich fünf Regionen (2025) ausgedehnt. Dadurch werden eine Verbesserung der Versorgungsqualität und eine Entlastung des akutstationären Settings angestrebt. – Der Datenaustausch der an der Versorgung beteiligten Fachpersonen wird verbessert (zum Beispiel Gewährleistung der Schnittstelle verschiedener Software-Lösungen). 	Spitex Verband Aargau (bestehender Leistungserbringer)	ab 2022 (jährlich wiederkehrend)	Abteilung Gesundheit durch Leistungsvertrag

Nr	Prio	Massnahmen	Leistungserbringer	Zeithorizont	Art der Umsetzung
B 4.4	2	<p>Sicherstellung der spezialisierten Spiritual Care / Seelsorge für Betroffene im ambulanten Bereich der Langzeitpflege</p> <ul style="list-style-type: none"> – Die spezialisierte Seelsorge wird in die spezialisierten ambulanten Dienste integriert und im Rahmen des regionalen Vorprojekts evaluiert. – Das Angebot wird auf Basis der Evaluation auf weitere regionale Versorgungsräume ausgedehnt. 	geeignete Leistungserbringer (im Ausschreibungsverfahren)	ab 2024	Abteilung Gesundheit durch Leistungsvertrag
B 4.5	2	<p>Ermöglichung der bedarfsgesteuerten SPC in grundversorgenden Pflegeheimen</p> <ul style="list-style-type: none"> – Mit einem regionalen Projekt wird die Weiterentwicklung des Tätigkeitsfeldes der spezialisierten ambulanten Dienste in den aargauischen Pflegeheimen geprüft. Damit wird eine Verbesserung der Schnittstelle Akutsomatik – stationäre Langzeitversorgung angestrebt. – Bei einer positiven Evaluation dieses Projekts wird die Ausdehnung in weitere regionale Versorgungsräume geplant. 	geeignete Leistungserbringer (im Ausschreibungsverfahren)	ab 2024 (jährlich wiederkehrend)	Abteilung Gesundheit durch Leistungsvertrag
B 4.6	3	<p>Sicherstellung des Begleitdienstes für Betroffene, geleistet von Freiwilligen</p> <ul style="list-style-type: none"> – Der Begleitdienst für Betroffene als psychosoziales Angebot, geleistet von Freiwilligen, wird langfristig sichergestellt (Einsatzzentrale). 	geeignete Leistungserbringer (im Ausschreibungsverfahren)	ab 2024 (jährlich wiederkehrend)	Abteilung Gesundheit durch Leistungsvertrag
B 4.7	3	<p>Abdeckung von palliativmedizinischen Notfallsituationen</p> <ul style="list-style-type: none"> – Die Beantwortung von telefonischen Anfragen in palliativmedizinischen Notfällen wird sichergestellt. 	geeignete Leistungserbringer (im Ausschreibungsverfahren)	ab 2024 (jährlich wiederkehrend)	Abteilung Gesundheit durch Leistungsvertrag

6.3. Handlungsfeld C: Qualität

Ziel 5 Die Qualität der allgemeinen und spezialisierten Palliative Care wird definiert, überprüft und gesichert.

Nr	Prio	Massnahmen	Leistungserbringer	Zeithorizont	Art der Umsetzung
C 5.1	1	<p>Definition von Prozessen der Qualitätssicherung in der Grundversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> – Die Qualitätsanforderungen (Basisqualität) in der Grundversorgung werden definiert und für alle Institutionen/Organisationen verbindlich festgelegt. – Die bestehenden Prozesse der Qualitätssicherung und -entwicklung in der grundversorgenden Langzeitpflege (stationär wie ambulant) werden um Aspekte der Palliative Care ergänzt (beispielsweise Palliative Care als obligatorisches Kriterium im jährlichen Q-Reporting festlegen, institutions- beziehungsweise organisationsbezogenen Konzepte einfordern und deren Inhalt definieren). Der Schwerpunkt liegt dabei auf dem Übergang zu und dem Einbezug von SPC. 	Abteilung Gesundheit	ab 2022	Entwicklung im Rahmen der Steuerungsgruppen Qualität
C 5.2	1	<p>Definition der Anforderungskriterien für die spezialisierte Versorgung im stationären und ambulanten Bereich der Langzeitpflege (Einsatzzentrale).</p> <ul style="list-style-type: none"> – Strukturkriterien (personelle, konzeptionelle und infrastrukturelle Vorgaben) werden entwickelt, überprüft und mit der Abgeltung der spezialisierten Leistungen verknüpft. 	Abteilung Gesundheit	ab 2022	Erstellen eines Anforderungskatalogs

6.4. Handlungsfeld D: Bildung

Ziel 6 Die stufengerechten Kompetenzen von Fachpersonen bezüglich Palliative Care sind definiert und werden gefördert.

Nr	Prio	Massnahmen	Leistungserbringer	Zeithorizont	Art der Umsetzung
D 6.1	1	<p>Weiterführung der finanziellen Unterstützung von Weiterbildungen im Bereich Palliative Care</p> <ul style="list-style-type: none"> – Der Kanton Aargau unterstützt die Weiterbildungen im Bereich Palliative Care auch in den kommenden Jahren. Die Koordination und Auszahlung der Weiterbildungsbeiträge übernimmt palliative aargau. 	palliative aargau (bestehender Leistungserbringer)	ab 2022 (jährlich wiederkehrend)	Abteilung Gesundheit durch Leistungsvertrag
D 6.2	3	<p>Evaluation der Vergabe von Weiterbildungsbeiträgen</p> <ul style="list-style-type: none"> – Es findet eine Evaluation der seit 2015 getätigten finanziellen Unterstützung der Weiterbildung statt. Darauf basiert eine noch zielgerichtete Vergabe der Beiträge. 	palliative aargau (bestehender Leistungserbringer)	2022 und 2023	Abteilung Gesundheit durch Leistungsvertrag
D 6.3	3	<p>Förderung der Qualität durch Bildung</p> <ul style="list-style-type: none"> – Die Abteilung Gesundheit empfiehlt allen Fachpersonen der Grundversorgung (in Spitälern, Pflegeheimen, in Spitex-Organisationen oder als freiberufliche Spitex-Pflegefachpersonen) das Absolvieren von Weiterbildungen in Palliative Care. – Das Absolvieren einer Weiterbildung wird insbesondere den ärztlichen Grundversorgern empfohlen. 	Fachpersonen der Grundversorgung	ab 2022	Umsetzung der Empfehlung

6.5. Zusammenfassung der Massnahmen mit Kostenübersicht

6.5.1. Massnahmen der Priorität 1

Kostenträger: Kanton

HF	Art der Leistung	Erbringer	AFP 2022–2025					AFP 2023–2026	
			2019	2020	2021	2022	2023	2024 ⁸⁴	2025 ⁸⁴
A 1.1	Anlaufstelle und Öffentlichkeitsarbeit	palliative aargau (best. Leistungserbringer)	125 000	125 000	125 000	125 000	125 000	125 000	125 000
A 1.3	Informationsplattform	palliative aargau (best. Leistungserbringer)	-	-	-	20 000	20 000	30 000	30 000
B 3.1	Organisation der spez. Versorgung	Abteilung Gesundheit	-	-	-	-	-	-	-
B 3.2	Palliative-Care-Netzwerke	palliative aargau (best. Leistungserbringer)	40 000	40 000	40 000	70 000	70 000	90 000	110 000
B 4.2	Fachstelle PalliativeSpitex	Spitex Verband Aargau (best. Leistungserbringer)	150 000	150 000	150 000	150 000	150 000	150 000	150 000
B 4.3	Palliativmedizinische Versorgung	Spitex Verband Aargau (best. Leistungserbringer)	50 000	50 000	50 000	50 000	50 000	150 000	250 000
C 5.1	Qualitätssicherung Grundversorgung	Abteilung Gesundheit	-	-	-	-	-	-	-
C 5.2	Anforderungskriterien spez. Versorgung	Abteilung Gesundheit	-	-	-	-	-	-	-
D 6.1	Weiterbildung	palliative aargau (best. Leistungserbringer)	135 000	135 000	135 000	135 000	135 000	135 000	135 000
	Konzeptentwicklung ⁸⁵	Abteilung Gesundheit	50 000	50 000	50 000	-	-	-	-
	Total		550 000	680 000	800 000				

Kostenträger: Gemeinden

HF	Art der Leistung	Erbringer	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
B 4.1	SPC Stationäre Langzeitpflege	spezialisierte Pflegeheime	-	200 000	350 000	500 000	750 000	1 000 000	1 000 000
B 4.2	SPC Ambulante Langzeitpflege	spezialisierte ambulante Dienste	500 000	800 000	1 000 000	1 200 000	1 200 000	1 400 000	1 400 000
	Total		500 000	1 000 000	1 350 000	1 700 000	1 950 000	2 400 000	2 400 000

84 Es handelt sich dabei um voraussichtliche Kosten für die Jahre 2024 und 2025.

85 Konzeptentwicklung: 2019: Fr. 31'250.-, 2020: Fr. 75'000.-, 2021: Fr. 43'750.-.

6.5.2. Massnahmen der Priorität 2

Kostenträger: Kanton

HF	Art der Leistung	Erbringer	AFP 2022–2025					AFP 2023–2026	
			2019	2020	2021	2022	2023	2024 ⁸⁴	2025 ⁸⁴
A 1.2	Öffentlichkeitsarbeit	geeignete Leistungserbringer (im Ausschreibungsverfahren)	-	-	-	-	-	150 000	150 000
A 2.1	Kongress	Abteilung Gesundheit	-	-	-	-	-	-	-
B 4.4	Spezialisierte Spiritual Care / Seelsorge	geeignete Leistungserbringer (im Ausschreibungsverfahren)	-	-	-	-	-	90 000	150 000
B 4.5	SPC in grundversorgenden Pflegeheimen	geeignete Leistungserbringer (im Ausschreibungsverfahren)	-	-	-	-	-	150 000	240 000
	Total		-	-	-	-	-	390 000	540 000

6.5.3. Massnahmen der Priorität 3

Kostenträger: Kanton

HF	Art der Leistung	Erbringer	2019	2020	2021	2022	2023	2024 ⁸⁴	2025 ⁸⁴
A 2.2	Fokus in den Institutionen/Organisationen	alle Leistungserbringer	-	-	-	-	-	-	-
B 3.3	Kantonale Versorgungsplanung	Abteilung Gesundheit sowie spez. Leistungserbringer	-	-	-	-	-	-	-
B 4.6	Begleitdienst	geeignete Leistungserbringer (im Ausschreibungsverfahren)	-	-	-	-	-	50 000	50 000
B 4.7	Palliativmedizinische Notfälle	geeignete Leistungserbringer (im Ausschreibungsverfahren)	-	-	-	-	-	10 000	10 000
D 6.2	Evaluation Weiterbildung	palliative aargau (best. Leistungserbringer)	-	-	-	-	-	-	-
D 6.3	Qualität durch Bildung	Fachpersonen der Grundversorgung	-	-	-	-	-	-	-
	Total		-	-	-	-	-	60 000	60 000

⁸⁴ Konzeptentwicklung: 2019: 31'250 Franken 2020: 75'000 Franken, 2021: 43'750 Franken, ab 2022 45'000 Franken für eine Stelle im Rahmen von 30 Stellenprozent.

6.5.4. Zusammenfassung der Massnahmen

Kostenträger: Kanton

HF	Art der Leistung	AFP 2021–2024			AFP 2022–2025		AFP 2023–2026	
		2019	2020	2021	2022	2023	2024 ⁸⁴	2025 ⁸⁴
	Massnahmen der Priorität 1	550 000	550 000	550 000	550 000	550 000	680 000	800 000
	Massnahmen der Priorität 2	-	-	-	-	-	390 000	540 000
	Massnahmen der Priorität 3	-	-	-	-	-	60 000	60 000
	Total	550 000	1 130 000	1 400 000				
	Bereits eingestellte Mittel im AFP 2022–2025	-	-	-	550 000	550 000	550 000	-
	Zusätzlich einzustellende Mittel	-	-	-	-	-	130 000	-
	AFP 2023–2026	-	-	-	-	-	450 000	1 400 000

Für die Jahre 2022–2025 sind im Aufgaben- und Finanzplan (AFP) 2022–2025 des Aufgabenbereichs 535 «Gesundheit» jährlich Fr. 550 000.– eingestellt. Den nötigen Verpflichtungskredit – inklusive die leichte Erhöhung für das Jahr 2024 – wird die Abteilung Gesundheit dem Regierungsrat zum Beschluss unterbreiten. Weitere zusätzliche finanzielle Mittel wird die Abteilung Gesundheit im AFP 2023–2026 einstellen und die notwendigen Verpflichtungskredite bei den vorgegebenen Instanzen beantragen.

Kostenträger: Gemeinden

HF	Art der Leistung	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
	Restkosten SPC stationäre Langzeitpflege	-	200 000	350 000	500 000	750 000	1 000 000	1 000 000
	Restkosten SPC ambulante Langzeitpflege	500 000	800 000	1 000 000	1 200 000	1 200 000	1 400 000	1 400 000
	Total	500 000	1 000 000	1 350 000	1 700 000	1 950 000	2 400 000	2 400 000

Die Ausrichtung zusätzlicher Beiträge für spezialisierte Palliative-Care-Leistungen in der stationären Langzeitpflege erfolgt in den Jahren 2020–2022 zulasten der Gemeinden auf Basis § 45c PflV über die zusätzliche Restkostenvergütung. Die Restkosten werden jeweils im AFP des Kantons eingestellt und im Aufgabenbereich 535 «Gesundheit» als «bearbeitetes Finanzvolumen stationär» ausgewiesen. Ab 2023 kommen eventuell zusätzliche Leistungserbringer hinzu.

Im ambulanten Bereich empfiehlt die Abteilung Gesundheit den Gemeinden die Höhe der Restkosten pro erbrachter Leistungsstunde für spezialisierte Palliative-Care-Leistungen. Die Abgeltung erfolgt direkt an die spezialisierten Spitex-Organisationen (Leistungserbringer mit Leistungsauftrag).

85 2020: 10 Betten und 2021: 17,5 Betten, finanziert auf Grundlage der zusätzlichen Restkostenvergütung (§45c PflV); 2022: 25 Betten, 2023: 37,5 Betten, 2024 und 2025: 50 Betten.

86 2022: 2 Regionen mit je 10 Fällen, 2023: 3 Regionen mit je 15 Fällen, 2024: 4 Regionen mit je 15 Fällen, 2026: 5 Regionen mit je 15 Fällen.

7. Umsetzung und Evaluation

Die Umsetzung des Konzepts Palliative Care Kanton Aargau 2022 erfolgt ab 1. Januar 2022. Weitere Massnahmen, die allfällige Beschlüsse des Regierungsrates oder des Grossen Rates erfordern, werden ab diesem Zeitpunkt in den normalen politischen Prozess durchlaufen. Die Abteilung Gesundheit schliesst allfällige Leistungsverträge unter Einhaltung von submissionrechtlichen Vorgaben ab.

Der kantonale Kongress Palliative Care begleitet die Umsetzung der vorgeschlagenen Massnahmen, die für Herbst/Winter 2023 und 2025 geplant sind (Massnahme A 2.1). Er dient als Koordinationskongress auch der Abstimmung und dem Einbezug der Akteure in die Umsetzung der beschriebenen Massnahmen. Das kantonale Konzept Palliative Care 2022 sieht in vier Jahren eine Überprüfung der festgesetzten Massnahmen vor (Thema des Koordinationskongresses 2025 mit dazugehöriger Datenerhebung). Während dem gesamten Umsetzungsprozess werden die Ziele des Konzepts Palliative Care Kanton Aargau 2022 laufend evaluiert.

Für die Umsetzung, Begleitung und Evaluation der Massnahmen durch die Abteilung Gesundheit wird eine 30 %-Stelle erforderlich. Diese ist bereits aktuell Bestandteil des Stellensaldos der Abteilung Gesundheit.

8. Literaturverzeichnis

Amstad, H. (2020). Palliative Care für vulnerable Patientengruppen. Konzept zuhanden der Plattform Palliative Care des BAG.

Bartelt, G. et al. (2018). Palliative Care / End of Life in der stationären Langzeitpflege. Ermittlung des Zusatzaufwandes. Auswertungsbericht. Im Auftrag von CURAVIVA Schweiz und der GDK.

Bergsträsser, E. et al. (2016). Paediatric End-of-Life Care Needs in Switzerland (PELICAN). Wie Kinder in der Schweiz sterben. Broschüre der Schlüsselergebnisse der PELICAN-Studie.

Borasio, G. D. (2018). Eine Professur für Palliativmedizin in der Radio-Onkologie? Schweizerische Ärztezeitung, 99 (17), 553–554 (DOI: 10.1007/s15006-018-1132-6).

BAG (2011). Kosteneffektivität von Palliative Care. Literaturanalyse. Stand 15. September 2011.

BAG (2020). Bessere Betreuung und Behandlung von Menschen am Lebensende. Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates 18.3384 der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates (SGK-SR) vom 26. April 2018.

BAG und GDK (2009). Nationale Strategie Palliative Care 2010–2012.

BAG und GDK (2011). Indikationskriterien für spezialisierte Palliative Care (aktualisierte Version von 2014).

BAG und GDK (2012). Nationale Strategie Palliative Care 2013–2015.

BAG und GDK (2013). Finanzierung der Palliative-Care-Leistungen der Grundversorgung und der spezialisierten Palliative Care.

BAG und GDK (2013). Stand und Umsetzung von Palliative Care in den Kantonen.

BAG und GDK (2014). Nationale Leitlinien Palliative Care (aktualisierte Version).

BAG, GDK und palliative ch (2014). Rahmenkonzept Palliative Care Schweiz. Eine definitorische Grundlage für die Umsetzung der «Nationalen Strategie Palliative Care».

BAG, GDK und palliative ch (2014). Versorgungsstrukturen für die spezialisierte Palliative Care in der Schweiz (aktualisierte Version).

BAG, GDK und palliative ch (2015). Allgemeine Palliative Care. Empfehlungen und Instrumente für die Umsetzung.

BFS (2019). Medizinische Statistik der Krankenhäuser.

BFS (2019). Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause.

- BFS** (2019). Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung (BEV-NAT).
- BFS** (2019). Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED).
- BFS** (2019). Todesursachenstatistik 1990–2017.
- BFS** (2020). Gesundheit – Todesursachenstatistik – Medienmitteilung vom 14.12.2020: Häufigste Todesursachen bleiben im Jahr 2018 stabil – assistierter Suizid nimmt stark zu.
- BFS** (2020): Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung (BEV-NAT) – Todesfälle nach Alter, Geschlecht, Kanton und Stadt 1999–2019.
- BFS** (2020): Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung (BEV-NAT) – Todesfälle nach Kanton und Geschlecht 1970–2019.
- BFS** (2020). Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz und der Kantone 2020–2050 (Referenzszenario AR-00-2020). Abgerufen am 15. Januar 2020 unter: www.bfs.admin.ch
- BFS** (2020). Todesfälle nach Geschlecht und Kanton, 1970–2019. Abgerufen am 17. Juli 2020 unter: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/geburten-todesfaelle/todesfaelle.assetdetail.13187437.html>.
- BFS** (2020). Todesfälle nach Kanton und Geschlecht 1970–2019 im Kanton Aargau.
- Domeisen, D.** (2019). Finanzierung und Kosten Palliative Care in der Langzeitbetreuung und -pflege. CURAVIVA Schweiz (Hrsg.). Fachbereich Menschen im Alter. Abgerufen am 23. Januar 2021 unter: https://www.curaviva.ch/files/8WNPUTE/finanzierung_kosten_palliative_care_faktenblatt_curaviva_schweiz_2019.pdf.
- Downar, J. et al.** (2017). The «surprise question» for predicting death in seriously ill patients: A systematic review and meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal*, 189 (13), E484–E493.
- European Association for Palliative Care (EAPC)** (2010): White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe. Part 2. Recommendations from the European Association for Palliative Care. *European Journal of Palliative Care*, 17(1), 22–32.
- Gerhard, C.** (2015). Praxiswissen Palliativmedizin. Konzepte für unterschiedlichste palliative Versorgungssituationen. Stuttgart: Thieme.
- Hospiz Aargau** (2020). Jahresbericht 2019. Abgerufen am 9. Januar 2020 unter: http://www.hospiz-aargau.ch/fileadmin/web/dokumente/Jahresbericht_2019.pdf.
- Kanton Aargau** (2009). Pflegeheimkonzeption 2012. Vom Regierungsrat genehmigt am 16. Dezember 2009.
- Kanton Aargau** (2020). Aargauer Bevölkerungsprojektionen 2020–2050.

Kanton Aargau, Departement Gesundheit und Soziales (2010). Gesundheitspolitische Gesamtplanung (GGpl) 2010. Themenbereich 18: «Palliative Care».

Kanton Aargau, Departement Gesundheit und Soziales (2014). Spitalliste 2015 Akutsomatik. Anhang 5: Detaillierte Anforderungen pro akutsomatische Leistungsgruppe.

Kanton Aargau, Departement Gesundheit und Soziales (2018). Anhang 2: Spitalliste 2020 Akutsomatik.

Kanton Aargau, Departement Gesundheit und Soziales (2018). Anhang 4 zur Spitalliste 2020 Akutsomatik des Kantons Aargau. Anforderungen und Erläuterungen SPLG Akutsomatik AG zu «PAL» (Palliative Care Kompetenzzentrum).

Kanton Aargau, Departement Gesundheit und Soziales (2018). Spitalliste 2020 Akutsomatik des Kantons Aargau. Anforderungen und Erläuterungen SPLG Akutsomatik AG.

Kanton Aargau, Departement Gesundheit und Soziales, Fachstelle Alter (2013). Leitsätze zur Alterspolitik im Kanton Aargau.

Liechti, L. und Künzi, K. (2019). Stand und Umsetzung von Palliative Care in den Kantonen. Ergebnisse der Befragung der Kantone und Sektionen von palliative.ch 2018. Schlussbericht. Studie des Büros für arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS) im Auftrag des BAG.

Maessen, M. et al. (2018). Potential economic impact of mobile specialist palliative care teams in Switzerland. Abgerufen am 23. Januar 2021 unter: https://www.plattform-palliativecare.ch/sites/default/files/page/files/181220_Schlussbericht_Report_PotentialCostsMPD_1.pdf.

Meier, F. und Auerbach, H. (2013). Bedarfsanalyse Hospizbetten in der Gesundheitsregion Winterthur (unveröffentlichte Arbeit der ZHAW, School of Management and Law – Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie).

palliative.ch (2012). Kompetenzen für Spezialisten in Palliative Care. Abgerufen am 23. Januar 2021 unter: https://www.palliative.ch/file-admin/user_upload/palliative/fachwelt/E_Standards/Kompetenzkatalog_DE.pdf.

Regionaler Besuchsdienst Reinach (2019). Jahresbericht 2018. Abgerufen am 15. Januar 2020 unter: http://regionalerbesuchsdienst.ch/inc/jb2018_rbd.pdf.

Reusspark Niederwil (2018). Konzept Hospiz / Palliative Care. Abgerufen am 9. Januar 2020 unter: [https://www.reusspark.ch/files/media/content/pflege/pflegeangebot/Konzept %20Hospiz %20Palliative %20Care %20AW %205.01.26.pdf](https://www.reusspark.ch/files/media/content/pflege/pflegeangebot/Konzept%20Hospiz%20Palliative%20Care%20AW%205.01.26.pdf).

Schwaller, B. (2014). Bedarfsabklärung für ein Hospiz Zentralschweiz (veröffentlichte Machbarkeitsstudie, ausgeführt durch die Hochschule Luzern).

Schwaller, B. und Jehle, K. (2017). Bedarfsabklärung für ein Hospiz Oberwallis. Machbarkeitsstudie zum Bedarf, den Infrastrukturanforderungen und zu einer Kostenschätzung für ein Hospiz Oberwallis (veröffentlichter Studienauftrag, ausgeführt durch die Hochschule Luzern).

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan) (2016): Auswertung der Sterbeorte 2006 bis 2011.

Sottas B. et al. (2018). Wird der Bedarf an Hospizen unter- oder überschätzt? Diskussion der Ergebnisse aus der Nutzenstudie «Spezialisierte Palliative Care in der Langzeitpflege bzw. Hospize». Studie im Auftrag des BAG. Abgerufen am 23. Januar 2021 unter: https://www.plattform-palliativecare.ch/sites/default/files/forum/files/PPC_Projekt_4_Hospize_Sottas_Keel.pdf.

Sottas, B. und Keel, S. (2019). Factsheet Nutzenstudie «Spezialisierte Palliative Care in der Langzeitpflege bzw. Hospize» (veröffentlichte Studie im Auftrag des BAG).

Statistik Aargau (2020). Statistisches Jahrbuch des Kantons Aargau 2020.

Stettler, P. et al. (2018). Bevölkerungsbefragung Palliative Care 2017. Ergebnisse der Befragung 2017 und Vergleich zur Erhebung von 2009. Büro BASS im Auftrag des BAG.

Wächter, M. und Bommer, A. (2014). Mobile Palliative-Care-Dienste in der Schweiz – Eine Bestandesaufnahme aus der Perspektive dieser Anbieter. Schlussbericht. Studie im Auftrag des BAG.

Wächter, M. et al. (2015). Vertiefte Bedarfsklärung «Mobile Palliative-Care-Dienste (MPCD)» im Kanton Luzern. Schlussbericht der Hochschule Luzern vom 9. Dezember 2015.

Wernli, C. (2020). Projekt «Ärztlicher Hintergrunddienst» für die PalliativeSpitex der Spitex Suhrental Plus. Präsentation im Rahmen der Arbeitsgruppe «Versorgung» für das kantonale Konzept Palliative Care 2022 vom 20. Oktober 2020.

9. Abkürzungsverzeichnis

APC	Allgemeine Palliative Care
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BEVNAT	Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung
BFS	Bundesamt für Statistik
BKS	Departement Bildung, Kultur und Sport des Kantons Aargau
DGS	Departement Gesundheit und Soziales des Kantons Aargau
EAPC	European Association for Palliative Care
EFAS	Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren
GGpl	Gesundheitspolitische Gesamtplanung
GSH	Abteilung Gesundheit des Departements Gesundheit und Soziales des Kantons Aargau
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
NFP	Nationales Forschungsprogramm des SNF
palliative ch	Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung
PfIG	Pflegegesetz
PfIV	Pflegeverordnung
qualitépalliative	Schweizerischer Verein für Qualität in Palliative Care
RPZ	Regionale Palliative Care Zentren der PalliativeSpitex Aargau
SOMED	Statistik der sozialmedizinischen Institutionen
SPC	Spezialisierte Palliative Care
SVAG	Spitex Verband Aargau
SNF	Schweizerischer Nationalfonds
TARMED	Tarif für ambulante ärztliche Leistungen
ZHAW	Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

10. Anhang

10.1. Arbeitsgruppen und Teilnehmende

Qualität	(13. Oktober, 17. November und 17. Dezember 2020)
Gabriela Popescu	Hirslanden Klinik Aarau
Razvan Popescu	Hirslanden Klinik Aarau
Dieter Hermann	Hospiz Aargau, Brugg
Monica Heinzer	Reusspark, Niederwil
Prasanthi Rajanayagam	Regionales Pflegezentrum Baden
Verena Vogler	Regionales Altersheim Unteres Aaretal, Döttingen
Claudia Hofmann	Spitex Region Lenzburg
Babette Bernet	Spitex Suhrental Plus
Daniela Mustone	Spitex Verband Aargau, Fachstelle Palliative Care
Jürg Hochuli	Reformierte Landeskirche
Martin Jirovec	Ärztliche Grundversorger/innen, FA Allgemeinmedizin
Maja Bürki	DGS, GSH
Olga Hürlimann	DGS, GSH

Versorgung	(20. Oktober und 18. November 2020)
Gabriela Popescu	Hirslanden Klinik Aarau
Razvan Popescu	Hirslanden Klinik Aarau
Gaby Fuchs	Spital Zofingen
Raphaella Schwyter	Spitex Region Brugg
Christian Wernli	Spitex Suhrental Plus
Daniela Mustone	Spitex Verband Aargau, Fachstelle Palliative Care
Roman Lehner	Ärztliche Grundversorger/innen, FA Allgemeinmedizin
Dominik Marti	Aargauischer Ärzteverband

Finanzierung	(26. Oktober und 23. November 2020)
Dieter Hermann	Hospiz Aargau, Brugg
Thomas Wernli	pfl egimuri
Simone Rosenkranz	Spitex Suhrental Plus
Daniela Mustone	Spitex Verband Aargau, Fachstelle Palliative Care
Karin Tschanz	Reformierte Landeskirche
Max Moor	Spitex Verband Aargau
Daniel Suter	VAKA
Martin Heiz	Gemeindeammänner-Vereinigung
Raymond Tellenbach	Gemeindeammänner-Vereinigung
Jacqueline Gubler Gisin	DGS, GSH
Harald Bolleter	DGS, GSH
Björn Mohler	DGS, GSH

Strategie	(16. Oktober und 6. November 2020)
Razvan Popescu	Hirslanden Klinik Aargau
René Kuhn	Reusspark, Niederwil
Karin Tschanz	Reformierte Landeskirche
Severin Lüscher	Ärztliche Grundversorger/innen, FA Allgemeinmedizin
Toni Tanner	Aargauischer Seniorenverband
Max Moor	Spitex Verband Aargau
Andre Rotzetter	VAKA
Matina Hämmerli	palliative aargau
Björn Mohler	DGS, GSH