

# **Plattform Palliative Care**

**eine Form der institutionalisierten Zusammenarbeit als Antwort auf die hochgradig fragmentierte Akteurstruktur im Gesundheitswesen**

Projektarbeit eingereicht der Universität Bern  
im Rahmen des Executive Master of Public Administration (MPA)

Betreuender Dozent: **Prof. Dr. Fritz Sager**  
Kompetenzzentrum für Public Management  
Schanzeneckstrasse 1  
CH-3001 Bern

Verfasserin: **Nassima Mehira**  
aus Adelboden BE  
Homburgstrasse 68  
4612 Wangen bei Olten

Bern, den 3. November 2014

Die vorliegende Arbeit wurde im Rahmen des Executive Master of Public Administration der Universität Bern verfasst.

Die inhaltliche Verantwortung für die eingereichten Arbeiten liegt bei den Autorinnen und Autoren.

## Vorwort

Palliative Care ist ein schwieriges Thema. Dies aus verschiedenen Gründen. Zum einen geht es dabei um den Tod oder viel mehr um das Sterben. Es geht darum, ab welchem Zeitpunkt einer Krankheit nicht mehr die Kuration im Vordergrund stehen soll, sondern es nur noch darum geht Schmerzen zu vermeiden und damit die noch verbleibende Lebensqualität zu erhalten.

Zum anderen ist es auch ein schwieriges Thema, da es auf so viele verschiedene Akteure verteilt ist, da sind die Ärztinnen und Ärzte und das Pflegepersonal, die sich in die Spitälern, Pflegeheimen oder zu Hause um die Patienten kümmern. Dann sind da die Universitäten, Fachhochschulen und Berufsschulen, die das Gesundheitspersonal ausbilden. Die Gemeinden, Kantone und der Bund, welche die rechtlichen Rahmenbedingungen festlegen, usw.

Will man nun sicherstellen, dass allen Menschen in der Schweiz in der letzten Lebensphase ihrer Situation angemessene Palliative Care zur Verfügung steht, sind all diese Akteure miteinzubeziehen. Es gilt sicherzustellen, dass alle dieselbe Zielsetzung verfolgen und den Handlungsbedarf in ihrem Kompetenzbereich anerkennen und angehen. Wie dies mittels einer institutionalisierten Zusammenarbeit, einer Plattform, erreicht werden könnte, davon handelt diese Arbeit.

Bedanken möchte ich mich vor allem bei Lea von Wartburg, Flurina Näf, Margreet Duetz und Salome von Greyerz (alles Mitarbeitende des BAG), welche mich auf das Thema aufmerksam gemacht und mich bei der Erarbeitung unterstützt und begleitet haben.

Ein Dank gilt auch meiner Vorgesetzten Barbara Thévoz, welche mir den für die Arbeit nötigen Freiraum gewährt und mich motiviert hat durchzuhalten.

Zudem danke ich ganz herzlich allen Interviewpartnern, die sich die Zeit genommen haben mir für ein persönliches Gespräch zur Verfügung zu stehen.

Bern, im Oktober 2014

Nassima Mehira

## Zusammenfassung

Der Dialog Nationale Gesundheitspolitik (NGP) hat am 22. Oktober 2009 die Nationale Strategie Palliative Care 2010-2012 verabschiedet. Am 25. Oktober 2012 hat er die Nationale Strategie um drei Jahre verlängert (2013 bis 2015). Da jedoch absehbar ist, dass das Hauptziel der Strategie - alle schwerkranken und sterbenden Menschen der Schweiz erhalten ihrer Situation angemessene Palliative Care – auch Ende 2015 noch nicht erreicht sein wird, ist für die Zeit ab 2016 eine Möglichkeit zu finden, wie langfristig die Verfolgung des Ziels sichergestellt werden kann.

Die Aufgaben, Verantwortungen und Kompetenzen im Bereich der Palliative Care sind stark fragmentiert. Sie sind beim Bund, den Kantonen und Gemeinden, aber auch bei nicht-staatlichen Akteuren wie den Leistungserbringern oder den Versicherer zu finden. Aus diesem Grund ist es dem Bund nicht möglich das Hauptziel zu erreichen, in dem er „nur“ die in seiner Kompetenz befindlichen Gesetze anpasst und vollzieht. Will man das Hauptziel erreichen und die Palliative Care in der ganzen Schweiz implementieren, so ist eine Form der institutionalisierten Zusammenarbeit aller Akteure zu finden.

Im Bereich der Zusammenarbeit von Bund und Kantonen im Gesundheitswesen gibt es eine solche Form mit dem Dialog NGP bereits seit 1998. Darauf kann auch für die Zusammenarbeit im Bereich Palliative Care aufgebaut werden. Zudem gibt es mit der Plattform Zukunft ärztliche Bildung (ZäB) ein Modell der Zusammenarbeit, in welches auch nicht-staatliche Organisationen eingebunden sind. Bei beiden Plattformen zentral ist, dass die Akteure als gleichberechtigte Partner wahrgenommen werden. Es geht darum gemeinsam den Handlungsbedarf zu analysieren und mögliche Lösungen zu empfehlen. Da jedoch die bestehende Kompetenzverteilung nicht verändert wird, können keine Handlungen erzwungen werden. Es geht vielmehr darum sich gemeinsamen Zielen zu verpflichten und darauf basierend den Handlungsbedarf im jeweils eigenen Kompetenzbereich anzugehen.

Legt man die Erkenntnisse aus diesen beiden Plattformen sowie die Ergebnisse der Interviews, welche mit den zentralen Akteuren der Palliative Care geführt wurden, zugrunde, so empfiehlt es sich eine Plattform Palliative Care aufzubauen, welche vom Dialog NGP einzusetzen ist. Sie hat zum Ziel den Informationsaustausch zwischen den Akteuren sicherzustellen, die laufenden Aktivitäten zu koordinieren und regelmässig den Stand der Zielerreichung und den noch nötigen Handlungsbedarf zu erheben. Da die Zahl der Akteure im Bereich der Palliative Care zu gross ist, um sie alle in eine Plattform einzubinden, an der auch noch vertiefte Diskussionen über Zielerreichung und Handlungsbedarf stattfinden können, wird empfohlen die Plattform mit einem Plenum Palliative Care zu ergänzen. In dieses Gremium werden alle Akteure (Bund, Kantone, Leistungserbringer, Versicherer, etc.) mit einbezogen und es dient der Plattform als Sounding Board.

Mit dem Aufbau der Plattform Palliative Care (inkl. Plenum) kann sichergestellt werden, dass das Hauptziel langfristig weiterverfolgt wird. Das Thema bleibt auf der politischen Agenda, der Handlungsbedarf ist transparent und die Akteure werden ermutigt ihn im Rahmen ihrer Zuständigkeiten anzugehen.

## Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	I
Zusammenfassung .....	II
Inhaltsverzeichnis .....	III
Abbildungsverzeichnis .....	IV
Tabellenverzeichnis .....	IV
Abkürzungsverzeichnis .....	V
Anhangverzeichnis .....	VI
1 Einleitung .....	1
1.1 Ausgangslage .....	1
1.2 Zielsetzung .....	2
1.3 Methodisches Vorgehen.....	2
2 Grundlagen .....	4
2.1 Die Nationale Strategie Palliative Care .....	4
2.2 Palliative Care und das Gesundheitswesen der Schweiz .....	6
2.3 Der Dialog Nationale Gesundheitspolitik .....	8
2.4 Die Plattform Zukunft ärztliche Bildung .....	9
3 Plattform Palliative Care – Bedürfnisse der zentralen Akteure.....	13
3.1 Zusammenarbeit im Bereich Palliative Care - grundsätzlich.....	13
3.2 Ziele und Aufgaben der Plattform .....	14
3.3 Teilnehmende der Plattform und ihre Rollen.....	15
3.4 Chancen und Risiken der Plattform .....	17
4 Empfehlungen zum Aufbau einer Plattform Palliative Care .....	19
4.1 Allgemeines .....	19
4.2 Ziele der Plattform .....	19
4.3 Struktur der Plattform .....	20
5 Schlussfolgerungen.....	24
Literaturverzeichnis .....	VIII
Anhang .....	IX
Selbständigkeitserklärung.....	LV

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Projektstruktur Nationale Strategie Palliative Care 2010-2012 (BAG) .....	4
Abbildung 2: Projektstruktur Nationale Strategie Palliative Care 2013-2015 (BAG) .....	5
Abbildung 3: Struktur Plattform ärztliche Bildung (BAG) .....	11
Abbildung 4: Struktur der Plattform Palliative Care (eigene Darstellung) .....	20
Abbildung 5: Zusammenspiel Dialog-Plattform-Plenum (eigene Darstellung) .....	23

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Aufgabenteilung Bund-Kantone-Gemeinden im Bereich Palliative Care (eigene Darstellung) .....	7
---	---

## Abkürzungsverzeichnis

BAG	Bundesamt für Gesundheit
BBT	Bundesamt für Berufsbildung und Technologie
BFS	Bundesamt für Statistik
BS	Kanton Basel-Stadt
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
Curaviva	Nationaler Dachverband der Heime und Institutionen
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
GL	Kanton Glarus
GR	Kanton Graubünden
H+	Verband der schweizerischen Spitäler, Kliniken, Pflege- und Rehabilitationsbetriebe
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
MedBG	Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe
NGP	Dialog Nationale Gesundheitspolitik
OW	Kanton Obwalden
palliative ch	Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung
SBF	Staatssekretariat für Bildung und Forschung
SBFI	Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation
SBK	Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
VD	Kanton Waadt
ZäB	Plattform Zukunft ärztliche Bildung
ZH	Kanton Zürich

---

## Anhangverzeichnis

Anhang 1:	Interview mit Catherine Gasser (BAG) zur ZäB.....	IX
Anhang 2:	Interview mit Salome von Greyerz (BAG).....	XII
Anhang 3:	Interview mit Margreet Duetz (BAG).....	XVI
Anhang 4:	Interview mit Lea von Wartburg und Flurina Näf (BAG).....	XIX
Anhang 5:	Interview mit Stefan Leutwyler (GDK).....	XXIV
Anhang 6:	Interview mit Tobias Wolf (ZH).....	XXVII
Anhang 7:	Interview mit Daniela de la Cruz (GL).....	XXXI
Anhang 8:	Interview mit Catherine Hoenger (VD).....	XXXV
Anhang 9:	Interview mit Dr. Rudolf Leuthold (GR).....	XXXIX
Anhang 10:	Interview mit Lydia Hümbeli und Seraina Grünig (OW).....	XLII
Anhang 11:	Interview mit Thomas von Allmen (BS).....	XLV
Anhang 12:	Interview mit Sonja Flotron und Steffen Eychmüller (palliative ch).....	XLIX



# 1 Einleitung

## 1.1 Ausgangslage

Der „Dialog Nationale Gesundheitspolitik“ (NGP), die gemeinsame Plattform von Bund und Kantonen, hat am 22. Oktober 2009 die Nationale Strategie Palliative Care 2010 bis 2012 verabschiedet.

Die Palliative Care umfasst die Betreuung und die Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten. Sie wird vorausschauend miteinbezogen, ihr Schwerpunkt liegt aber in der Zeit, in der die Kuration der Krankheit als nicht mehr möglich erachtet wird und kein primäres Ziel mehr darstellt. Patientinnen und Patienten wird eine ihrer Situation angepasste optimale Lebensqualität bis zum Tode gewährleistet und die nahestehenden Bezugspersonen werden angemessen unterstützt. Die Palliative Care beugt Leiden und Komplikationen vor. Sie schliesst medizinische Behandlungen, pflegerische Interventionen sowie psychologische, soziale und spirituelle Unterstützung mit ein (BAG & GDK, 2010, S. 8).

Das Hauptziel der Nationalen Strategie lautet: „Bund und Kantone verankern Palliative Care gemeinsam mit den wichtigsten Akteuren im Gesundheitswesen und in anderen Bereichen. Alle schwerkranken und sterbenden Menschen in der Schweiz erhalten damit ihrer Situation angepasste Palliative Care und ihre Lebensqualität wird verbessert“ (BAG & GDK, 2012a, S. 43).

An seiner Sitzung vom 25. Oktober 2012 hat der Dialog Nationale Gesundheitspolitik die Nationale Strategie um drei Jahre verlängert (2013 bis 2015). In der ersten Strategiephase konnten zwar bereits viele Massnahmen umgesetzt werden. Vor allem konnten wichtige Grundlegendokumente erarbeitet werden. Es war jedoch noch nicht möglich, das gesetzte Hauptziel zu erreichen. In der zweiten Strategiephase geht es nun darum diese Grundlagen in der Gesundheitsversorgung und im Bildungswesen zu implementieren.

Bereits heute ist jedoch absehbar, dass auch nach dem Abschluss der zweiten Strategiephase (Ende 2015) die Verankerung noch nicht abgeschlossen sein wird. Zieht sich der Bund zu diesem Zeitpunkt aus der Thematik Palliative Care zurück, besteht die Gefahr, dass die geleistete Aufbauarbeit nicht weitergeführt wird und sich die Situation für schwerkranke und sterbende Menschen wieder verschlechtert.

Aus diesem Grund ist nun zu prüfen, ob das Thema Palliative Care durch eine längerfristig angelegte institutionalisierte Zusammenarbeit weiterbetreut werden könnte. Die Idee ist, dass der Bund (das BAG) in Zusammenarbeit mit den Kantonen (der GDK) eine Plattform „Palliative Care“ aufbaut und betreibt und somit sicherstellen kann, dass das Hauptziel der Strategie weiterverfolgt wird.

## 1.2 Zielsetzung

Die Projektarbeit hat zum Ziel vom Funktionieren des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik und der Plattform Zukunft ärztliche Bildung (ZäB) zu lernen und diese Erkenntnisse in Beziehung zu setzen mit den Bedürfnissen und Vorstellungen zur weiteren Zusammenarbeit der wichtigsten Stakeholder im Bereich Palliative Care (BAG, GDK, Kantone, palliative.ch), um daraus Empfehlungen dazu abzuleiten, ob a) eine Plattform Palliative Care die Verankerung von Palliative Care in der Schweiz vorantreiben könnte und wie diese b) konkret auszugestalten sein würde.

## 1.3 Methodisches Vorgehen

### 1.3.1 Arbeitshypothese

Palliative Care ist ein vielschichtiges Thema. Zum einen ist es ein Gebiet, in dem verschiedene Berufsgattungen zusammentreffen (Mediziner, Pflegende, Seelsorgende,...) zum anderen sind die Zuständigkeiten, wie häufig im Gesundheitswesen, über alle drei politischen Ebenen – Bund, Kantone und Gemeinden – verteilt. Die Rolle des Bundes beschränkt sich grundsätzlich mittels des KVG auf die Vergütungsfragen und mittels des MedBG auf die Frage der Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten. In den Jahren 2010 bis 2015 hat er zudem die Nationale Strategie Palliative Care erarbeitet und umgesetzt. Da das Hauptziel der Strategie noch nicht erreicht werden konnte, besteht die Vermutung, dass zur weitergehenden Verankerung des Themas und zur langfristigen Sicherstellung des Zugangs der gesamten Bevölkerung zu Palliative Care, der Bund weiterhin eine über den Vollzug und die Revision der Bundesgesetze hinausgehende Rolle übernehmen sollte.

Aus dieser Vermutung resultiert folgende Arbeitshypothese:

Damit der Bund gewährleisten kann, dass alle schwerkranken und sterbenden Menschen in der Schweiz ihrer Situation angepasste Palliative Care erhalten, reicht es nicht aus, die in seinem Kompetenzbereich vorhandenen Gesetze anzupassen, sondern er muss eine koordinierende und vermittelnde Rolle einnehmen, bzw. er sollte sogar der Moderator eines Prozesses sein. Diese Rolle kann er wahrnehmen durch den Aufbau und den Betrieb einer Plattform Palliative Care.

### 1.3.2 Vorgehen

In einem ersten Schritt wurde mittels einer Literaturanalyse das Funktionieren des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik (NGP) analysiert (vgl. Kapitel 2.3).

Anschliessend wurde mittels einer Literaturanalyse und einem Interview das Funktionieren der Plattform Zukunft ärztliche Bildung (ZäB) untersucht (vgl. Kapitel 2.4).

In einem nächsten Schritt wurde bei den zentralsten Stakeholdern (BAG, GDK, Kantone, palliative.ch) mittels halbstrukturierten Interviews ermittelt, ob sie der Meinung sind, dass

eine weitere Zusammenarbeit im Thema Palliative Care nötig ist, ob diese Zusammenarbeit mittels einer Plattform sinnvoll wäre und wenn ja, wie diese auszugestalten wäre.

Es wurden insgesamt 11 Interviews geführt:

BAG	Salome von Greyerz Abteilungsleiterin Gesundheitsstrategien
	Margreet Duetz Sektionsleiterin Nationale Gesundheitspolitik
	Lea von Wartburg Projektleiterin Palliative Care Flurina Näf Wissenschaftliche Mitarbeiterin Palliative Care
GDK	Stefan Leutwyler Stv. Zentralsekretär GDK
Kantone	Tobias Wolf Gesundheitsdirektion, Geschäftsfeld Gesundheitsversorgung, Kanton Zürich
	Daniela de la Cruz Hauptabteilungsleiterin Gesundheit, Kanton Glarus
	Catherine Hoenger Service santé publique, Kanton Waadt
	Dr. Rudolf Leuthold Leiter Gesundheitsamt, Kanton Graubünden
	Lydia Hümbeli Gesundheitsamt, Kanton Obwalden Seraina Grünig Departementssekretariat Finanzdepartement, Kanton Obwalden
	Thomas von Allment Leiter Abteilung Spitalversorgung, Kanton Basel-Stadt
palliative ch	Sonja Flotron Präsidentin palliative ch Steffen Eychmüller Vizepräsident palliative ch

Bei der Auswahl der Kantone wurde darauf geachtet, dass sowohl Stadt- als auch Landkantone, grosse und kleine, sowie Vertreter aus der West-, Zentral- und Ostschweiz einbezogen wurden.

Basierend auf der Analyse des NGP und der ZäB sowie basierend auf den Ergebnissen der Interviews mit den wichtigsten Stakeholdern, wurden anschliessend Empfehlungen zum Aufbau einer Plattform Palliative Care erarbeitet.

## 2 Grundlagen

### 2.1 Die Nationale Strategie Palliative Care

#### 2.1.1 Die erste Strategiephase 2010-2012

Nachdem der Dialog NGP im Oktober 2009 die Nationale Strategie Palliative Care 2010-2012 verabschiedet hatte, begann die Umsetzung der Massnahmen in sechs Teilprojekten im Januar 2010. In die Leitung des Projektes einbezogen, sei es als Mitglied des Steuerausschusses oder sei es als Teilprojektleitung, waren neben dem BAG, das Bundesamt für Berufsbildung und Technologie (BBT), das Staatssekretariat für Bildung und Forschung (SBF), das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV), das Bundesamt für Statistik (BFS), die Schweizerische Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) sowie die Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung (palliative ch).

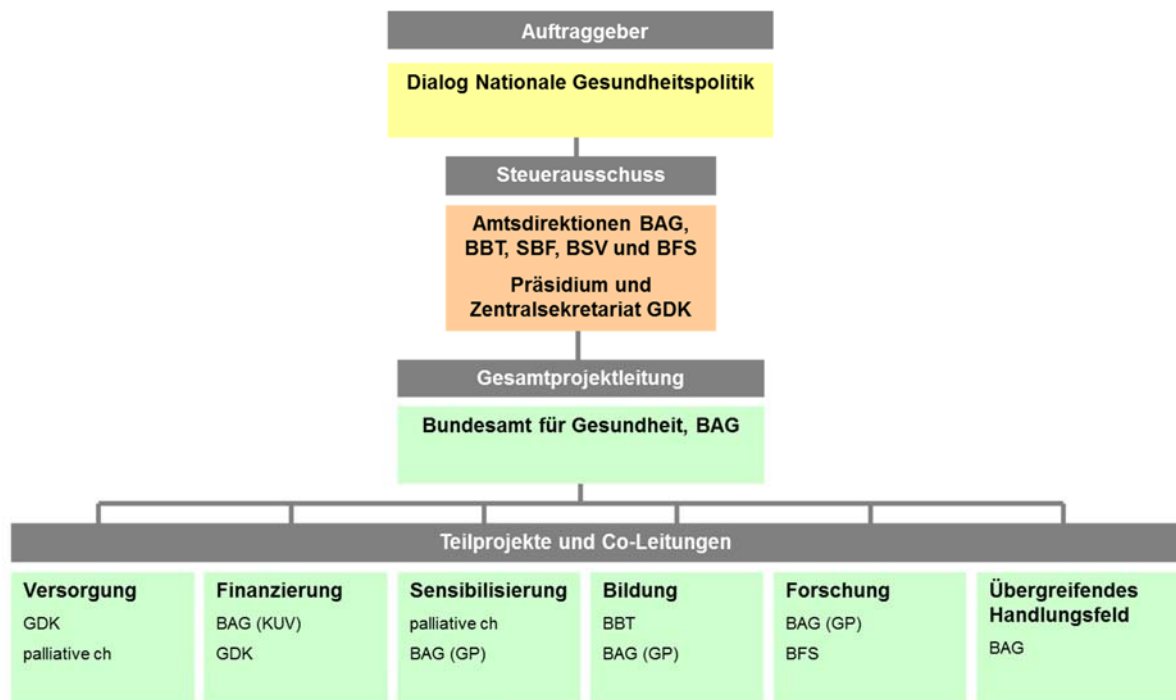


Abbildung 1: Projektstruktur Nationale Strategie Palliative Care 2010-2012 (BAG)

Der Grossteil der Massnahmen dieser ersten Strategiephase umfasste die Erarbeitung von breit abgestimmten Grundlagen im Bereich der Palliative Care – sowohl was die Definition betrifft als auch in Bezug auf die Bereiche Versorgungsstrukturen, Qualität, Bildung, Finanzierung und Forschung (BAG & GDK, 2012b, S. 5). Es wurden unter anderem die Nationalen Leitlinien erarbeitet, in welchen Palliative Care definiert, die Zielgruppen sowie Behandlungs- und Betreuungsettings beschrieben werden.

### 2.1.2 Die zweite Strategiephase 2013-2015

Im Oktober 2012 hat der Dialog NGP die Nationale Strategie Palliative Care um drei Jahre verlängert. Es hatte sich gezeigt, dass zwischen den sechs Teilprojekten der ersten Strategiephase grosse Synergien und Abhängigkeiten bestehen. Um der unerlässlichen Vernetzung zwischen den Themenbereichen besser Rechnung zu tragen und die Ressourcen zu bündeln, wurden in der zweiten Phase die Teilprojekte „Versorgung“ und „Finanzierung“ und „Bildung“ und „Forschung“ zusammengelegt. Zudem wurde neu die Freiwilligenarbeit als eigenes Teilprojekt geführt (BAG & GDK, 2012b, S. 7).

In der Projektstruktur wurde die Funktion des Steuerausschusses an den operativen Ausschuss des Dialog NGP übertragen. Des Weiteren wurde eine Plattform der Kantone geschaffen, welche den Kantonen die Möglichkeit bietet Erfahrungen und best-practice-Beispiele untereinander auszutauschen, gemeinsame Standards zu diskutieren und Möglichkeiten der Zusammenarbeit zu finden. Weiterhin in die Projektleitung eingebunden sind neben dem BAG, die GDK, das SBFI (Zusammenschluss von SBF und BBT) sowie palliative.ch.

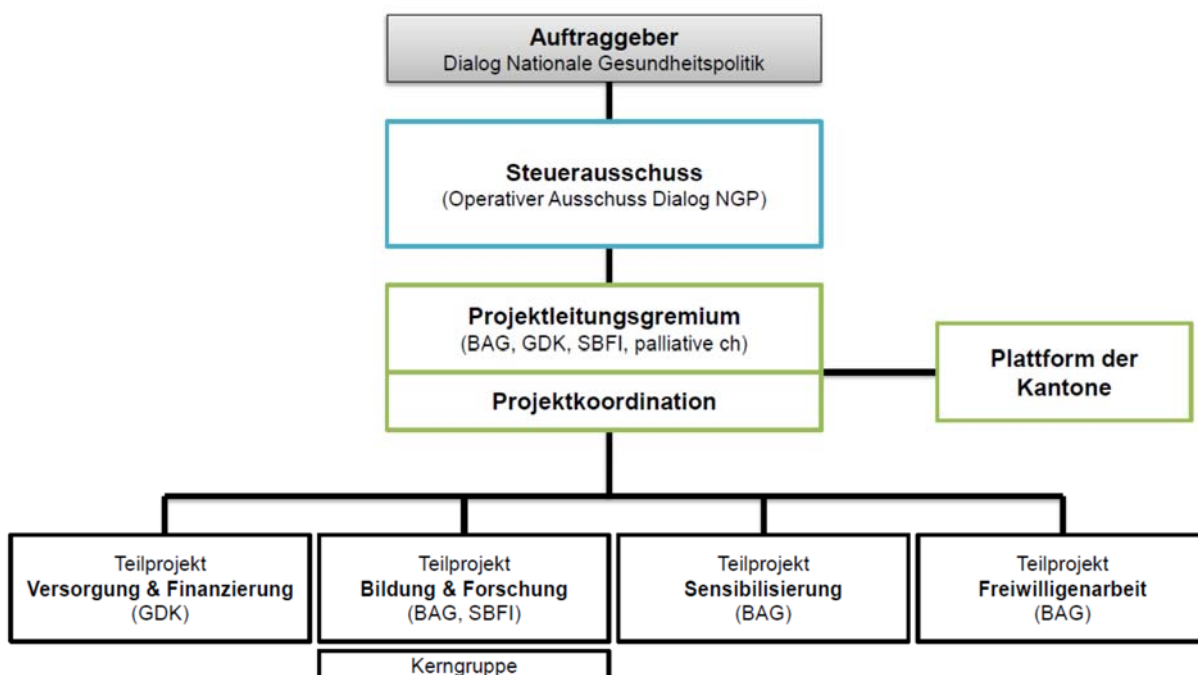


Abbildung 2: Projektstruktur Nationale Strategie Palliative Care 2013-2015 (BAG)

Im Zentrum der zweiten Strategiephase steht die Implementierung der in der ersten Phase erarbeiteten Grundlagen. Zu diesem Zweck haben sich die Teilprojekte folgende Ziele gesetzt (BAG & GDK, 2012b, S. 8ff):

- *Versorgung und Finanzierung:* In der ganzen Schweiz stehen ausreichende Angebote der Palliative Care zur Verfügung.
- *Bildung und Forschung:* Die in Palliative Care tätigen Lehr- und Fachpersonen verfügen über die erforderlichen stufengerechten Kompetenzen.
- *Sensibilisierung:* Die Bevölkerung und die Fachpersonen in der Schweiz wissen um den Nutzen von Palliative Care und kennen deren Angebote.

- *Freiwilligenarbeit und Angehörigenunterstützung*: Die Angebote und Dienstleistungen der Freiwilligenarbeit in der Palliative Care sind flächendeckend bekannt und werden von kantonalen und kommunalen Behörden und Organisationen des Gesundheits- und Sozialwesens sowie von Fachpersonen genutzt.

### 2.1.3 Zwischenbilanz der Strategieumsetzung

Eine BAG-intern im Herbst 2014 erarbeitete Zwischenbilanz kommt zum Schluss, dass die langfristige Verankerung von Palliative Care in der Schweiz bis Ende 2015 nicht sichergestellt werden kann. Die Strukturen und Aktivitäten im Bereich Palliative Care sind noch zu wenig etabliert, als dass sie ohne einen Rahmen bzw. ohne das Dach einer Strategie oder einer anderen übergeordneten Institution fortbestehen könnten (von Wartburg, 2014, S. 7). Insbesondere im Bereich der Koordination der weiterlaufenden Aktivitäten und in der Vernetzung der zahlreichen beteiligten Akteuren besteht auch nach 2015 grosser Handlungsbedarf. Auch auf der Finanzierungs- und Versorgungsebene ist die Verankerung als noch ungenügend zu bezeichnen. Zudem fehlt noch immer eine nach einheitlicher Methodik aufgebaute Datensammlung, welche es den Kantonen ermöglichen würde, Bedarf und Angebot besser zu planen und zu steuern (von Wartburg, 2014, S. 16).

#### **Fazit**

Ist der Bund, und mit ihm das BAG, weiterhin daran interessiert, das Hauptziel der Strategie - alle schwerkranken und sterbenden Menschen in der Schweiz erhalten ihrer Situation angepasste Palliative Care – zu verfolgen, so ist eine Form der institutionalisierten Zusammenarbeit zu finden, welche es erlaubt die Aktivitäten im Thema weiter zu verfolgen und zu begleiten.

## 2.2 Palliative Care und das Gesundheitswesen der Schweiz

Das schweizerische Gesundheitswesen ist einerseits von den föderalistischen Strukturen des schweizerischen Staatsaufbaus und den damit verbundenen Aufgabenteilungen und Abgrenzungsproblemen zwischen Bund, Kantonen und Gemeinden und andererseits von diversen Arrangements öffentlicher und gesellschaftlicher Akteure mit unterschiedlichen Entscheidungsbefugnissen und –mechanismen geprägt (Sager et al., 2010, S. 16). Im Gesundheitswesen haben somit alle drei staatlichen Ebenen – Bund, Kantone und Gemeinden – Aufgaben und Kompetenzen und sie teilen sich auch den staatlichen Anteil der Finanzierung (Kocher, 2010, S.138).

Konkretisiert am Beispiel der Palliative Care präsentiert sich grob skizziert folgende Aufgabenverteilung:

<b>Staatliche Ebene</b>	<b>Aufgaben mit Einfluss auf die Palliative Care</b>
Bund	- KVG - MedBG

NGP	- Nationale Strategie Palliative Care
Kantone	- teilweise kantonale Gesundheitsgesetze / Pflegegesetze / Spitalgesetze mit Bezug zu Palliative Care - teilweise kantonale Palliative Care Strategien - kantonale Krankenhäuser und Pflegeheime - Spitex - Kantonale Berufsschulen, höhere Fachschulen, Fachhochschulen und Universitäten
Gemeinden	- Gemeindespitäler und –pflgeheime - Spitex

Tabelle 1: Aufgabenteilung Bund-Kantone-Gemeinden im Bereich Palliative Care (eigene Darstellung)

Der Bund kann also zur Förderung von Palliative Care über das KVG das Leistungsangebot und über das MedBG die Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten beeinflussen. Zudem hat er zusammen mit den Kantonen über den Dialog Nationale Gesundheitspolitik mit der Nationalen Strategie Palliative Care zum einen Grundlagenarbeit geleistet und zum anderen eine Vernetzer- und Koordinationsrolle übernommen.

Die Kantone sind grundsätzlich<sup>1</sup> für die Gesundheitsversorgung zuständig. Sie können – und haben dies teilweise schon getan – den Anspruch auf Palliative Care in ihre Gesetzgebung aufnehmen, sie sind zuständig für die Spitalplanung (Anzahl Betten), betreiben kantonale Krankenhäuser und Pflegeheime, sind teilweise zuständig für die Spitex und über die Berufsschulen, Fachhochschulen etc. auch für die Ausbildung von Gesundheitsberufen.

Die Gemeinden betreiben teilweise Gemeindespitäler und Pflegeheime und können dort die Palliative Care fördern und sind teilweise zuständig für die Spitex.

Daneben gibt es eine Vielzahl von Profit- und Nonprofitorganisationen, welche als Leistungserbringer, Versicherer oder Vertreter der Interessen von Patientinnen und Patienten Einfluss nehmen auf die Qualität und die Verbreitung der Versorgung mit Palliative Care in der Schweiz.

### Fazit

Will man das Hauptziel der Strategie erreichen, also allen Menschen in der Schweiz den Zugang zu ihrer Situation angemessenen Palliative Care gewähren, so ist es, basierend auf der aktuellen Aufgaben- und Kompetenzverteilung zwingend, dass zumindest der Bund und die Kantone sowie auch nichtstaatliche Organisationen an dieser Zielsetzung arbeiten, denn sie alle haben Aufgaben und Kompetenzen, welche die Palliative Care fördern oder verhindern können.

<sup>1</sup> Wie Kocher darlegt, ist die Behauptung, dass das Gesundheitswesen in der alleinigen Kompetenz der Kantone liege, je länger je mehr überholt, denn auch die Gemeinden und der Bund haben eine ganze Reihe von wichtigen Kompetenzen. Zudem geht auch im Gesundheitswesen seit längerem die Tendenz in Richtung mehr Bundeskompetenz (Kocher, 2010, S. 140).

### 2.3 Der Dialog Nationale Gesundheitspolitik

Der Dialog Nationale Gesundheitspolitik (NGP) ist die bewährteste Form der institutionalisierten Zusammenarbeit zwischen Bund und Kantonen im Gesundheitswesen.

„Das Projekt „Nationale Gesundheitspolitik“ (...) wurde 1998 auf Initiative des Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) und der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (GDK) lanciert. Die NGP dient der GDK und dem Bund als Gefäss zur Erörterung von gesundheitspolitischen Themen, für die sie gemeinsam Verantwortung tragen. Die NGP wurde in den ersten Jahren als Projekt und ab 2003 basierend auf der Vereinbarung zwischen Bund und Kantonen vom 15. Dezember 2003 als ständige Plattform „Dialog NGP“ geführt“ (Balthasar et al., 2010, S. 5).

In der Vereinbarung (GDK & EDI, 2003, S. 2), welche dem Dialog zu Grunde liegt, werden folgende Ziele genannt:

„Dieser Dialog dient

- a) dem regelmässigen Informationsaustausch
- b) der Identifikation von gesundheitspolitischen Themenfeldern und Aufgaben, an denen die Kantone und der Bund ein paralleles oder sich ergänzendes Interesse an einer koordinierten Entwicklung haben,
- c) der Festlegung der erforderlichen Grundlagen-, Vorbereitungs- und Entwicklungsarbeiten,
- d) dem Beschliessen von gemeinsamen Stellungnahmen und Empfehlungen an den Bund und an die Kantone,
- e) der Förderung von gegenseitigem Verständnis und Vertrauen.“

Im Jahr 2010 wurde der Dialog Nationale Gesundheitspolitik evaluiert. Dabei wurden folgende Fragestellungen untersucht (Balthasar et al., 2010, S. 6):

1. Was wurde im Rahmen der Plattform „Dialog NGP“ bisher erreicht?
2. Wie soll sich die Zukunft der Plattform „Dialog NGP“ gestalten?

Zur Frage 1 wurde festgestellt, dass die überwiegende Mehrheit der an der Plattform Beteiligten mit der bisherigen Arbeit der Plattform insgesamt zufrieden war. Insbesondere der Informationsaustausch und die Förderung des gegenseitigen Verständnisses wurden positiv beurteilt. Kritischer wurde das gemeinsame Agendasetting sowie das Beschliessen von Stellungnahmen und Empfehlungen betrachtet. Hier wurde vor allem bemängelt, dass die Themensetzung hauptsächlich durch die Tagesaktualität beeinflusst wurde und somit den grundsätzlichen, strategischen Fragen zu wenig Gewicht beigemessen werden konnte. Zudem wurden nur wenige klare Beschlüsse gefasst, so dass durch den Dialog nur wenig „Griffiges“ entstanden ist (Balthasar et al., 2010, S. 8ff).

In Bezug auf die zukünftige Gestaltung der Plattform hat die Evaluation ergeben, dass die Plattform weiterzuführen ist und dass sie weiterhin ein Gremium von Bund und Kantonen bleiben soll (ohne den Einbezug von externen Akteuren). Sie soll jedoch in Zukunft Beschlüsse mit grösserer Verbindlichkeit fassen. Wobei unterschieden wird zwischen Verbindlichkeit auf politischer Ebene, welche zwar wünschenswert wäre, jedoch als nicht



realistisch erachtet wird, da juristisch verbindliche Beschlüsse den Parlamenten und Regierungen vorbehalten sind. Und Verbindlichkeit auf strategischer Ebene, welche es anzustreben gilt und die es ermöglichen soll, gemeinsame Ziele und Themen zu definieren und diese dann in den Folgejahren auch systematisch zu bearbeiten (Balthasar et al., 2010, S. 12f).

Basierend unter anderem auf der Evaluation wurde der Dialog neu gestaltet und die dem Dialog zugrunde liegende Vereinbarung neu ausgearbeitet. Konkret wurde die Zielsetzung des Dialogs mit folgendem Satz ergänzt (GDK & EDI, 2012, S. 3): „Die Zusammenarbeit soll verbindlich gestaltet werden, damit die jeweiligen Aufgaben als öffentliche Regulatoren im Gesundheitswesen gezielter wahrgenommen und aufeinander abgestimmt werden können.“ Des Weiteren wurde der Dialog durch einen strategischen Ausschuss ergänzt. Er setzt sich zusammen aus (GDK & EDI, 2012, S. 5):

- „EDI: Departementsvorsteher/in und Vertreter und Vertreterinnen des Generalsekretariats
- GDK: Präsident/in, Vizepräsident/in und die Leitung des Zentralsekretariats
- BAG: Direktor/in“

Ihm obliegt es die Schwerpunkte des NGP festzulegen und somit das Agendasetting und die kontinuierliche Bearbeitung von Themen zu verbessern.

### **Fazit**

Mit dem Dialog Nationale Gesundheitspolitik verfügen der Bund und die Kantone über eine etablierte und von den Beteiligten anerkannte Form der institutionalisierten Zusammenarbeit im Gesundheitswesen. Mit der neuen dem Dialog zugrunde liegenden Vereinbarung wird angestrebt die Verbindlichkeit der Plattform zu erhöhen und die konsequente Bearbeitung der aufgegriffenen Themen zu optimieren. Es ist jedoch festzuhalten, dass die Verbindlichkeit der am Dialog gefassten Beschlüsse an Grenzen stösst, da nur Regierungen und Parlamente juristisch bindende Beschlüsse fassen können. Oder anders ausgedrückt beschränkt sich die Verbindlichkeit auf das Commitment der Beteiligten ein bestimmtes Thema oder eine bestimmte Aufgabe anzugehen. Ob dies dann politisch umsetzbar ist, hängt von den Regierungen und den Parlamenten auf nationaler und kantonaler Ebene ab.

## **2.4 Die Plattform Zukunft ärztliche Bildung**

### **2.4.1 Entstehung**

Ein Beispiel für eine institutionalisierte Zusammenarbeit im Gesundheitswesen, an welcher neben dem Bund und den Kantonen auch weitere Partner teilnehmen und an welcher sich eine mögliche Plattform Palliative Care orientieren könnte, ist die Plattform Zukunft ärztliche Bildung (ZäB).

Im Frühling 2010 hat der Dialog NGP das BAG basierend auf einem vorliegenden Strukturvorschlag beauftragt die ZäB aufzubauen und zu betreiben. Hintergrund dieses Auftrages war, dass in der Schweiz die ärztliche Bildung vor grossen Herausforderungen

stand und steht. Nicht nur ist auf Grund verschiedener demographischer Entwicklungen und dem damit verbundenen vermehrten Auftreten von chronischen Leiden mit einer gesteigerten Nachfrage nach Ärztinnen und Ärzten zu rechnen; gleichzeitig nimmt der Kostendruck auf die Gesundheitssysteme insgesamt zu, was sich auch auf die ärztliche Bildung auswirkt. Damit die Bedürfnisse des Gesundheitswesens in Zukunft befriedigt werden können, muss deshalb die ärztliche Berufsbildung – und gerade auch die Weiterbildung – reformiert werden. Und um die bestehenden gesetzlichen Grundlagen möglichst optimal umzusetzen, und weil zentrale Probleme nicht über Gesetzesänderungen lösbar sind, können nachhaltige Reformen nur dann gelingen, wenn die verschiedenen Partner gemeinsam tragfähige Lösungen erarbeiten (Spycher, 2010, S. 1).

Die der ZäB zugrundeliegende Struktur fusst auf einem Kurzbericht, welchen Claude Longchamp für das BAG verfasst hat. Darin wurden zwei mögliche Modelle – das Integrations-Modell und das Führungs-Modell – einander gegenübergestellt (Longchamp, 2009, S. 3):

„Das Integrations-Modell geht von einem Runden Tisch aus, an dem sich alle Interessierten äussern können. Modellhafte Absicht ist es, die denkbaren Anspruchskreise „ins Boot“ zu holen, damit sie auf wechselseitig informierter Basis möglichst koordiniert handeln. (...) Dieses Modell geht einher mit eher geringen Erwartungen an die Effizienz und an die Steuerung durch das BAG.

Das Führungs-Modell basiert auf dem Gedanken, dass die politischen und interessenbezogenen Diskussionen über die Plattform durch das BAG substanziell gesteuert werden sollen. (...) Zu erwarten ist hier eine erhöhte Effizienz, wenn es gelingt, genügend relevante Partner zu finden.“

Die auf Gesprächen mit den relevanten Partnern beruhenden Ergebnisse zeigen, dass die Akteure mehrheitlich ein integratives Modell präferieren. Sie verweisen dabei auf die mangelnde politische und juristische Legitimation des BAG eine Steuerungsfunktion zu übernehmen. Nichtsdestotrotz waren alle einhellig der Meinung, dass den anstehenden Herausforderungen im Gesundheitswesen nur mit einer echten Partizipationskultur begegnet werden kann (Longchamp, 2009, S. 6f).

#### 2.4.2 Struktur

Basierend auf einem integrativen Modell und in Absprache mit den relevanten Akteuren wurde schliesslich folgende Struktur für die ZäB beschlossen:

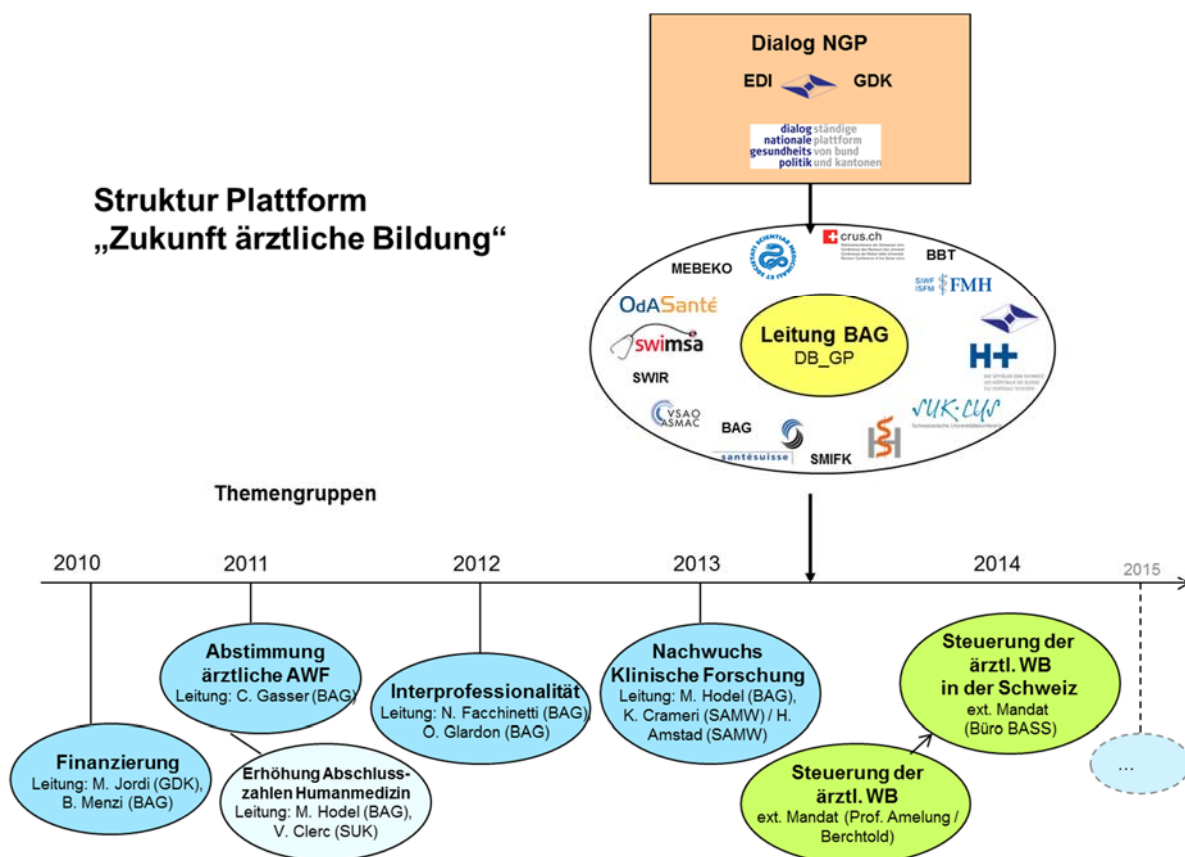


Abbildung 3: Struktur Plattform ärztliche Bildung (BAG)

Die Plattform Zukunft ärztliche Bildung wurde vom Dialog NGP eingesetzt. Sie besteht aus 16 gesundheitspolitischen Behörden und Organisationen, welche sich schriftlich dazu verpflichtet haben an der Plattform zu partizipieren. Die ZäB kann Aufnahmegesuche weiterer Organisationen diskutieren und gibt zuhanden des Dialogs NGP eine Empfehlung ab. Ziel der Plattform ist ein breit geführter und kritischer Diskurs zu den Herausforderungen in der ärztlichen Bildung. Sie legt Themenschwerpunkte fest und lässt diese durch Themengruppen bearbeiten, welche sie selbst einsetzt. Die Themengruppen analysieren die Situation und erarbeiten nach dem Konsensprinzip beschlussfähige Vorschläge zuhanden der Plattform, welche jedoch keinerlei Umsetzungsentscheide treffen kann. Diese Kompetenz bleibt bei den beteiligten Partnerorganisationen.

Die Sitzungen der ZäB werden vom Direktionsbereichsleitenden Gesundheitspolitik des BAG geleitet und die Administration durch eine Geschäftsstelle wahrgenommen, welche beim BAG angesiedelt ist.

### 2.4.3 Bewertung

Gemäss Aussage von Catherine Gasser, Abteilungsleiterin Gesundheitsberufe BAG, (vgl. Anhang 1) ist es das Ziel der Plattform Raum zu schaffen, um mit allen Protagonisten im Feld der ärztlichen Aus- und Weiterbildung strategische Fragen zu diskutieren und Lösungen zu akuten Problemen zu finden. Die Plattform setzt jedoch selbst nichts um, sondern sie ist ein politikvorbereitendes Gremium, das Umsetzungsempfehlungen erarbeitet, welche dann von den zuständigen Protagonisten umzusetzen sind. Dies kann jedoch nicht „befohlen“ werden.

In den Themengruppen sind jeweils Fachpersonen vertreten, an der Plattform selbst jedoch sind die Entscheidungsträger vertreten. Dies ist zentral, damit diese die diskutierten Empfehlungen dann auch auf ihre eigene Agenda setzen.

Mit 16 bis 18 Teilnehmenden ist die Plattform relativ gross. Die Sitzungen verlangen deshalb nach einer gut vorbereiteten Leitung, zudem sind auch ausführliche Vorbereitungsunterlagen für eine effiziente Sitzung unerlässlich.

**Fazit**

In die ZäB konnten alle relevanten Akteure im Bereich der ärztlichen Aus- und Weiterbildung eingebunden werden, so dass gemeinsam Probleme diskutiert und Lösungen gefunden werden können. Dies gelingt jedoch nur, da alle Teilnehmenden der Plattform als gleichberechtigte Partner wahrgenommen werden und die Plattform die verschiedenen Organisationen nicht in ihren Kompetenzen beschneidet. Im Gegenzug ist es dafür nicht möglich ein bestimmtes Vorgehen oder die Umsetzung einer Empfehlung zu erzwingen. Die Plattform kann also nur einen konkreten Impact generieren, wenn ein Konsens gefunden wird.

Mit der Unterteilung der Struktur in Themengruppen und Plattform, ist es möglich zu konkreten Fragen Fachpersonen einzubeziehen und die daraus resultierenden Empfehlungen durch Entscheidungsträger diskutieren und verabschieden zu lassen. Dadurch kann sowohl die Fachsicht als auch die strategisch-politische Sicht einfließen. Zudem erhöht es die Chance, dass die verabschiedeten Empfehlungen in den verschiedenen Organisationen auch umgesetzt werden.

### 3 Plattform Palliative Care – Bedürfnisse der zentralen Akteure

Nachdem im vorherigen Kapitel bestehende Formen der institutionalisierten Zusammenarbeit von Bund und Kantonen (und weiteren Partnern) untersucht wurden, geht es nun in der Folge darum zu analysieren, welche Bedürfnisse die Akteure im Bereich der Palliative Care an eine künftige Zusammenarbeit und im Speziellen an den Aufbau einer Plattform haben.

Zu diesem Zweck wurden 11 Interviews mit den zentralsten Stakeholdern (BAG, GDK, Kantone und palliative.ch) geführt. Die leicht gekürzten Mitschriften der Interviews sind in den Anhängen 2 bis 12 zu finden.

In der Folge werden die Antworten zu den einzelnen Fragen kurz zusammengefasst und diskutiert.

#### 3.1 Zusammenarbeit im Bereich Palliative Care - grundsätzlich

Bis auf eine Ausnahme waren alle Interviewten der Meinung, dass es weiterhin nötig sein wird, dass Bund und Kantone gemeinsam im Themengebiet Palliative Care aktiv sind. Als Begründung dafür wird genannt, dass ansonsten ein Wildwuchs entstehen könnte, dass die Kantone gerade die Finanzierungsfragen nicht alleine lösen können und dass das Thema ohne weitere Beobachtung und Begleitung versanden könnte.

Die Ausnahme bildet der Kanton Zürich. Sein Vertreter ist der Ansicht, dass es wichtig wäre, das Thema in die „normalen Strukturen“ zu überführen, denn so lange man es in einer Sonderstruktur abhandelt, haben die „ordentlichen“ Verantwortungs- und Entscheidungsträger die Möglichkeit auch ihre Verantwortung an die Sonderstruktur abzuschieben. Aus diesem Grund lehnt er den Aufbau einer Plattform Palliative Care ab.

Die Frage, ob es als sinnvoll erachtet wird, eine institutionalisierte Zusammenarbeit in Form einer Plattform aufzubauen, wird auch mehrheitlich mit „Ja“ beantwortet. Es wird darauf hingewiesen, dass damit etwas Längerfristiges geschaffen werden könnte und dass eine „informelle“ Zusammenarbeit bei 26 Kantonen auch gar nicht möglich sei.

Gerade für die kleinen Kantone ist es allerdings wichtig, dass die Teilnahme an der Plattform nicht mit zu grossem Aufwand verbunden ist, denn ihre Ressourcen sind sehr beschränkt. Der Kanton Obwalden schlägt darum vor, das Thema in ein bestehendes Gremium zu integrieren. Palliative.ch hat sich zum weiteren Vorgehen nach dem Ablauf der Strategieweise schon weitergehende Gedanken gemacht, und schlägt eine nationale Steuergruppe vor, bestehend aus BAG, GDK und palliative.ch, welche vom Dialog eingesetzt wird. Diese wird von einem Advisory Board begleitet, welches sich aus sämtlichen Stakeholdern der Palliative Care zusammensetzt.

**Fazit**

Eine weitere Zusammenarbeit von Bund und Kantonen im Thema Palliative Care wird grundsätzlich begrüsst. Auch die Idee, diese Zusammenarbeit in Form einer Plattform zu organisieren wird mehrheitlich unterstützt.

**3.2 Ziele und Aufgaben der Plattform**

Es herrscht Einigkeit darüber, dass die Ziele der Strategie (vgl. Kapitel 2.1.2) weiterzuverfolgen sind. Divergierend sind die Meinungen darüber, welche Aufgaben die Plattform dazu konkret übernehmen soll.

Am häufigsten wurde genannt, dass die Plattform den Austausch und die Koordination der verschiedenen Akteure sicherstellen soll. Zudem soll sie die bereits laufenden Projekte begleiten und durch eine regelmässige Analyse der „Palliative-Care-Landschaft“ der Schweiz den weiteren Handlungsbedarf ermitteln. Die Befragten gehen davon aus, dass es auch nach 2015 noch Aktivitäten in den Bereichen Versorgung, Finanzierung, Sensibilisierung, Daten und Qualität braucht, um das Hauptziel erreichen zu können.

Oft genannt wurde auch, dass die Plattform die Aufgabenteilung im Themengebiet zwischen Bund, Kantonen und palliative.ch konkreter definieren soll.

Uneinigkeit herrscht in der Frage, ob die Plattform den erkannten Handlungsbedarf durch eigene Produkte und Projekte angehen soll, oder ob sie „nur“ die nötigen Aktivitäten bei den Partnern anregen sollte.

Konkret stellt sich die Frage vor allem in Bezug auf die Öffentlichkeitsarbeit und die Erarbeitung und Überarbeitung von (weiteren) Grundlagepapieren. Während das BAG sowie die Kantone BS, OW, GR und GL der Meinung sind, dass die Plattform, bzw. von der Plattform eingesetzte Arbeitsgruppen sowohl Grundlagenpapiere publizieren als auch Öffentlichkeitsarbeit leisten sollte, ist vor allem die GDK dezidiert der Ansicht, dass die Plattform „nur“ eine überwachende und begleitende Rolle übernehmen sollte. Für den Kanton VD ist es zudem sinnvoller, wenn die Öffentlichkeitsarbeit in den Regionen geschieht, also möglichst nahe an den Patienten und ihren Angehörigen. Gerade die kleinen Kantone wie GL oder OW weisen jedoch darauf hin, dass sie nicht die nötigen Ressourcen haben, um Grundlagen selbst zu erarbeiten. Sie sind darauf angewiesen, dass sie von den Vorarbeiten des Bundes oder anderer Kantone profitieren können.

Palliative.ch, welche sich, wie oben angesprochen, die Plattform als nationale Steuergruppe Palliative Care vorstellt, regt an, dass sie als Fachgesellschaft aus dem Alltag heraus den Handlungsbedarf definieren könnte. Basierend darauf wären sie in der Lage eine Agenda inklusive Massnahmenkatalog zusammenstellen und ihn der Plattform unterbreiten. Anschliessend wäre es am Bund und den Kantonen die Massnahmen in ihrem Verantwortungsbereich aufzunehmen und umzusetzen. Palliative.ch ist daran sich zu professionalisieren und könnte auch Aufgaben im Bereich der Grundlagenarbeit und der Öffentlichkeitsarbeit übernehmen. Auch wäre sie in der Lage die Plattform im Sinne einer

Geschäftsstelle zu führen. Um dies zu finanzieren bräuchten sie jedoch eine Leistungsvereinbarung mit dem BAG oder der Plattform.

**Fazit**

Für die befragten Akteure haben die Ziele der Strategie weiterhin Gültigkeit. Diese zu erreichen soll auch das Ziel der Plattform sein. Auch in Bezug auf die weiterhin zu bearbeitenden Themen herrscht grosse Übereinstimmung. Es sind dies Versorgung, Finanzierung, Sensibilisierung, Daten, Qualität sowie Klärung von Aufgaben und Kompetenzen der verschiedenen Stakeholder.

Um dies zu erreichen, soll die Plattform den Informationsaustausch fördern und die diversen Aktivitäten der verschiedenen Akteure koordinieren. Zudem soll sie weitergehenden Handlungsbedarf erkennen. Uneinigkeit herrscht in der Frage, ob die Plattform auch selbst Massnahmen umsetzen soll oder ob sie zumindest mittels einer Leistungsvereinbarung die Umsetzung von Massnahmen finanzieren soll.

### 3.3 Teilnehmende der Plattform und ihre Rollen

Alle Befragten sind sich einig, dass an der Plattform das BAG sowie die GDK teilnehmen sollen. Wichtig erscheint den meisten auch, dass diese Organisationen durch Entscheidungsträger – Direktor / Vizedirektor bzw. Präsident / Zentralsekretär – vertreten sind, um der Plattform das nötige Gewicht zu geben. Einige erwähnen auch, dass die Zusammensetzung der Plattform von ihrer Zielsetzung abhängt: steht der Informationsaustausch im Vordergrund, so soll die Plattform möglichst breit aufgestellt sein, geht es jedoch eher darum Entscheide zu fällen und diese auch umzusetzen, so ist die Teilnehmerzahl stark zu beschränken.

Nicht genannt werden, bzw. nur punktuell einzubeziehen sind die weiteren Bundesämter – SBFI, BSV und BFS – welche bisher in die Strategieumsetzung einbezogen waren.

#### 3.3.1 Kantone

In Bezug auf den Einbezug der Kantone gibt es divergierende Meinungen. Die kleinen Kantone (OW und GL) sind der Ansicht, dass die Kantone durch die GDK ausreichend vertreten sind. Das BAG, die GDK und der Kanton GR hingegen sind der Meinung, dass auch zwei bis drei ausgewählte Vertreter aus den Kantonen an der Plattform teilnehmen sollten. Dies wird damit begründet, dass die GDK doch zu weit weg ist vom Praxisalltag in den Kantonen, um diese angemessen repräsentieren zu können.

Noch weiter gehen die Kantone VD und BS. Sie schlagen vor, dass alle 26 Kantone an der Plattform vertreten sein sollten. Sie argumentieren damit, dass der Stand der Arbeiten im Bereich der Palliative Care sowie die Rahmenbedingungen in den Kantonen so unterschiedlich sind, dass die Vertretung durch zwei-drei Kantone nicht ausreichend sei. Zudem könnten alle Kantone von einem Informationsaustausch profitieren und voneinander lernen. Dem steht gegenüber, dass gerade kleine Kantone nicht die Ressourcen haben, um zwei-dreimal im Jahr eine Vertretung an eine Plattform Palliative Care zu schicken.

### 3.3.2 Palliative ch

Alle Befragten sind der Meinung, dass die Fachgesellschaft palliative ch in die Plattform einzubeziehen ist. Der Kanton VD sieht die Plattform vor allem als Gremium von Bund und Kantonen und plädiert darum dafür, sie als Fachpersonen einzubeziehen, jedoch ohne Stimmrecht.

### 3.3.3 Gemeinden

Sowohl der Kanton GL als auch palliative ch weisen darauf hin, dass in der Nationalen Strategie Palliative Care die Gemeinden zu wenig mit einbezogen wurden. Im Kanton GL zum Beispiel ist Palliative Care ein Thema der Langzeitpflege und diese befindet sich in der Zuständigkeit der Gemeinden. Zwar hat der Kanton den Anspruch auf Palliative Care implizit in der Gesetzgebung verankert (Moser, 2014, S.40f), jedoch obliegt die Konkretisierung der gesetzlichen Vorgaben und der Vollzug der Zuständigkeit der Gemeinden. Und „wer zahlt, befiehlt“ wie es die Kantonsvertreterin ausdrückt.

Palliative ch erläutern, dass der Part, der in Bezug auf Palliative Care am besten und am nachhaltigsten funktioniert auf Gemeindeebene stattfindet. Aus diesem Grund sind die Gemeinden unbedingt in die Plattform einzubeziehen.

### 3.3.4 Weitere Teilnehmende

Neben Bund, GDK, Kantonen (Gemeinden) und palliative ch wird eine ganze Reihe von weiteren Teilnehmenden genannt; am häufigsten die Verbände der Leistungserbringer:

- die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH)
- der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK)
- die Spitäler der Schweiz (H+)
- der nationale Dachverband der Heime und Institutionen (Curaviva)
- der Spitexverband Schweiz

Drei Befragte nennen zudem auch die Verbände der Krankenversicherer als mögliche Teilnehmende (santésuisse, curafutura). Von Seiten des BAG werden auch die sozial-caritativen Organisationen erwähnt, wie die Caritas, das Rote Kreuz und die Landeskirchen. Und es wird angeregt, dass in der Plattform auch die Betroffenen eine Stimme haben sollten. Palliative ch schlägt des Weiteren vor Ligen wie die Krebsliga oder die Schweizerische Alzheimervereinigung einzubeziehen.

### 3.3.5 Rollen

Will man eine Plattform aufbauen, so stellen sich in Bezug auf die Rollen, vor allem vier zentrale Fragen:

- Wer setzt die Plattform ein? Wer gibt den Auftrag?
- Wer führt die Plattform im Sinne einer Geschäftsstelle (Vorbereitung, Nachbereitung, Sitzungsleitung)?
- Wer finanziert die Plattform?
- Wer arbeitet mit?



Alle Befragten sind der Meinung, dass die Plattform vom Dialog NGP einzusetzen ist. Auch erwähnen einige, dass es wichtig ist, dass am Dialog NGP auch regelmässig über den Stand der Arbeiten der Plattform berichtet wird. Dies vor allem, um das Thema Palliative Care auf der politischen Agenda zu behalten.

Die Geschäftsstelle der Plattform sehen die Kantone entweder bei der GDK oder beim BAG angesiedelt. Das BAG wäre bereit die Geschäftsstelle, zumindest in den ersten Jahren, zu übernehmen. Die dafür notwendigen Ressourcen und das Know-how wären vorhanden. Das BAG möchte jedoch darauf hinarbeiten, dass die Plattform mit der Zeit auch ohne Unterstützung des Bundes weiterfunktionieren kann. Die GDK und palliative.ch sind der Meinung, dass die Geschäftsstelle von palliative.ch zu führen ist.

Die meisten Befragten sind der Meinung, dass die Finanzierung der Plattform vom BAG und der GDK zu übernehmen ist. Alle Kantonsvertreter weisen eine Mitfinanzierung durch die einzelnen Kantone vehement zurück. Die GDK schlägt vor, dass die Finanzierung durch alle Teilnehmenden zu tragen ist.

Sollte die Plattform auch eigene Aktivitäten übernehmen, so wären sowohl das BAG, als auch die Kantone GR, VD und BS bereit in Arbeitsgruppen mitzuwirken. Einige erwähnen auch, dass es möglich wäre gewisse Arbeiten mittels einer Leistungsvereinbarung an palliative.ch zu übertragen. Sie könnten so die nötige Grundlagenarbeit leisten und einen fachlichen Input liefern.

#### **Fazit**

Einigkeit herrscht darüber, dass die Plattform durch den Dialog NGP einzusetzen ist. Der Teilnehmerkreis soll zumindest das BAG, die GDK und palliative.ch umfassen. Die Ausweitung auf weitere Teilnehmende hängt von der Zielsetzung und den Aufgaben der Plattform ab. Steht der Informationsaustausch und die Koordination im Vordergrund soll das Gremium möglichst breit gefasst werden.

### **3.4 Chancen und Risiken der Plattform**

#### **3.4.1 Risiken**

Auf die Frage, welche Risiken oder welche Herausforderungen mit dem Aufbau einer Plattform Palliative Care verbunden sind, wird darauf hingewiesen, dass man die Plattform mit zu vielen Themen überladen könnte, dass somit der Fokus, die konkrete Zielsetzung fehlen könnte. Auch wird erwähnt, dass die Gefahr besteht, dass ein „Riesenapparat“ aufgebaut wird, welcher wenig konkreten Nutzen generiert. Als Herausforderung werden auch die unterschiedlichen Erwartungen an die Plattform und der unterschiedliche Stand der Umsetzung in den verschiedenen Kantonen angesehen.

Zudem stellt sich die Frage, ob längerfristig die Finanzierung der Plattform sichergestellt werden kann.

### 3.4.2 Chancen

Die grösste Chance, welche die Plattform bieten kann, sehen die Befragten in der Möglichkeit, das Thema Palliative Care auf der politischen Agenda halten zu können. Damit kann Druck erzeugt werden. Und es kann sichergestellt werden, dass sich das Thema koordiniert weiterentwickelt. Man erhofft sich zudem ein gesamtschweizerisches Verständnis darüber, was Palliative Care ist und wie sie finanziert werden soll.

**Fazit**

Eine Plattform Palliative Care bietet die Chance das Thema koordiniert weiterzuentwickeln und die Implementierung in der ganzen Schweiz zu fördern. Wichtig ist, dass beim Aufbau die unterschiedlichen Erwartungen der Teilnehmenden einbezogen und eine klare Zielsetzung definiert wird.

## **4 Empfehlungen zum Aufbau einer Plattform Palliative Care**

Basierend auf den Erkenntnissen aus dem Dialog NGP und der ZäB und basierend auf den Vorstellungen der zentralen Akteure der Palliative Care, werden in der Folge Empfehlungen zum Aufbau einer Plattform Palliative Care gemacht.

### **4.1 Allgemeines**

Sowohl eine Zwischenbilanz der Projektleiterin als auch die zentralen Akteure kommen zum Schluss, dass das Hauptziel der nationalen Strategie – alle schwerkranken und sterbenden Menschen in der Schweiz erhalten ihrer Situation angepasste Palliative Care – auch nach dem Abschluss der Strategiephase Ende 2015 noch nicht erreicht sein wird. Da die Aufgaben und Kompetenzen im Bereich der Palliative Care auf allen drei staatlichen Ebenen, Bund – Kantone – Gemeinden, und auch auf weitere nicht-staatliche Akteure verteilt sind, ist es, um eine koordinierte Weiterentwicklung des Themas sicherzustellen, nötig, dass eine Form der institutionalisierten Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Stakeholdern gefunden wird.

Mit der ZäB hat man ein Beispiel einer gut funktionierenden institutionalisierten Zusammenarbeit zwischen staatlichen und nicht-staatlichen Akteuren, an dem man sich orientieren kann. Ausgehend davon und basierend auch auf den Aussagen der interviewten Akteure, ist der Aufbau einer Plattform Palliative Care zur nachhaltigen Implementierung des Themas zu empfehlen.

### **4.2 Ziele der Plattform**

Inhaltlich soll die Plattform weiterhin die Ziele der Strategie verfolgen, da diese noch nicht erreicht werden konnten und für alle Akteure weiterhin Gültigkeit haben.

Formal soll die Plattform folgende Zielsetzungen verfolgen:

- Der Informationsaustausch zwischen den Akteuren ist sichergestellt.
- Die im Bereich der Palliative Care laufenden Aktivitäten aller Akteure sind koordiniert.
- Der Stand der inhaltlichen Zielerreichung ist regelmässig überprüft und darauf basierend ist der noch nötige Handlungsbedarf erhoben. Es ist also periodisch eine Palliative-Care-Landschaft der Schweiz erarbeitet, aus welcher ersichtlich wird, was bereits besteht und in welchen Bereichen es noch Lücken gibt.
- Die Palliative-Care-Landschaft der Schweiz ist jährlich in Form eines Reportings dem Dialog NGP zu unterbreiten und wenn nötig mit Empfehlungen für das weitere Vorgehen von Bund und Kantonen zu versehen.
- Die Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten im Bereich der Palliative Care sind geklärt und werden basierend auf dem Handlungsbedarf wenn nötig angepasst.

### 4.3 Struktur der Plattform

Für die Plattform wird folgende Struktur vorgeschlagen:

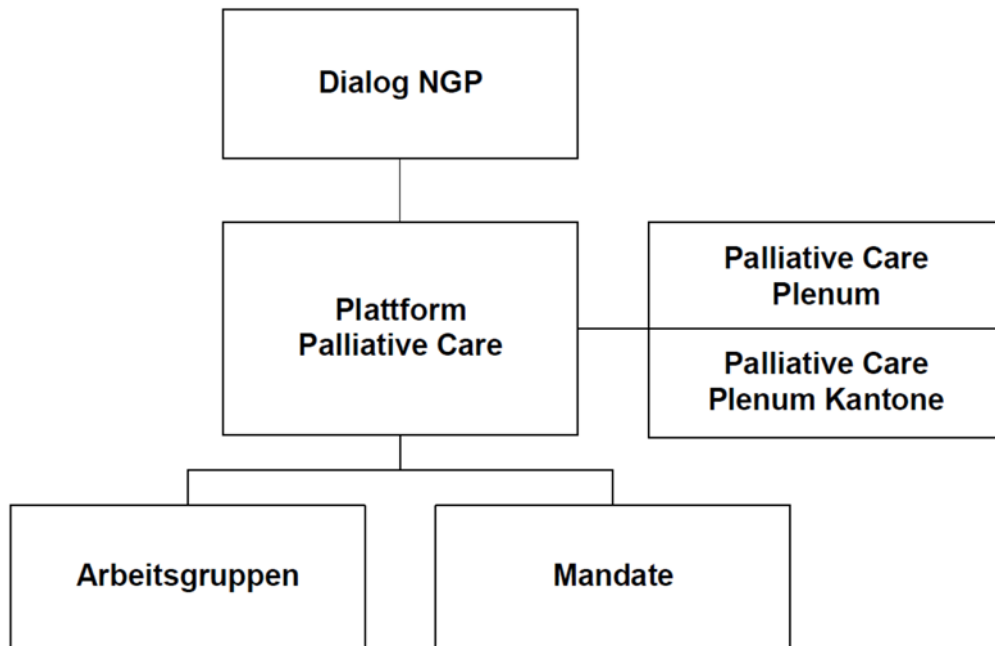


Abbildung 4: Struktur der Plattform Palliative Care (eigene Darstellung)

#### 4.3.1 Dialog NGP

Der Dialog NGP soll die Plattform Palliative Care einsetzen. Zum einen ist der Dialog NGP eine von allen Beteiligten anerkannte Form der Zusammenarbeit. Zum anderen erhält die Plattform so auch ein politisches Gewicht. In seiner 2012 überarbeiteten Vereinbarungen betont der Dialog nun in den Zielsetzungen die Verbindlichkeit, „damit die jeweiligen Aufgaben als öffentliche Regulatoren im Gesundheitswesen gezielter wahrgenommen und aufeinander abgestimmt werden können“ (GDK & EDI, 2012, S. 3). Diese Absichtsbekundung sollte auch für das Thema Palliative Care genutzt werden. Aus diesem Grund ist zu empfehlen, dass die Plattform einmal im Jahr dem Dialog über den Stand der Arbeiten Bericht erstattet und bei erkanntem Handlungsbedarf im Kompetenzbereich von Bund und Kantonen auch entsprechende Empfehlungen formuliert. Dies bezweckt zum einen, dass das Thema auf der politischen Agenda präsent bleibt, und zum anderen kann so, wenn die Empfehlungen verabschiedet werden, ein gewisser Druck aufgebaut werden. Dies bedingt jedoch, dass sich der Dialog bei der Einsetzung der Plattform auch ihren inhaltlichen Zielen – den jetzigen Zielen der Strategie – verpflichtet.

### 4.3.2 Plattform Palliative Care

#### *Teilnehmende*

Die Plattform Palliative Care soll aus dem BAG, der GDK, zwei-drei interessierten Kantonen sowie palliative.ch bestehen.

Im Gegensatz zur ärztlichen Aus- und Weiterbildung ist das Feld der Stakeholder in der Palliative Care zu breit, als dass alle in einem Gremium, an welchem auch Diskussionen und Konsensfindung stattfinden sollen, Platz finden können. Aus diesem Grund soll die eigentliche Plattform auf die zentralsten Stakeholder beschränkt werden. Dafür wird die Plattform mit einem Plenum ergänzt (vgl. Kapitel 4.3.3).

#### *Aufgaben*

Die wichtigste Aufgabe der Plattform ist es die Palliative-Care-Landschaft der Schweiz zu erarbeiten und regelmässig zu überarbeiten, also die Aktivitäten der verschiedenen Akteure im Bereich der Palliative Care zu verfolgen und festzustellen, in welchen Bereichen noch weiterer Handlungsbedarf besteht. Sie definiert konsensorientiert die Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortungen von Bund, Kantonen und palliative.ch im Bereich der Palliative Care. Bei einem erkannten Handlungsbedarf legt sie fest, in wessen Zuständigkeit dieser fällt und animiert den entsprechenden Akteur diesen anzugehen.

Die Plattform bereitet das Plenum Palliative Care vor und ist zuständig für ein regelmässiges (jährliches) Reporting der Zielerreichung und des Handlungsbedarfs gegenüber dem Dialog, welches mit Empfehlungen für das weitere Vorgehen von Bund und / oder Kantonen versehen ist.

Die Plattform kann zur detaillierten Analyse des Handlungsbedarfs, zur Erarbeitung des Reportings gegenüber dem Dialog NGP oder zur Behebung eines konkreten Mangels (bspw. fehlende Grundlagenpapiere) eine Arbeitsgruppe einsetzen oder ein Mandat vergeben.

#### *Finanzierung*

Die Finanzierung der Plattform wird vorderhand durch das BAG und die GDK übernommen. Längerfristig ist jedoch eine nachhaltige Finanzierung zu finden.

#### *Organisation*

Die Plattform trifft sich zwei bis dreimal pro Jahr. Da alle Teilnehmenden Aufgaben und Kompetenzen im Bereich der Palliative Care haben, ist es zentral, dass die Plattform auf einen Konsens ausgerichtet ist und die Teilnehmenden sich als gleichberechtigte Partner verstehen. Neben den jährlich wiederkehrenden Aufgaben wie der Analyse der Zielerreichung und des Handlungsbedarfes, ist es aus Effizienzgründen zu empfehlen, dass sich die Plattform jährlich einen konkreten Fokus (wie zum Beispiel Daten, Finanzierung, Sensibilisierung oder Qualität) setzt, welcher speziell beleuchtet und auch zum Thema im Plenum gemacht wird.

Die Aufgaben der Plattform, wie die Erarbeitung der Palliative-Care-Landschaft bringen es mit sich, dass die Vorbereitungsarbeiten für die Plattformsitzungen aufwändig sind. Auch

sind die Reportings gegenüber dem Dialog und die Veranstaltungen des Plenums vorzubereiten. All dies macht es nötig, dass die Plattform über eine entsprechend dotierte Geschäftsstelle verfügt. In einer ersten Phase wird vorgeschlagen, dass diese Geschäftsstelle durch das BAG wahrzunehmen ist, da dort die entsprechenden Ressourcen vorhanden sind. Gewisse Arbeiten können auch mittels einer Leistungsvereinbarung an palliative.ch ausgelagert werden.

#### 4.3.3 Palliative Care Plenum

Das Palliative Care Plenum findet einmal jährlich statt und besteht aus dem BAG, der GDK, allen Kantonen, dem Schweizerischen Gemeindeverband, dem Schweizerischen Städteverband, palliative.ch, allen weiteren interessierten Leistungserbringern (FMH, SBK, Curaviva, etc.), den Versicherern, sowie den vom Thema betroffenen sozial-caritativen Organisationen (Caritas, Rotes Kreuz, etc.). Also grundsätzlich aus allen staatlichen und nicht-staatlichen Organisationen, welche Aufgaben und/oder Kompetenzen im Bereich der Palliative Care wahrnehmen.

Ziel des Plenums ist es die Palliative-Care-Landschaft (Zielerreichung und Handlungsbedarf), welche von der Plattform erarbeitet wurde, zu prüfen und zu diskutieren. Zudem dient es dem Informationsaustausch und der Koordination der Aktivitäten aller Beteiligten. Neben diesem allgemeinen Teil, sollte an jeder Plenumsveranstaltung ein konkretes Thema in den Fokus genommen werden.

Im Anschluss an das Plenum soll jeweils das Plenum der Kantone stattfinden. An ihm sind neben dem BAG, der GDK und palliative.ch nur noch alle Kantonsvertreter anwesend. Da die Kantone die zentralsten Akteure darstellen, bietet dieses kleinere Gremium die Möglichkeit die kantonalen Aktivitäten zu koordinieren, voneinander zu lernen und noch anstehender Handlungsbedarf vertiefter zu diskutieren.

Da das Palliative Care Plenum und das Plenum der Kantone am selben Tag und nur einmal jährlich stattfinden, sollte es auch den kleineren Kantonen möglich sein, daran teilzunehmen.

#### 4.3.4 Zusammenspiel der Gremien

Damit der Dialog, die Plattform und das Plenum optimal ineinandergreifen, sind die Daten der jeweiligen Sitzungen aufeinander abzustimmen. Ein möglicher Ablauf ist in der Folge kurz skizziert:

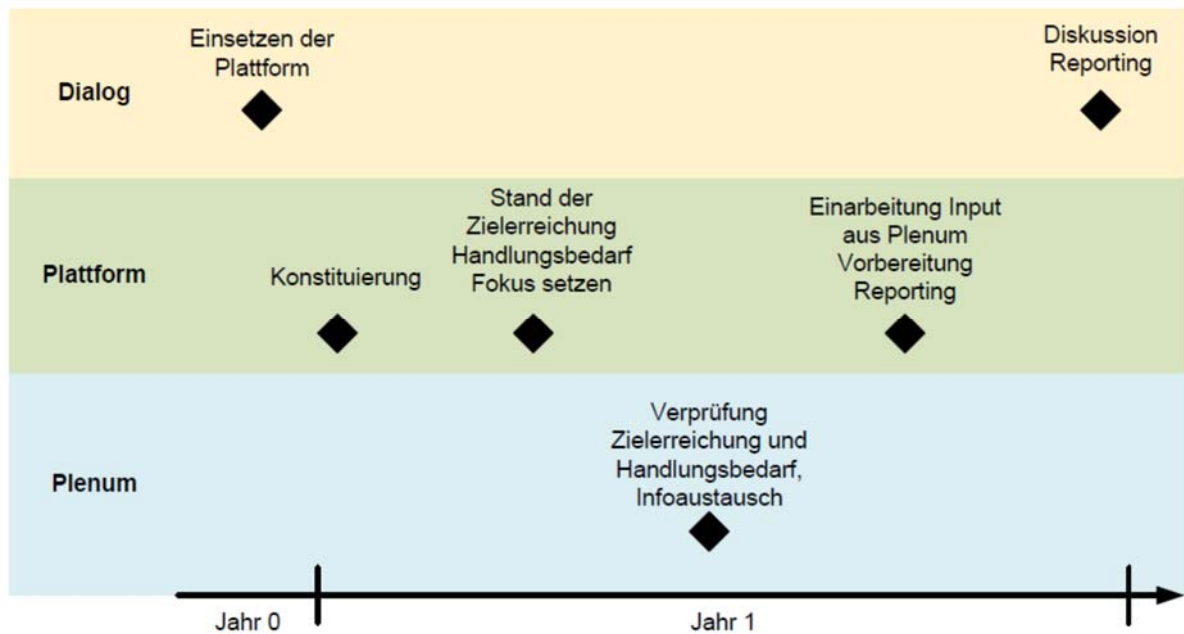


Abbildung 5: Zusammenspiel Dialog-Plattform-Plenum (eigene Darstellung)

Als erstes setzt der Dialog die Plattform ein, er verpflichtet sich den inhaltlichen Zielsetzungen und überträgt ihr die oben erwähnten Aufgaben inklusive der Vorbereitung und Durchführung des Plenums Palliative Care.

Anschliessend nimmt die Plattform ihre Arbeit auf. In einer konstituierenden Sitzung werden die organisatorisch-administrativen Details geklärt und es werden die Daten für die Folgesitzungen fixiert.

Für die nächste Sitzung der Plattform wird die Palliative-Care-Landschaft der Schweiz (Zielerreichung und Handlungsbedarf) erarbeitet. An der Sitzung selbst wird diese besprochen und es wird ein Fokus für das kommende Jahr festgelegt und die Plenumsitzung vorbesprochen.

An der Plenumsitzung wird die Palliative-Care-Landschaft geprüft und ergänzt. Zudem wird das Fokusthema diskutiert.

In der oder den nächsten Plattformsitzung/en werden die Inputs aus dem Plenum eingearbeitet. Aus der nun so finalisierten Palliative Care Landschaft wird das Reporting an den Dialog mit Empfehlungen für das weitere Vorgehen von Bund und Kantonen vorbereitet. Sind konkrete Massnahmen anzugehen, kann die Plattform dazu eine Arbeitsgruppe einsetzen oder ein Mandat vergeben.

In einem letzten Schritt diskutiert der Dialog das Reporting und verabschiedet gegebenenfalls Empfehlungen für das weitere Vorgehen von Bund und Kantonen.

Anschliessend beginnt der Kreislauf wieder von vorne.

## 5 Schlussfolgerungen

Die vorliegende Arbeit ging von der Arbeitshypothese aus, dass der Bund, falls er gewährleisten will, dass alle schwerkranken und sterbenden Menschen in der Schweiz ihrer Situation angepasste Palliative Care erhalten, nicht nur die in seinem Kompetenzbereich vorhandenen Gesetze anpassen kann, sondern, dass er darüber hinaus eine koordinierende und vermittelnde Rolle einnehmen sollte.

Die Arbeit hat zudem das Ziel verfolgt vom Funktionieren des Dialogs NGP und der ZäB zu lernen, um basierend auf diesen Erkenntnissen und basierend auf Interviews mit den wichtigsten Stakeholdern der Palliative Care, Empfehlungen dazu abzuleiten, ob eine Plattform Palliative Care die Implementierung von Palliative Care in der Schweiz vorantreiben könnte und wie diese konkret auszugestalten wäre.

Die Analyse der Aufgaben, Verantwortlichkeiten und Kompetenzen im Bereich der Palliative Care hat ergeben, dass nur ein kleiner Teil davon auf Bundesstufe angesiedelt ist. Weitere wichtige Akteure sind die Kantone, die Gemeinden, die Leistungserbringer und die Versicherer. Dies trifft im Übrigen nicht nur auf die Palliative Care zu, denn wie Vatter und Rüefli (2014, S. 834) feststellen, zeichnet sich die schweizerische Gesundheitspolitik aufgrund der stark föderalistischen und subsidiären Prägung des Gesundheitssystems durch eine hochgradig fragmentierte Akteurstruktur aus.

Will der Bund nun die Gewährleistung von Palliative Care sicherstellen, so kann er entweder durch ein neues Bundesgesetz seinen Kompetenzbereich ausweiten, was jedoch ein langwieriges Verfahren mit sehr unsicherem Ausgang nach sich ziehen würde. Zudem wären basierend auf dem Vollzugsföderalismus und dem Subsidiaritätsprinzip bei den Kantonen und Gemeinden weiterhin wichtige Aufgaben angesiedelt.

Oder er kann als Moderator und Koordinator die Verantwortungsübernahme der verschiedenen Akteure fördern und somit die Implementierung der Palliative Care vorantreiben. Da dieser zweite Weg die wesentlich grösseren Realisierungschancen hat, ist er zu bevorzugen. Insofern hat sich die Arbeitshypothese bestätigt.

Bei der Analyse des Dialogs NGP konnte festgestellt werden, dass mit diesem Gremium bereits eine anerkannte Form der institutionalisierten Zusammenarbeit von Bund und Kantonen besteht. Zudem ist der Dialog mit der neuen, seit 2012 geltenden Vereinbarung, bestrebt die Verbindlichkeit der Zusammenarbeit zu erhöhen. Es ist jedoch zu beachten, dass es sich dabei „nur“ um strategische Verbindlichkeit handelt. Politisch verbindliche Entscheide können nur durch demokratisch legitimierte Regierungen und Parlamente gefällt werden. Will der Bund die Implementierung der Palliative Care vorantreiben, ist es zu empfehlen, dass er den Dialog NGP für diese Zielsetzung gewinnt. Es ist zwar nicht möglich, die Kantone dadurch zu etwas zu „zwingen“, aber das Thema bleibt so auf der politischen Agenda und der Handlungsbedarf auf Stufe Bund und Kanton kann regelmässig transparent gemacht und diskutiert werden. Dies erzeugt auch Druck den Handlungsbedarf anzugehen.



Von der ZäB kann gelernt werden, dass es möglich ist, staatliche und nicht-staatliche Organisationen in eine institutionalisierte Form der Zusammenarbeit einzubinden. Damit konnte erreicht werden, dass alle Akteure der ärztlichen Aus- und Weiterbildung gemeinsam die anstehenden Herausforderungen diskutieren und Lösungen finden. Zentral ist, dass alle beteiligten Akteure als gleichberechtigte Partner wahrgenommen werden. Die Plattform versteht sich zudem als politikvorbereitendes Gremium. Sie trifft keine bindenden Entscheidungen und beschneidet somit nicht die Kompetenzen der einzelnen Stakeholder. Für eine Plattform Palliative Care heisst dies, dass der Bund nicht als Leader, sondern als Partner auftreten sollte. Es geht darum im Bereich der Palliative Care eine Partizipationskultur zu etablieren, in welcher jeder Akteur in seinem Zuständigkeitsbereich die Implementierung vorantreibt. Um dies zu erreichen, soll die Plattform Palliative Care und das Plenum Palliative Care dafür sorgen, dass alle dieselbe Zielsetzung verfolgen und dass ein gemeinsames Verständnis über die aktuelle Situation, den Handlungsbedarf und die Zuständigkeiten etabliert werden kann.

Das Modell der ZäB kann jedoch nicht 1:1 auf die Palliative Care angewendet werden, denn die Anzahl der Akteure ist im Bereich der Palliative Care ungleich grösser. Man denke hier nur an alle Leistungserbringer, Versicherer und die Gemeinden. Diesem Umstand wird mit der Unterteilung in Plattform und Plenum zwar Rechnung getragen. Aber die Einbindung der Stakeholder in das Plenum hat nicht dieselbe Qualität, dieselbe Verbindlichkeit, wie dies eine Plattform entwickeln kann. Das Plenum kann als „Sounding Board“ genutzt werden, es ist möglich Meinungen abzuholen, Informationen auszutauschen und Verantwortlichkeiten in Bezug auf den anstehenden Handlungsbedarf zu klären. Doch eine fundierte Diskussion und eine gemeinsames Ringen um Lösungen ist in so einem grossen Gremium nicht realistisch.

Eine Herausforderung, welche durch die gemachten Empfehlungen nicht überwunden werden kann, ist der adäquate Einbezug der Gemeinden. Es wird zwar vorgeschlagen den Gemeinde- und den Städteverband in das Plenum zu integrieren. Ob jedoch dadurch sichergestellt werden kann, dass die konkreten Probleme der Gemeinden ins Plenum und Informationen sowie Lösungsmöglichkeiten zurück fliessen ist zu bezweifeln. Aus diesem Grund ist zu empfehlen, dass die Frage der Einbindung der Gemeinden von der Plattform noch vertiefter diskutiert wird. Vorstellbar wären kantonale oder regionale Plattformen zum Thema Palliative Care.

Abschliessend kann mit Blick auf die Zielsetzung der Arbeit festgehalten werden, dass der Aufbau einer Plattform Palliative Care (inkl. Plenum) die Implementierung von Palliative Care in der Schweiz fördern kann. Der Kanton Zürich, welcher eine solche Plattform ablehnt, argumentiert damit, dass Palliative Care nicht in einer Sonderstruktur zu behandeln ist, sondern, dass sie Teil der täglichen Arbeit sein sollte. Die Verfasserin teilt diese Ansicht insofern, als dass auch sie der Meinung ist, dass Palliative Care ein regulärer Bestandteil des Gesundheitswesens sein sollte und zwar in allen Bereichen: in der Ausbildung des Gesundheitspersonals, im Angebot von Spitälern, Pflegeheimen und Spitex und auch in den Finanzierungsfragen. Um dies zu erreichen, braucht das Thema aber eine Lobby. Es ist nötig, dass sich alle Akteure damit auseinandersetzen, welche Ziele erreicht werden sollen, was

bereits erreicht wurde und wo noch Handlungsbedarf besteht. Und um dies längerfristig zu gewährleisten braucht es eine Form der institutionalisierten Zusammenarbeit, wie es eine Plattform bieten kann. Von dort kann dann das Verständnis über Palliative Care in die tägliche Arbeit hineingetragen und somit die Implementierung vorangetrieben werden.

## Literaturverzeichnis

### Unveröffentlichte Quellen

- Balthasar, Andreas, Oetterli, Manuela, Schwenkel, Christof (2010): *Plattform „Dialog Nationale Gesundheitspolitik“*. Evaluationsbericht. Luzern. Interface.
- Longchamp, Claude (2009): *Zukunft ärztliche Bildung. Kurzbericht zum Mandat für das BAG Direktionsbereich „Gesundheitspolitik“*. Bern. gfs.bern.
- Moser, Ladina (2014): *Palliative Care und Föderalismus: Eine qualitative Untersuchung zum „Entwicklungsland“ Schweiz*. Masterarbeit eingereicht bei der Universität Bern.
- Spycher, Stefan (2010): *Antrag an die Geschäftsleitung. Bewilligung Projektantrag zur Plattform Zukunft ärztliche Bildung*. Bern. Bundesamt für Gesundheit.
- Von Wartburg, Lea (2014): *Nationale Strategie Palliative Care 2013-2015. Zwischenbilanz im Herbst 2014*. Bern. Bundesamt für Gesundheit.

### Veröffentlichte Quellen

- Bundesamt für Gesundheit & Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (2010). *Nationale Leitlinien Palliative Care*. URL: <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13764/13768/13784/index.html?lang=de>, 2.04.2014.
- Bundesamt für Gesundheit & Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (2012a). *Nationale Strategie Palliative Care 2013-2015. Bilanz „Nationale Strategie Palliative Care 2010-2012“ und Handlungsbedarf 2013-2015*. URL: <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13764/13769/index.html?lang=de>, 2.04.2014.
- Bundesamt für Gesundheit & Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (2012b). *Kurzfassung Nationale Strategie Palliative Care 2013-2015. Bilanz 2010-2012 und Handlungsbedarf 2013-2015*. URL: <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13764/13769/index.html?lang=de>
- Kocher, Gerhard (2010): Kompetenz- und Aufgabenverteilung Bund – Kantone – Gemeinden. In: G. Kocher & W. Oggier (Hrsg.): *Gesundheitswesen Schweiz 2010-2013. Eine aktuelle Übersicht*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren & Eidgenössisches Departement des Innern (2003). *Vereinbarung zur Nationalen Gesundheitspolitik Schweiz*. <http://www.nationalegesundheits.ch/de/der-dialog/index.html>, 28.08.2014.
- Sager, Fritz, Rüfli, Christian, Wälti, Marina (2010): *Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Möglichkeiten der Steuerung durch die Kantone*. (Obsan Dossier 10). Neuenburg: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Vatter, Adrian, Rüfli, Christian (2014): Gesundheitspolitik. In: P. Knoepfel et al. (Hrsg.): *Handbuch der Schweizer Politik*. Zürich: Verlag Neue Zürcher Zeitung.

## Anhang

### Anhang 1: Interview mit Catherine Gasser (BAG) zur ZäB

(Abteilungsleiterin Gesundheitsberufe, Bundesamt für Gesundheit)

2. September 2014

#### *Ausgangslage zur Bildung der Plattform*

Es bestanden schon vorher gute Kontakte mit den einzelnen Stakeholdern, mit Verbänden, Universitäten, etc., aber es gab keine Möglichkeit mit allen Playern zusammen zu sprechen. Ziel der Plattform ist es Raum zu schaffen, um mit allen Protagonisten im Feld der ärztlichen Aus- und Weiterbildung strategische Fragen zu diskutieren und Lösungen zu akuten Problemen zu finden. Zudem werden Empfehlungen erarbeitet.

Das Gremium setzt selbst nichts um, sondern greift Probleme auf, schafft Evidenzen, erstellt Berichte und legt diese dem Dialog vor, um dort Handlungs- und Umsetzungsansätze abholen. Ein Beispiel dafür ist die Erhöhung der Ausbildungskapazitäten im Bereich der Hausarztmedizin.

Es ist ein politikvorbereitendes Gremium, das Umsetzungsempfehlungen erarbeitet, welche dann von den zuständigen Protagonisten (Kantone, Bund) umgesetzt werden.

#### *Auf welcher Grundlage wurde die Plattform installiert?*

Das Funktionieren der Plattform wurde in einem Konzept beschrieben und die Mitglieder haben ihr Commitment dazu gegeben.

Der Auftrag kam, auf Vorschlag des BAG, vom Präsidenten der GDK und dem Departementsvorsteher des EDI. Um das OK abzuholen, wurde die Idee auch dem Vorstand der GDK präsentiert.

#### *Wie wird die Plattform finanziert?*

Die Plattform wird vollständig durch das BAG finanziert. Die Mitglieder beteiligen sich lediglich durch ihre Zeit (es gibt keine Sitzungsgelder).

Das BAG setzt zur Führung der Plattform eine 80% Stelle ein. Zudem arbeiten diverse Mitarbeitende an den Themen der Plattform mit. Mit diesen Ressourcen werden die Protokolle geschrieben, Berichte erstellt, etc. In Ausnahmefällen werden auch externe Mandate vergeben (finanziert durch das BAG).

#### *Wie ist die Plattform aufgebaut?*

Die Plattform selbst bildet das Plenum, daneben werden thematisch Arbeitsgruppen zusammengestellt, welche Berichte o.ä. erstellen.

Die Plattform ist kein Steuerungsinstrument und sie verfügt auch nicht über eine Projektstruktur. Es ist vielmehr ein Zusammentreffen von Stakeholdern, die zu bestimmten Themen sagen, ob sie auf die Agenda kommen und sich dazu äussern, ob sie bereits sind daran mitzuarbeiten. Wenn ja, delegieren sie einen Mitarbeitenden in eine Arbeitsgruppe.

Dort werden dann Berichte erstellt, die von der Plattform zur Kenntnis genommen und über ihre Mitglieder verbreitet werden. Die Plattform ist somit nicht handelnd, sondern es ist eine politikvorbereitende Instanz.

Die Mitglieder machen gut mit: sie kommen an die Arbeitsgruppensitzungen und sie lesen und korrigieren die Berichte. Die Leitung der Arbeitsgruppen wird hauptsächlich durch das BAG wahrgenommen. Teilweise gibt es auch eine Doppelleitung BAG-SAMW.

In der Plattform ist von Seiten der GDK der Generalsekretär vertreten. Mit ihm gibt es auch Strategiesitzungen.

Die erstellten Berichte kommen nachher in den Dialog und werden dort diskutiert. Grundlagenpapiere werden dort politisch genutzt, gerade bei Themen von nationaler Bedeutung, die in der Umsetzung bei den Kantonen sind. Das Ziel dabei sind vom Dialog validierte Grundlagen für die Diskussion in den Kantonen.

#### *Wie wird Verbindlichkeit hergestellt?*

Wir beschreiben zuerst die Problematik, dann gilt es in der Plattform zur Zielsetzung (dies ist zu lösen) ein Commitment abzuholen. Die Stakeholder, die spezifisch daran interessiert sind, arbeiten dann in der Arbeitsgruppe an einem entsprechenden Produkt. Dies wird dann der Plattform unterbreitet, breit diskutiert und validiert. Anschliessend geht es in den Dialog. Dieser entscheidet darüber, ob die Empfehlungen angenommen werden.

Der Bund hat grundsätzlich keine Möglichkeit, die Kantone zu etwas zu zwingen, das nicht in seiner Kompetenz liegt.

Palliative Care kann unter der medizinischen Grundversorgung subsummiert werden und hier gibt es einen neuen Verfassungsartikel dazu. Damit hat der Bund hier eine Kompetenz.

Die Anpassung der Tarife hilft nur kurzfristig und sie hilft nur den Ärzten, dies klärt aber nicht alle Fragen: Das Problem bei der Verrechnung ist die Trennung von Pflege und Betreuung. Die Frage der Finanzierung der Betreuung ist nicht geklärt und hier gilt es neue Finanzierungsformen zu finden.

Die Plattform sollte dafür da sein, um denkerische Vorarbeit zu leisten, Lösungen zu erarbeiten, aber die Entscheidung und die Umsetzung finden auf anderen Stufen statt.

#### *Wer nimmt (aus den Kantonen) an der Plattform teil?*

An den Arbeitsgruppen nehmen Fachpersonen aus den Kantonen teil. Die Plattform selbst ist aber eine Metaebene, hier gehören die strategischen Leute hin. Das bringt sie auch dazu, dass sie das Thema auf ihre eigene Agenda setzen. Wenn man jedoch alle Kantonsvertreter dabei hat, dann wird der Kreis zu gross.

An der Plattform ZäB nehmen 16 bis 18 Leute teil: Generalsekretäre, Präsidenten, Delegierte aus dem Vorstand, etc.

Die Plattform verlangt eine gut vorbereitete Diskussionsleitung. Die Präsentationen werden vorbesprochen und die Rollen werden verteilt. Es muss vorher klar sein, wer was einbringt, und was das Ziel der Sitzung sein soll.

Damit die Teilnehmenden sich seriös vorbereiten können, werden die Traktanden inkl. Vorbereitungsunterlagen 10-14 Tagen vorher versandt.

*Was sind die Herausforderungen, wenn man eine solche Plattform aufbauen will?*

Als erstes muss man genau wissen, was das Ziel sein soll. Mir ging es darum Entscheidsträger zusammen zu bringen, sich abzusprechen und ein Commitment zu bestimmten Thesen zu erhalten.

Will man jedoch etwas aufbauen, das als Steuerungsinstrument funktioniert, bei dem man auch etwas „befehlen“ kann, dann würde ich eher einen Masterplan empfehlen: also einen Verbund von verschiedenen Projekten mit klaren Zielen und Meilensteinen. Dies würde eigentlich für Palliative Care die Weiterführung der Strategie bedeuten.

Ich bin mir bewusst, dass ich nicht alleine umsetzen kann, ich brauche die anderen und ihre Kompetenzen. Keiner kann alleine umsetzen, das Zusammenwirken ist notwendig, um gemeinsam handeln zu können. Bei einem Masterplan einigt man sich auf Ziele, bestimmt die Zuständigkeiten und setzt um.

*Wie weiter mit Palliative Care?*

Die grosse Frage ist doch: was will man wirklich mit Palliative Care? Was wollen wir intern erreichen?

Reicht es nicht aus, dass wir dem Thema einen An Schub gegeben haben? Könnte es jetzt nicht alleine weiterrollen und wir sichern lediglich noch eine interne Ansprechperson?

Mein Ziel ist es, dass ich alles, was bisher zu Palliative Care strategisch entschieden wurde, in meine Geschäfte einfliessen lasse und es somit umsetze. Meine Ziele im Bereich Palliative Care sind erreicht. Ich möchte mein Engagement in diesem Bereich nun reduzieren können.

In der Zukunft könnte man einfach einmal pro Jahr eine Tagung machen zum Thema und einmal pro Jahr ein Treffen allen Menschen, die sich an den Fakultäten und in der Weiterbildung mit Palliative Care beschäftigen. Dies als eine Art follow-up.

Wichtig ist, dass die Kohärenz über die Handlungsfelder erhalten bleibt. Dies könnte man auch mittels eines jährlichen Kongresses sicherstellen.

Zentral ist einfach, dass man zuerst beschliesst, was man erreichen will, bevor man sich über die Form Gedanken macht. Plattformen sind schon fast gewöhnlich geworden. Wenn man das Thema „hype“ will, dann sollte man besser eine Konferenz mit BR Berset und GDK-Präsident Perrenoud organisieren und damit Öffentlichkeit schaffen. Dabei könnte man sich anschauen, wie weit die verschiedenen Player in der Umsetzung sind und wo noch Probleme bestehen. Aber auch dazu müsste geklärt werden, wer den Lead übernehmen soll. Wollen wir Leadership im Thema?

Eine Möglichkeit wäre es, dass palliative ch zu einer Liga wird, welche von NGP finanziert wird. Aber dafür müsste man der Überzeugung sein, dass sie die richtigen sind, um das Thema voranzutreiben. Palliative ch sind nicht unumstritten.

Eine andere Möglichkeit wäre die Gründung einer Stiftung.

Als Fundament sollten die Leitlinien dienen. Diese haben eine breite Akzeptanz.

Zudem sollte man immer wieder schauen, wo ist das Thema in den Kantonen aufgehängt ist, wo sie gerade dran sind. Wir dürfen nicht vergessen, dass die Kantone vor einem Stapel von Evidenzen und Empfehlungen sitzen und zuerst mal schauen müssen, was überhaupt machbar ist. Der pragmatische Diskurs darf nicht vergessen gehen, ihn müssen wir verfolgen und begleiten.

## **Anhang 2: Interview mit Salome von Greyerz (BAG)**

(Abteilungsleiterin Gesundheitsstrategien, Bundesamt für Gesundheit)

29. September 2014

*1) Ist es nötig, dass Bund und Kantone weiterhin gemeinsam im Themengebiet Palliative Care tätig sind?*

Ja, weil es übersteigt die Möglichkeiten der GDK und der Kantone dies ohne Unterstützung des Bundes voranzutreiben. Gerade in den Themenbereichen Bildung und Forschung (NFP 67), wo der Bund viel Geld investiert hat, ist es wichtig, dass der Bund auch verfolgen kann, welche Ergebnisse daraus resultieren.

Zudem ist der ganze Teil Bildung in gewissen Punkten klar in der Zuständigkeit des Bundes. Wenn man überhaupt etwas macht, dann sollte man dies also gemeinsam tun.

*2) Erachten Sie es als sinnvoll, dass Bund und Kantone mit einer gemeinsamen Plattform im Themengebiet Palliative Care weiterhin aktiv sind?*

Ja, das ist eine sinnvolle Art. Die Idee dahinter ist, dass man etwas schafft, das nicht von Anfang an ein Verfallsdatum hat, wo man sich nicht im 2. oder 3. Jahr schon wieder darüber diskutieren muss, wie es nachher weitergehen soll. Es sollte darum gehen, dass, man analog der Plattform Zukunft ärztliche Bildung, etwas aufbaut, wo man mit grosser oder weniger grossen Intensität gemeinsame Fragen und Grundlagen diskutieren und Umsetzungsprojekte initiieren kann. Dies gibt dem Thema auch eine Sichtbarkeit gegen aussen. Wichtig ist, dass es eine Plattform von Bund, Kantonen und zugewandten Freunden ist.

*3) Welche Ziele und Aufgaben sollte die Plattform haben?*

Die Ziele der Strategie gelten weiterhin, denn sie sind noch nicht erreicht. Ausgehend davon sollte man die Ziele in den verschiedenen Handlungsfeldern weiter verfolgen. Die Ziele könnten in einer Plattformvereinbarung festgehalten werden.

Man sollte in der Plattform Grundlagenarbeiten machen, Projekte in Auftrag geben, und breitere Diskussionen führen.

Öffentlichkeitsarbeit ist für mich nicht zwingend eine Aufgabe für die Plattform, ausser alle Akteure sind der Meinung, dass man auch als Plattform auftreten sollte. Aber die Plattform muss kein Label sein. Die Sensibilisierung für das Thema sollte eher lokal geschehen, im Rahmen der anderen Gesundheitsangebote. Doch die Plattform soll einen Anstoss geben für gesamtgesellschaftliche Diskussionen: Wie gehen wir mit dem Lebensende um? Wie gehen wir mit Medizin am Lebensende um? Dazu könnte die Plattform zum Beispiel Tagungen organisieren.

Im Gegensatz zur Strategie ist die Plattform eher flexibel; sie gibt nicht schon den ganzen Weg zur Zielerreichung vor.

Die Plattform könnte eine wichtige Rolle spielen in der Valorisierung der NFP 67 und mit den Ergebnissen weiterarbeiten. Ohne, dass eine Struktur besteht, die die Resultate aufnimmt, verfallen diese.

Was die Plattform nicht kann, ist Entscheidungsprozesse zu übersteuern. Sie kann zum Beispiel nicht die Entscheidung von SwissDRG „bypassen“, aber sie kann sie begleiten. Dies ist ähnlich wie beim Dialog. Der Dialog ersetzt kein Vernehmlassungsverfahren mit den Kantonen. Aber es ist eine Möglichkeit, um sich in einem geschützten Rahmen anzunähern.

Gut wäre auch, wenn man regelmässige eine Palliative Care-Landkarte der Schweiz publizieren würde. Damit bleibt das Thema sichtbar und man erzeugt auch Druck auf diejenigen, die noch nichts gemacht haben und gibt ihnen Argumente und Instrumente in die Hand auf politischem Weg etwas durchzubringen. Je besser die Grundlagen sind, desto weniger muss jeder für sich allein nochmals denken.

Ich fände es eine gute Idee Vernehmlassungsverfahren durchzuführen. Dies könnte ähnlich funktionieren wie bei der ZäB. Die erarbeiten auch Empfehlungen mit einer Arbeitsgruppen, machen anschliessend ein informelles Vernehmlassungsverfahren und gehen dann zur Verabschiedung ins Plenum. Trotzdem bleibt es natürlich immer ein Stück unverbindlich. Nichtsdestotrotz kann es den Akteuren sehr dienlich sein, dass es diese Grundlagen gibt.

#### *4) Wer sollte neben Bund und Kantonen an der Plattform teilnehmen?*

Aus dem BAG sollte der Direktor, sowie die Direktionsbereichsleitenden Gesundheitspolitik und Kranken- und Unfallversicherung teilnehmen, oder auch nur die Direktionsbereichsleitenden. Dann die GDK und zwei bis fünf ausgewählte Kantonsvertreter, wobei es sich hier eher um höhere Fachvertreter handeln sollte (Leitende der Ämter).

Palliative.ch sollte sowohl als Fachgesellschaft als auch als Liga teilnehmen. Neben der nationalen Ebene, wäre es sinnvoll, wenn auch Vertreter aus den regionalen Sektionen präsent wären.

In Bezug auf den Einbezug weiterer Bundesvertreter stellt sich die Frage, wie man mit dem Thema Bildung umgeht. Das Thema funktioniert nach sehr eigenen Regeln. Hier existiert auch bereits ein eigenes Forum „Bildung und Arbeitswelt Palliative Care“. Und es gibt schon so viele Akteure, die hier mitwirken, so dass es eventuell besser wäre, dieses Thema gesondert laufen zu lassen und es BAG-intern zu koordinieren.

BFS und BSV sind, bei Bedarf, in Arbeitsgruppen zu integrieren.

Ob die Leistungserbringer wie FMH, SBK, H<sup>4</sup> und Curaviva einzubeziehen sind, ist zu überlegen. Aber es ist auch eine Büchse der Pandora. Auch die Versicherer wurden bisher zu wenig berücksichtigt, diese sollte man auch einbinden. Gerade bei der Finanzierungsfrage darf man nicht nur den Leistungserbringern zuhören, sondern auch den Versicherer.

Zudem sollte jemand sicherstellen, dass auch die Betroffenen eine Stimme haben, sonst ist es eine reine Expertenrunde.

#### *5) Welchen Beitrag sollten die einzelnen Teilnehmer leisten (Rollen)?*

Die Geschäftsstelle der Plattform und die Organisation der Arbeitsgruppen sollte durch das BAG geführt werden, dies beinhaltet auch die Vor- und Nachbereitungsarbeiten.

Es geht beim Aufbau der Plattform für das BAG nicht darum Kosten zu sparen, sondern etwas zu etablieren, das auch längerfristig funktioniert.

Palliative.ch soll in der Plattform den fachlichen (medizinisch-pflegerischen) Input sicherstellen. Sie kennen die Praxis und können auf Probleme aufmerksam machen. Eine Leistungsvereinbarung mit Palliative.ch ist grundsätzlich möglich. Es stellt sich die Frage,



was sie leisten können? Sollen wir Strukturbeiträge zahlen, oder kaufen wir bestimmte Leistungen bzw. Produkte ein, wie Broschüren, eine Website, etc.

Viele Patientenorganisationen oder Ligen haben das Problem, das sie zu wenig qualifiziertes Personal haben, um bei den Gremien dabei zu sein und auch zu wenig Ressourcen. Die Mitarbeit in den Arbeitsgruppen, zum Beispiel, sollte ja grundsätzlich gratis sein. Aber hier könnte man ev. eine Ausnahme machen und sie für die Mitarbeit entschädigen.

Ich sehe momentan nur zwei Möglichkeiten: entweder wir bezahlen ihre Arbeitsstunden für die Teilnahme an der Plattform und den Arbeitsgruppen oder wir kaufen bei ihnen Dienstleistungen ein. Ich weiss bei palliative ch auch nicht, wie sie den Sprung schaffen wollen, um die kritische Grösse zu erreichen, die es ihnen ermöglicht, nicht mehr nur von persönlichem Engagement zu leben. Dazu braucht es Fundraising, eine professionelle Website, etc. Dafür bräuchte es ein Jahresbudget in der Grössenordnung von 800 TCHF bis eine Million. Wo nehmen sie dieses Geld her?

Dass palliative ch für das BAG die Geschäftsstelle der Plattform führen könnte, ist eine interessante Variante. Dies müsste geprüft werden.

Der Dialog sollte der Schirmherr der Plattform sein, der politische Hüter. Und man sollte regelmässig im Dialog über den Stand der Dinge berichten. Die strategischen Vorgaben ergeben sich aus den Zielen der Strategie, die operative Umsetzung geschieht in der Geschäftsstelle und die Plattform verabschiedet die Produkte.

#### *6) Organisatorisches: Sitzungsrhythmus? Dauer? Zeitliche Begrenzung?*

Ich würde für die Plattform einen Rhythmus von 4 bis 6 mal im Jahr vorsehen. Sie könnte jeweils einen halben Tag dauern. Anschliessend können noch AG-Sitzungen stattfinden.

Die Geschäftsstelle, welche für die Administration sorgt, muss eine Jahresplanung machen, damit man weiss, wer was wann angeht. Aber es sollte möglichst pragmatisch sein.

Es sollte eben gerade keine zeitliche Begrenzung geben. Aber man kann vorsehen, dass die Plattform nach fünf Jahren evaluiert wird.

#### *7) Fazit: Was sind die Chancen und Risiken der Plattform?*

##### Chancen

Mit einer Plattform, die am Dialog angehängt ist, bleibt das Thema sowohl auf der höchsten politischen Agenda (Dialog) als auch auf der operativen politischen Agenda (Plattform).

Man kann weiterhin gemeinsame Grundlagen erarbeiten, ohne jedes Mal neue Strukturen erarbeiten zu müssen. Man kann die Verständigung untereinander fördern.

##### Risiken

Die Plattform könnte irgendwann in der operativen Nichtigkeit ertrinken. Dann wird das Mandat des BAG vom Direktionsbereichsleitenden, zur Abteilungsleitenden zur Sektionsleitenden und zur Mitarbeitenden weitergereicht.

Ein Risiko besteht auch darin, dass die Erwartungen an die Plattform zu unterschiedlich sind und man sich darum nicht auf ein gemeinsames Arbeitsprogramm einigen kann. Es könnte auch passieren, dass ihr die Ideen ausgehen, darum braucht es auch Routinearbeiten, wie die Palliative Care-Landschaft.

Eine Gefahr besteht auch darin, dass wenn Mitarbeitende des BAG die Geschäftsstelle führen und diese Arbeiten irgendwann ausgelagert werden, dass dann im BAG niemand mehr für Palliative Care zuständig ist.

Es könnte auch sein, dass die Aufbauarbeiten länger dauern als gedacht. In diesem Fall würde ich vorschlagen die Strategie um ein Jahr zu verlängern und die Plattform auf 2017 aufzubauen.

### **Anhang 3: Interview mit Margreet Duetz (BAG)**

(Sektionsleiterin Nationale Gesundheitspolitik, Bundesamt für Gesundheit)

22. September 2014

*1) Ist es nötig, dass Bund und Kantone weiterhin gemeinsam im Themengebiet Palliative Care tätig sind?*

Ja.

*2) Erachten Sie es als sinnvoll, dass Bund und Kantone mit einer gemeinsamen Plattform im Themengebiet Palliative Care weiterhin aktiv sind?*

Ja, das wäre sinnvoll. Eine informelle Zusammenarbeit von Bund und Kantonen ist schwierig. Wobei ich auch offen bin für andere Vorschläge.

*3) Welche Ziele und Aufgaben sollte die Plattform haben?*

Das langfristige Ziel muss es sein die Palliative Care Versorgung auszubauen. Sie muss allen Menschen in der Schweiz zur Verfügung stehen, auf aktuellen wissenschaftlichen Grundlagen beruhen, ihre Finanzierung muss sichergestellt sein und die Informationen zu den Angeboten sind allen zugänglich zu machen. Dies entspricht im Wesentlichen den Zielen der Strategie. Es sollte darum gehen, dass die Arbeiten, die wir in der Strategiephase gemacht haben, von den eigentlichen Verantwortlichen gemacht werden. Die Leistungserbringer und die Fachgesellschaften sollten in der Umsetzung den Lead haben. Bund und Kantone sollten dann eher zuständig sein für die Gesetzgebung etc., wie in allen anderen Gesundheitsthemen auch. Hier sind wir jedoch noch nicht so weit.

Die Plattform sollte auch Öffentlichkeitsarbeit machen, solange palliative ch dies noch nicht übernehmen kann.

Wir können als Bund nichts als verbindlich erklären, das nicht in einem Bundesgesetz steht, deshalb sollten wir auf Kooperation setzen und uns auf gemeinsame Ziele verständigen.

Wir können Informationen bereitstellen und die Kantone unterstützen, aber wir können nichts erzwingen, aber das sollte auch nicht das Ziel sein.

Der Bund soll sich auf einer operativen Ebene engagieren. Wir haben Know-how aufgebaut und können hoffentlich sicherstellen, dass dieses weitergetragen wird. Und wir wollen organisieren, dass die Leistungserbringer das Thema weiterverfolgen können.

Eine offizielle Mission dazu ist mittels Gesundheit2020 vorhanden.

Grundsätzlich sind Vernehmlassungsverfahren sinnvoll, um einen Konsens herzustellen. Wir haben dies auch in den Strategiephasen so gemacht. Sie sind jedoch auch mit der GDK abzusprechen, denn die Kantone werden teilweise überflutet mit Vernehmlassungen.

Als Schwerpunktthemen für die Plattform sehe ich Versorgung und Sensibilisierung.

*Warum soll die Strategiephase nicht nochmals um 4 Jahre verlängert werden?*

Die zu bearbeitenden Themen sind zwar dieselben geblieben, aber die Aktivitäten sind andere. Es geht nun darum, dass der Ownership der Aktivitäten auf die Leistungserbringer übergeht. Es geht also eher um Austausch und Koordination; die Aktivität des Bundes soll verringert werden. Wir wollen weniger den Lead übernehmen in der Erarbeitung von

Produkten. Ich sehe die Plattform als Übergangsform zwischen der Strategie und der alleinigen Übernahme der Aktivitäten durch die Leistungserbringer. Wenn wir die Strategiephase nochmals um 3-4 Jahre verlängern, dann gibt es anschliessend einen sehr abrupten Wechsel von Bund zu Leistungserbringer.

Ist die Plattform einmal aufgebaut, so kann diese Form auch ohne unseren Input weiterbestehen. Es ist somit eine viel nachhaltigere Struktur als die Strategie.

#### *4) Wer sollte neben Bund und Kantonen an der Plattform teilnehmen?*

Neben dem BAG und der GDK sollen auch ausgewählte Kantonsvertreter (Deutschschweiz und lateinische Schweiz) an der Plattform teilnehmen.

Für die Plattform sehe ich eher Fachleute, die dann natürlich auch ihre Linie und somit die Entscheidsträger informieren. Die Regierungsräte werden im Rahmen des Dialogs über das Thema informiert und können dort darüber entscheiden.

Palliative ch muss unbedingt ein Mitglied sein.

Bundesvertreter wie BFS, BSV, SBFI etc. müssen nicht bei jeder Sitzung dabei sein. Sie können je nach Thema beigezogen werden. Eventuell könnte man einen Aufbau analog der Plattform Zukunft ärztliche Bildung wählen, bei der es auch Arbeitsgruppen gibt, die Themen vertieft bearbeiten. Dort wären dann andere Bundesvertreter zu integrieren.

Das Einbinden der Leistungserbringer (FMH, SBK, H+, Curaviva) macht Sinn, da wir ja die Arbeit einmal an sie übergeben wollen.

#### *5) Welchen Beitrag sollten die einzelnen Teilnehmer leisten (Rollen)?*

Am Anfang sollte die Plattform durch das BAG geführt werden. Sollte palliative ch dies einmal machen können, sind wir dafür sicher offen.

Bei einer Leistungsvereinbarung mit palliative ch stellt sich die Frage, ob wir dafür einen gesetzlichen Auftrag haben. Wenn ja, dann könnten wir sie subventionieren. Ansonsten müssten wir basteln. Diese Frage ist noch zu klären, ich bin aber grundsätzlich offen für eine solche Lösung.

Wichtig ist, dass man sich irgendwann davon verabschieden muss, dass alles das BAG macht. Die Fachgesellschaft muss eine stärkere Rolle übernehmen.

Die Finanzierung der Plattform durch das BAG sollte eine vorübergehende Lösung sein (3-5 Jahre). Anschliessend sollte man dies an palliative ch übergeben und dann braucht es auch einen anderen finanziellen Träger, so dass sich das BAG zurückziehen kann. Die spätere Finanzierung muss noch gefunden werden.

Das BAG muss sich auch mal neuen Themen zuwenden können, darum müssen wir aktiv daran arbeiten, dass die Ablösung im Bereich Palliativ Care funktioniert.

Aus dem BAG müssten GP und KUV-Vertreter an der Plattform teilnehmen.

Der Dialog sollte die Plattform in Auftrag geben und sie steuern. Dies rechtfertigt auch, dass wir sie finanzieren.

#### *6) Organisatorisches: Sitzungsrhythmus? Dauer? Zeitliche Begrenzung?*

Als Sitzungsrhythmus würde ich vorschlagen, dass man sich viermal pro Jahr in der Plattform trifft und dazwischen für Arbeitsgruppensitzungen. Eine Sitzung sollte ca. einen halben Tag dauern.

In Bezug auf die zeitliche Begrenzung bin ich der Meinung, dass das Engagement des Bundes zeitlich begrenzt sein sollte, nicht aber die Plattform selbst.

*7) Fazit: Was sind die Chancen und Risiken der Plattform?*

#### Risiken

Es ist ja nun angedacht, dass auch Leistungserbringer in die Plattform zu integrieren sind. Diese Teilnehmer treffen auf einen aus der Strategiephase bereits bestehenden Kreis von Personen. Diese Integration ist sorgfältig anzugehen.

Eine weitere Gefahr besteht darin, dass man die Plattform überlädt, so dass es doch wieder eine Strategie ist. Hier muss man den richtigen Fokus finden.

Ein weiteres Risiko besteht darin, dass man nach Ablauf des Engagements des Bundes keinen finanziellen Träger findet. Wenn palliative ch die Führung der Plattform übernehmen will, so muss das gut mit ihnen abgesprochen werden. Es soll keine top-down-Geschichte werden, sondern das BAG leistet allenfalls eine Übergangshilfe.

#### Chancen

Mit einer Plattform kann eine koordinierte Weiterentwicklung des Themas sichergestellt werden. Wichtig ist auch, dass die Bereiche Bildung, Finanzierung und Sensibilisierung koordiniert werden. Die verschiedenen Akteure der Bereiche müssen sich austauschen können.

## **Anhang 4: Interview mit Lea von Wartburg und Flurina Näf (BAG)**

(Projektleiterin Palliative Care / wissenschaftliche Mitarbeiterin Palliative Care, BAG)

12. August 2014

*1) Ist es nötig, dass Bund und Kantone weiterhin gemeinsam im Themengebiet Palliative Care aktiv sind?*

Ja dies ist nötig, da Bund und Kantone verschiedene Kompetenzen haben und gewisse Aufgabenfelder bei den Kantone angesiedelt sind und gewisse beim Bund. Zudem haben einige Kantone nicht so viele Ressourcen. Hier kann der Bund unterstützen.

Der Bund kann das gemeinsame Dach schaffen, was viel effizienter ist, als wenn jeder Kanton für sich selbst etwas entwickelt. Zudem hat das Thema einen höheren Stellenwert, wenn es vom Bund aus unterstützt wird oder der Bund Empfehlungen dazu abgibt.

Es besteht die Möglichkeit, dass die Arbeiten zum Thema Palliative Care eingestellt werden, wenn sich der Bund komplett zurückzieht.

*2) Erachten Sie es als sinnvoll, dass Bund und Kantone mit einer gemeinsamen Plattform im Themengebiet weiterhin aktiv sind?*

Dies wäre gut für die Koordination, denn Kompetenzen und Ressourcen sind unterschiedlich verteilt. Zudem ist Palliative Care immer übergreifend: es ist ein interprofessionelles Thema, darum sind viele verschiedene Akteure an der Umsetzung beteiligt. Auch darum macht eine gemeinsame Plattform Sinn. Man kann also sagen, dass die Breite des Themas nach diesem Ansatz verlangt. Es braucht jemanden, der die Fäden zusammenhält. Es geht nicht nur um Gesundheitspolitik, sondern auch um Sozialpolitik und Bildungspolitik. Um etwas zu erreichen, muss man auch an die anderen Akteure denken.

Der Bericht von College M hat aufgezeigt, dass es ausserhalb des BAG keine übergreifende Struktur gibt, wo man das Thema angliedern könnte.

Bund und Kantone sollen die Plattform auch tragen, um die politische Unterstützung zu signalisieren. Ohne diese würden viele Aktivitäten im Feld versanden.

Die Swiss DRG setzt um, dass spezialisierte Palliativleistungen im Spital bis 2017 abgerechnet werden können. Ziel ist es, dass ein eigener Tarif entwickelt wird, bei welchem nach Aufwand abgerechnet werden kann.

Warum keine Strategieverlängerung? Es wurde viel aufgebaut und kann jetzt in eine neue Struktur überführt werden. Die Ziele sind zwar noch nicht erreicht, aber eine Plattform kann den Weg dazu längerfristig sicherstellen. Es ist auch eine Frage der Glaubwürdigkeit. Nach 6 Jahren muss man auch sagen, dass wir mit Strategiephasen die Palliative Care nicht langfristig sicherstellen können.

*3) Welche Ziele und Aufgaben soll die Plattform haben?*

Sie soll die Koordination und den Austausch zwischen den verschiedenen Beteiligten sicherstellen. Also zum Beispiel Aktivitäten aus Bildung und Versorgung und Forschung sind aufeinander abstimmen. Eine breite Abstimmung muss sichergestellt werden, um Palliative Care weiter zu fördern.

Die Plattform sollte gemeinsame Produkte verabschieden können. Zum Beispiel Empfehlungen für Versorgungsstrukturen. Die Teilnehmer der Plattform sollen diese dann mittragen und dafür sorgen, dass die Produkte angewendet werden.

Man kann auch ein Zusammengehörigkeitsgefühl entwickeln, ein Team bilden, um gemeinsam ein Ziel zu erreichen. Dies kann auch skeptische Beteiligte überzeugen. Das Team kann wie ein Motor funktionieren. Der Einbezug der verschiedenen Akteure stellt auch sicher, dass diese dann das Thema in ihre Organisationen tragen.

Natürlich hat das dann auch mit der Motivation der einzelnen TN zu tun. Man kann niemanden zu etwas verpflichten. Aber man kann Möglichkeiten schaffen, so dass etwas vorwärts geht.

Inhaltlich soll die Plattform definieren, wo es in der Palliative Care noch mangelt, um das Oberziel zu erreichen: jeder Mensch in der Schweiz hat Zugang zu Palliative Care. Und dann an der Behebung dieser Mängel arbeiten. Konkret bedeutet dies, dass die Plattform Bedarfsanalysen, Situationsanalysen erarbeitet und dann Empfehlungen, Richtlinien oder Anleitungen o.ä. dazu erarbeitet. Also Produkte auf die man sich stützen kann, um im Feld etwas umzusetzen. Durch die Verabschiedung durch die Plattform können solche Produkte zum Standard werden in den Kantonen.

Die Plattform soll sich, gestützt auf die Bedarfsanalysen, konkrete Ziele setzen und dazu dann etwas erarbeiten. Man kann dann zu diesen konkreten Zielen sowohl konzeptionell arbeiten als auch Öffentlichkeitsarbeit machen. Verschiedenen Akteure bearbeiten dann auf verschiedenen Ebenen ein Thema und können so mehr Impact erzielen.

#### Aufgaben:

- Situationsanalysen
- Grundlagenforschung
- Grundlagen erarbeiten: Konzepte, Empfehlungen, Richtlinien
- Agenda Setting: pro Jahr ein Thema / einen konkreten Handlungsbedarf in den Fokus nehmen; dies braucht es um der Plattform eine Linie zu geben
- Kommunikation: es braucht Gefässe zur Informationsverbreitung, um sicherzustellen, dass alle verabschiedeten Produkte auch kommuniziert werden können. Die Plattform muss auch klar wahrgenommen werden als der Ansprechpartner für Palliative Care (in einem politischen und organisatorischen Sinn, nicht als Anlaufstelle für die Bevölkerung bei Fragen zur Pflege ihrer Angehörigen). Was nicht geht ist Lobbying. Es sollte eine neutrale Position sein. In diesem Sinne sind die Möglichkeiten der Öffentlichkeitsarbeit der Plattform begrenzt. Die Themen Lobbying und Ansprechpartner für die Bevölkerung wären Aufgaben für palliative ch
- Koordination / Austausch zwischen den einzelnen TN gewährleisten.

#### Kompetenzen:

Die verabschiedeten Richtlinien, Konzepte etc. werden immer nur Empfehlungen sein. Die Kantone sind unabhängig in der Organisation ihrer Gesundheitsversorgung.

Der Bericht von College M sagt, dass die Kantone Druck haben wollen, damit sie etwas machen. Mit einer Plattform, an dem sie sich auch an guten Beispielen orientieren können, kann hier etwas bewirkt werden. Es geht dann auch um Image: wie gut stehen die Kantone da im Vergleich?

Die Produkte haben einen höheren Stellenwert, wenn die Logos all dieser beteiligten Organisationen drauf sind. Ist eigentlich ähnlich wie mit diesen Labels. Man hat mehr Vertrauen in das Produkt, wenn man weiss, wer hier alles dahinter steht.

Die Vielzahl der Akteure macht es natürlich nicht einfacher, weil man die Produkte in die Konsultation schicken muss, aber die Erfahrung zeigt, dass man einen Konsens finden wird. Aber es braucht ein Gremium, das darüber entscheidet, ob man die Rückmeldung genügend berücksichtigt hat.

#### *4) Wer soll neben Bund, Kantonen und palliative ch an der Plattform teilnehmen?*

FMH, SBK, OdaSanté, Caritas, SRK, die Landeskirchen (Seelsorge), Vereinigung der Spitalseelsorge und das SAMW.

Wobei der Teilnehmerkreis auch abhängig ist vom Agenda Setting: je nach Fokus, den man sich setzt, müssen noch weitere Akteure berücksichtigt werden.

Die Frage ist, wie diese Teilnehmer dann unterteilt werden. Eine Möglichkeit wäre einen kleinen Kreis und einen erweiterten Kreis zu bilden.

Auch zu überlegen wäre der Einbezug von curaviva, H+, Verbände der Krankenversicherer oder auch die SODK

Auch die Beteiligung der Bundesämter (BSV, BFS, SBFI) muss noch genauer angeschaut werden. Ebenso die Frage des Einbezugs der Betroffenenorganisationen (Krebsliga, Alzheimervereinigung, ...).

Bildet man ein Plenarversammlung und ein Entscheidgremium. Dann sind in der Plenarversammlung möglichst alle Stakeholder einzubeziehen. Das Entscheidgremium ist dann kleiner zu halten. Man könnte sich dort auch ein Rotationsprinzip vorstellen: es sind nicht immer dieselben Organisationen im Entscheidgremium vertreten.

#### *5) Welchen Beitrag sollen die einzelnen Teilnehmer leisten?*

BAG: Federführung / Leitung: Einberufung von Sitzungen, Zieldefinition der Plattform, Meilensteinplanung, d.h. Aufstellen der Agenda und deren Aktualisierung, Koordination und Information der Aktivitäten der Plattform, Infomail/Newsletter, Ansprechadresse für alle Stakeholder, Vernetzung verschiedener Player ermöglichen (Austausch ermöglichen), (Mit-)Finanzierung der Plattform (inhaltlich und personell), Textarbeit: Richtlinien, Empfehlungen etc. formulieren und verbreiten (je nach Thema wird diese Aufgabe an Partnern überlassen und nur das Vernehmlassungsverfahren und Verbreitung läuft über die Kanäle von BAG

GDK: Mitträger der Plattform, d.h. zusammen mit BAG ist die GDK das Dach der Plattform (Plattform = Auftrag / Verabschiedung durch Dialog NGP); Koordinationsarbeiten auf Ebene Kantone, Information an Kantone und auch (ev.) Ansprechpartner für die kantonalen Vertretungen: Federführung in Themen, die in der Autonomie der Kantone liegen (z.B. Versorgung und Finanzierung), Mitfinanzierung der Plattform

Andere Bundesämter / Ämter: SODK (Ebene Kantone) und BSV/ BFS (allenfalls SECO)/ SBFI sollten vermehrt auch eingebunden werden. D.h. die jeweiligen Ämter sind für die Themen, in denen sie über Kompetenzen verfügen auch zuständig: Sie leiten Arbeitsgruppen und erarbeiten mit diesen Grundlagen zu Palliative Care. Auch finanzieren sie die Plattform mit (z.B. ist das BSV für den Bereich Alter zuständig und sollte unbedingt verstärkt in die Arbeiten zu Palliative Care integriert sein, fachlich, inhaltlich und finanziell)



Vertretungen Kantone: sind im Rotationsmodus (z.B. Wahl für 1 bis zwei Jahre) Teil der Plattform. Sie vertreten sozusagen die Stimme der Kantone und deponieren ihre Anliegen bei der GDK/SODK. D.h. sie machen auf „Missstände“ in den Kantonen aufmerksam und bringen Themen ein, die im Rahmen der Plattform als Ziele verfolgt werden (sollen). Sie arbeiten eng mit der GDK/SODK zusammen und können beispielsweise Arbeitsgruppen zu einem bestimmten Thema leiten oder auch für die Organisation von Austauschtreffen (Stichwort Plattform Kantone) eine aktive Rolle einnehmen.

Palliative ch: Ständiges Mitglied der Plattform, Stimme der Betroffenen, erarbeitet zusammen mit anderen Grundlagen etc. d.h. ähnliche Rolle wie heute, nur noch verstärkt mit Fokus auf Betroffene. Als „Betroffenenliga“ hat sie bestimmte Themen, die sie auch in die Plattform einbringt.

„Sozial-karitativer- Bereich: Caritas Schweiz, SRK, Kirchen : Bereich Betroffene und Freiwillige: Arbeitsgruppenleitung oder auch ArbeitsgruppenTN

Vertretungen / Entscheidungsträger bei relevanten Berufen / Disziplinen: Wichtig ist, dass in der Plattform die wichtigsten Berufsvertretungen für das Thema Palliative Care Einsitz haben: Medizin (FMH, Fachgruppen, SMIFK, etc.), Soziale Arbeit (SASSA, Savoir Social), Psychologie (Fachkonferenz), Theologie/ Seelsorge (Fachkonferenz o.ä.), Pflege (SBK, OdaSanté). Es fragt sich, ob diese wichtigen Player im „Kern“ der Plattform sein müssen oder in einem breiteren Kreis vertreten sind. D. h. in Arbeitsgruppen und/oder an Vernehmlassungen beteiligt/involviert.

Vertretungen Leistungsebringer: Hausärzte Schweiz, Curaviva, Curafutura, Spitex, Senesuisse,...

„Finanzierer“/ Versicherungen u.ä.; SantéSuisse, SwissDRG, etc. ev. auch im breiteren Kreis, je nach Thema involviert

*Wie soll die Steuerung der Plattform aussehen?*

Zielsetzungen werden nach einem breiten Prozess der Abstimmung aller Stakeholder vom BAG formuliert und vom Dialog NGP verabschiedet. D.h. es gibt dann sozusagen eine „verbindliche“ Agenda, die alle Stakeholder mittragen (ev. mitunterzeichnen) und zusätzlich eine Zeitplanung / Meilensteine.

Die Überprüfung der Ziele wird im Rahmen von „Delegiertenversammlungen“ (d.h. kleiner Kreis an Stakeholder) überprüft und halbjährlich aktualisiert. D.h. jm ist für ein Thema ein Ziel zuständig und liefert halbjährlich den Trägern der Plattform (d.h. = Finanzierer der Plattform: BAG, GDK; ev. weitere Ämter) Informationen zum Stand der Arbeiten und weiteren Vorgehen.

Zur Frage des Aufwandes für die jeweiligen Akteure ist für mich sicherlich klar, dass sich das BAG personell und finanziell weiter in dem Masse engagiert. Ich möchte noch ein bisschen beim BAG bleiben...

*6) Wie sollte der Rhythmus der Plattform aussehen?*

- Sitzungen der Steuergruppe: 4-5 mal pro Jahr, ½ Tag
- Treffen aller Teilnehmer: 1x pro Jahr, 1 Tag
- Zur Plattformadministration: siehe oben

7) *Fazit: Welche Chancen und Risiken sehen Sie beim Aufbau einer Plattform?*

Schwierigkeit / Risiken

Es könnte ein Riesenapparat werden mit so vielen Leuten, dass er sich nicht mehr bewegen kann. Man schafft es dann nicht zu Entscheidungen zu kommen. Die Trägheit ist eine Herausforderung. Man muss in der Zielerreichung vielleicht auch Abstriche machen, wenn man immer alle miteinbeziehen will. Es sind dann immer Konsensprodukte, bei denen alle Ecken und Kanten abgeschliffen wurden und die dann nichts mehr aussagen.

Chancen

Die Akteure werden sicher mitmachen, denn das Thema wird von allen als Wichtig angesehen. Die Bereitschaft mitzumachen ist heute schon sehr gross. Das Thema hat einen Aufwind bekommen, man setzt sich auch mehr auseinander damit: will man so viele technische Hilfsmittel einsetzen, etc.?

Es ist ein zukunftsträchtiges Thema, und mit der Plattform können wir eine Kontinuität schaffen, die langfristig etwas bewirken kann.

Wenn man einlädt, dann kommen die Akteure.

Mit einer Plattform schafft man Perspektiven: man gibt den Zielen und dem Weg dazu eine Struktur an die man sich halten kann. und zudem fördert es das Thema in dem man verschiedene Sichtweisen miteinbeziehen kann und davon profitieren.

## **Anhang 5: Interview mit Stefan Leutwyler (GDK)**

(Stv. Zentralsekretär, GDK)

9. September 2014

*1) Ist es nötig, dass Bund und Kantone weiterhin gemeinsam im Themengebiet Palliative Care tätig sind?*

Ja, das ist sinnvoll. Grundsätzlich, weil es ein Thema ist, das in der Zukunft weiterhin Bedeutung haben wird und das relativ wenig Lobby hat. Das Thema braucht eine spezielle Anerkennung. Und es macht auch nicht Sinn die Strategie nach diesen paar Jahren jetzt einfach wieder zu beenden und alles dem Schicksal zu überlassen. Darum braucht es ein gemeinsames weiteres „Beobachten“. Bund und Kantone sollten miteinander präsent bleiben, die Entwicklung beobachten und den Handlungsbedarf auf den verschiedenen Ebenen festlegen. Ich finde es jedoch nicht mehr nötig, dass dies im Rahmen einer Strategie geschieht, die Bund und Kantone gemeinsam tragen. Aber es braucht ein Gremium, um Bund und Kantone a jour zu halten.

*2) Erachten Sie es als sinnvoll, dass Bund und Kantone mit einer gemeinsamen Plattform im Themengebiet Palliative Care weiterhin aktiv sind?*

Plattform ist ein grosser Begriff unter dem man alles verstehen kann. Aber, dass es etwas Institutionalisiertes gibt, wo man sich regelmässig sieht und einen Blick auf die Landschaft wirft (was läuft wo? was läuft nicht?), das ist sinnvoll.

*3) Welche Ziele und Aufgaben sollte die Plattform haben?*

Für mich müsste die Plattform die Entwicklungen im Thema sorgfältig beobachten. Ich gehe dabei davon aus, dass die Strategie bis zur ihrem Abschluss in möglichst allen Bereichen, in denen Handlungsbedarf erkannt wurde, die Projekte zumindest schon angestossen hat. Dies bedeutet vor allem, dass für diese Projekte die Zuständigkeiten definiert wurden. Gerade im Finanzierungsbereich gibt es Projekte, die weit über 2015 hinausgehen, die starten eigentlich erst so richtig im 2015. Und es darf nicht sein, dass dann nach 2015 keine Energie mehr vorhanden ist für diese Projekte.

Das Hauptziel der Plattform sollte somit die Projektbegleitung sein und die Begleitung der Entwicklung im Bereich Palliative Care. Dabei kann es auch darum gehen festzustellen, in welchen Bereichen zusätzlicher Handlungsbedarf besteht und dann eine entsprechende Intervention bei der zuständigen Stelle anzustossen. Dies kann durchaus auch punktuell sein, in dem man zum Beispiel einmal SwissDRG miteinbezieht o.ä.

Als Aufgaben ergeben sich aus dieser Zielsetzung also die Koordination (verschiedene Player im Thema zusammenbringen), die Sicherstellung des Austauschs untereinander, die Eruierung von Handlungsbedarf und der Anstoss von daraus abgeleiteten Projekten bei den Zuständigen. Ich sehe die Plattform weniger im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit, dies ist eher eine Aufgabe der Fachgesellschaft, ähnlich wie dies beispielsweise eine Alzheimervereinigung macht. Es ist nicht nötig gegenüber der Bevölkerung weitere Ansprechpartner zu schaffen.

Auch die Erarbeitung von Grundlagen und Empfehlungen sollte nicht Aufgabe der Plattform sein. Falls die Plattform jedoch erkennt, dass es in einem Bereich Handlungsbedarf gibt, kann die Plattform anregen, dass etwas erarbeitet wird oder auch auf eine Organisation zugehen und ein entsprechendes Projekt anstossen. Sie sollte es jedoch nicht selbst umsetzen. Es ist nicht Aufgabe der Plattform eigene Produkte zu erarbeiten.

Eine weitere Aufgabe sehe ich in der Vermittlung von Ressourcen (finanziell, personell und Wissen) im Bereich der Palliative Care.

*4a) Wer sollte neben Bund, Kantonen und der Fachgesellschaft an der Plattform teilnehmen?*

Das Feld sollte noch weiter aufgemacht werden in Richtung der Leistungserbringer. Ich denke hier an Curaviva, Spitexverband, FMH, SBK und H+. Die Forschenden und die dahinterstehenden Sozialversicherungen (SBFI, BSV) sehe ich weniger in dieser Plattform. Diese sehe ich eher in einer zweiten Linie.

*4b) Beteiligung der Kantone? Beteiligung des BAG?*

Es müsste sowohl die GDK als auch zwei-drei Kantonsvertreter (von den anderen Kantonen konkret bezeichnete Vertreter) an der Plattform teilnehmen. Es braucht ja zum einen die Nähe zu der kantonalen Umsetzung, und zum anderen aber auch die Verbindung zu der politischen Ebene und in den Dialog.

Es ist sowieso wichtig, dass der Dialog weiterhin informiert bleibt. Die Plattform, bzw. die GDK und das BAG, sollte in den Dialog darüber rapportieren an welchen Themen gearbeitet wird. Sei das in den operativen Ausschuss oder in den Dialog selbst. Dabei geht es vor allem um die Kenntnisnahme, aber auch um das Aufzeigen eines allfälligen politischen Handlungsbedarfs.

Aus dem BAG sollten ebenfalls sowohl die Fachvertreter an der Plattform teilnehmen als auch Entscheidungsträger (Abteilungsleitung / Direktionsbereichsleitung).

*5) Welchen Beitrag sollten die einzelnen Teilnehmer leisten (Rollen)?*

Die Führung der Plattform, im Sinne einer Geschäftsstelle, sollte von Palliative.ch übernommen werden. Wobei sich natürlich die Frage stellt, ob sie dafür die nötigen Ressourcen haben.

Für die Finanzierung der Plattform (Administration) müsste man eine gemeinsame Lösung finden. Die Plattformteilnehmenden müssten sich mit einbringen (Bund, Kantone und Leistungserbringer).

Die aktive Teilnahme an der Plattform durch alle Mitglieder ist natürlich nicht durch finanzielle Mittel zu entgelten. Diesen Aufwand tragen die Organisationen selbst. Zudem sollen die Mitglieder der Plattform auch die Projekte, die im Zuge der Strategie angestossen wurden, weiterführen und sich somit im Thema engagieren. Es ist nicht die Meinung, dass die Plattform einzelne Projekte zum Thema finanziert, dies ist Sache der Projektträger.

Da ich wenig institutionalisierte Aufgaben bei der Plattform sehe – keine Erarbeitung von Empfehlungen, Grundlagen, etc. – ist der Bedarf an finanziellen Mitteln zur Organisation der Plattform wohl auch nicht so gross.

Das BAG sehe ich künftig weniger in einer Leadfunktion als in einer Partnerfunktion. Der Bund ist mitverantwortlich in gewissen Bereichen sowie die Kantone und die Leistungserbringer auch.

Die Strukturen für die Tarifentwicklung sind vorhanden. Grundsätzlich reklamiert jeder Bereich für sich einen Spezialtarif: siehe Pädiater, etc. Ich sage nicht, dass Palliative Care nicht ein berechtigter Kandidat wäre für eine bessere Abbildung ihrer Leistungen in den Tarifstrukturen, aber das System um die Tarife weiter zu entwickeln ist da. Und dieses ist nicht sehr bundesabhängig: hier sind die Tarifpartner gefragt und teilweise auch die Kantone, wenn es um Heime und Spitex geht. Natürlich wird vom BAG erwartet, dass sie in der Tarifentwicklung ihren Input geben, aber ich bin nicht der Meinung, dass das KUV im Thema eine aktivere Rolle spielen müsste.

#### *6) Organisatorisches: Sitzungsrhythmus? Dauer? Zeitliche Begrenzung?*

Ich erachte einen Sitzungsrhythmus von 2mal pro Jahr für sinnvoll. Die Plattform sollte jeweils einen guten halben Tag dauern (inkl. Mittagspause). Sowas wie 9 Uhr bis 15 Uhr / 16 Uhr.

Inhaltlich kann man sich gut weiterhin an den Handlungsfeldern orientieren, die in der Strategie verwendet wurden, auch wenn diese auch weiterentwickelt werden können.

Was sicher auch ein wichtiger Teil wäre, ist die Berichterstattung aus den noch laufenden Projekten.

Eine zeitliche Begrenzung der Plattform fände ich sinnvoll. Das wäre auch ein Verkaufsargument. Man könnte vorschlagen die Plattform nun mal 3 Jahre zu betreiben und dann zu evaluieren, um festzustellen, ob dies noch die richtige Form der Zusammenarbeit ist.

#### *7a) Fazit – Chance der Plattform*

Der Elan, den man sich mit der Strategie geschaffen hat, die Präsenz des Themas, kann mit einer Plattform erhalten werden. Der Support für die laufenden Projekte kann weiter gehen. Die Sensibilisierung für das Thema bei den Plattformteilnehmenden. Und es besteht die Möglichkeit aus einem Handlungsbedarf heraus weitere Projekte anzustossen.

#### *7b) Fazit – Risiko der Plattform*

Es besteht das Risiko, dass die Plattform keine Energie entwickelt, keine Power, dass das Engagement sich im Sande verläuft. Es kann passieren, dass man einfach eine Institution mehr geschaffen hat, die einen Austausch pflegt, aber damit keine Wirkung erzielt. Die Frage ist, ob man das Interesse am Thema wach halten kann?

Es besteht auch die Gefahr, dass palliative.ch als Fachgesellschaft zu wenig Ressourcen hat, um die Plattform zu tragen, bzw. auch die Gefahr, dass Bund, Kantone und Leistungserbringer Mühe haben die Finanzen für die Plattform aufzubringen.

Wichtig ist, dass die Plattformsitzungen gut vorbereitet und gut geführt werden, so dass es sich für die Teilnehmenden auch lohnt zu kommen. Wichtig ist zudem, dass die Plattform vom Dialog eingesetzt wird und auch in den Dialog hinein rapportiert, damit wird auch demonstriert, dass sie politisch getragen wird. Dies zeigt den Teilnehmenden auch, dass das, was sie in der Plattform diskutieren, gehört und weiter getragen wird.

## **Anhang 6: Interview mit Tobias Wolf (ZH)**

(Gesundheitsdirektion, Geschäftsfeld Gesundheitsversorgung Kanton Zürich)

25. August 2014

*1) Ist es nötig, dass Bund und Kantone weiterhin gemeinsam im Themengebiet Palliative Care tätig sind?*

Palliative Care ist ein regulärer Bestandteil einer funktionierenden Versorgung. Im Hinblick darauf muss daran gearbeitet werden. Die Frage ist, ob es als Sonderthema zu behandeln ist, oder nicht? Aber jeder, der eine Versorgungsplanung macht, kommt um dieses Thema nicht herum.

Aber worin unterscheidet sich denn die Palliative Care von anderen Themen, die auch geregelt werden müssen? Unterscheidet es sich überhaupt? Ich bin davon überzeugt, dass das Thema, sofern die Grundlagen vorhanden sind - und das sind sie - zwingend in die normalen Strukturen zu überführen ist.

Auch in den normalen Strukturen kann dem Thema ein gewisser Raum, eine gewisse Sichtbarkeit gegeben werden.

Wenn man es jedoch, so wie dies zurzeit geschieht, aus den normalen Strukturen heraustrennt, dann schieben die bestehenden Verantwortungs- und Entscheidungsträger auch die Verantwortung für das Thema in die Sonderstruktur ab. Sie sind dann nicht gezwungen Lösungen zu finden, da das Thema in einem eigenen Projekt abgehandelt wird.

Aus diesem Grund ist es sehr zu empfehlen das Thema bei Bund, Kanton und Leistungserbringern ins daily business zu integriert werden.

*2) Erachten Sie es als sinnvoll, dass Bund und Kantone mit einer gemeinsamen Plattform im Themengebiet Palliative Care weiterhin aktiv sind?*

Nein, denn in dem diese Plattform installiert wird, wird dieses Thema wieder herausgerissen aus den normalen Strukturen. Es kümmert sich dann wieder nicht die normale Linienorganisation um das Thema, sondern Sonderpersonen. Für die Konzeption eines neuen Themas kann dies hilfreich sein, aber bei Palliative Care geht es ja jetzt vor allem um die Integration in den Alltag. Es ist inzwischen genügend klar, wer was machen sollte und welche Probleme noch bestehen und somit ist der Nutzen so einer Plattform nicht mehr ersichtlich.

Bereits heute findet in der Versorgung eine Vernetzung statt. Beispielsweise durch Arbeitsgruppe Spitalplanung. Dort sollte Palliative Care ein Thema sein.

Die Kantone (GDK) betreiben zudem ein Fachgremium für Tariffragen, auch hier muss Palliative Care auf die Agenda. Der Vorteil ist hier, dass alle Kantone darin vertreten sind.

Die grösste Unsicherheit besteht bei mir noch in der Frage, ob es nötig ist Leistungserbringer und Behörden zu diesem Thema zusammen zu bringen. Besteht in diesem Bereich noch Handlungsbedarf? Ich glaube es eher nicht. Es ist zudem zu beachten, dass in der Strategie Palliative Care auch nicht die „normalen“ Leistungserbringer vertreten waren, sondern nur die Spezialisten.

Ich bin der Meinung, dass Palliative Care zum normalen Leistungsangebot gehören sollte und zwar in medizinischer und pflegerischer Hinsicht. Jeder der eine medizinische Ausbildung hat

(universitär und nicht-universitär) sollte sich damit auseinandergesetzt haben. Jeder Hausarzt, jeder Spitalarzt, jeder Pflegende hat damit zu tun. Palliative Care darf eben nicht nur ein Thema sein für die Spezialisten, sondern für alle. Dies bedeutet, dass neben der GDK und dem BAG eben auch die FMH, die SBK und H+ zu beteiligen sind.

### *3) Welcher Handlungsbedarf besteht aus Ihrer Sicht noch im Thema Palliative Care?*

Handlungsbedarf erkenne ich hauptsächlich im Bereich der Vernetzung und im Bereich der Finanzierungssysteme. Gerade bei den Finanzierungssystemen braucht es jedoch keine Sonderstrukturen, diese sind dort sogar hinderlich. Dies sieht man auch daran, dass die Finanzierungsspezialisten bisher im Projekt Palliative Care nicht integriert waren, was dem Projekt geschadet hat.

Bereits vor 6 oder 7 Jahren hat Palliative Schweiz einmal einen zweitägigen Workshop organisiert, an dem der Handlungsbedarf beleuchtet wurde und in gewissen Dingen ist man noch keinen Schritt weiter, weil man die regulär Zuständigen noch nicht erreicht hat.

#### *Handlungsbedarf in der Verantwortlichkeit der Kantone*

In der AG Spitalplanung ist zu klären, inwieweit Palliative Care Teil der regulären Leistungsaufträge ist und inwieweit es eine eigenständige Leistungsgruppe bilden sollte? Anschliessend sind die Leistungsaufträge entsprechend zu formulieren.

Im Fachgremium Tariffragen und der Arbeitsgruppe Wirtschaftlichkeitsprüfung gilt es Überlegungen zu Benchmark und Preisbildung anzustellen. Diese Fragestellung steht stark in Wechselwirkung zu den Tarifstrukturen.

Bei der SwissDRG gibt es drei nationale Tarifstrukturen, die in Erarbeitung sind. Aber Palliative Care ist noch nicht überführt in die regulären Strukturen. Dies hätte schon lang gemacht werden können. Dies führt dazu, dass Palliative Care heute weder in Psychiatrie, noch in der Reha noch in der Akutsomatik behandelt wird. Das Thema ist zwingend in die regulären Strukturen zu überführen, um es auch adäquat in die Tarifstrukturen zu integrieren.

#### *Handlungsbedarf in der Verantwortlichkeit des BAG*

Das BAG sollte den Leistungskatalog ambulant anpassen. Solange Fahrzeiten nicht als KVG-Leistungen abgerechnet werden können, besteht das Risiko einer Unterversorgung in Bereich der mobilen Palliative Care. Eine andere Möglichkeit wäre, dass diese Leistungen pro Stunde mehr kosten dürfen. Zurzeit werden jedoch beide Varianten nicht in Betracht gezogen.

Sowohl bei Pflegenden als auch bei Ärzten ist im Bereich der ambulanten Palliative Care entweder ihre Arbeit am Patienten höher zu entschädigen, oder sie müssen die Möglichkeit haben Nacht- und Pikettdienste sowie Fahrzeiten über das KVG abzurechnen. Hier muss das BAG handeln.

Die ganzen Grundlagen und Empfehlungen, die das BAG zum Thema erarbeitet hat, sind zwar wichtig, aber die Leistungserbringung kommt dann in Gefahr, wenn sie nicht finanziert werden kann.

Es ist nicht nötig, dass flächendeckend Geld in die Palliative Care hineingepumpt wird, aber es gibt Punkte, die es zu verbessern gilt.

Ein weiteres Beispiel ist die Langzeitpflege (KLV): So lange die Krankenkassen im Spitexbereich immer gleichviel an die Grundpflege zahlen, egal welche Art von Pflege benötigt wird, so lange werden spezialisierte Angebote wie Psychiatrie oder Palliative Care

gegenüber den normalen Angeboten finanziell benachteiligt, und sie werden somit gezwungen, aufgrund ihres Mehraufwandes, einen zweiten Finanzierer zu suchen. Sie werden damit in eine Abhängigkeit von einer Gemeinde, einem Kanton oder von Spendengeldern gezwungen. Hier ist ein wesentlicher Hebel zur Förderung von Palliative Care. Warum soll man in der KLV bei der Pflege nicht auch überlegen, ob man eine Differenzierung einführen kann nach Fachgebiet oder nach Indikation? Warum soll eine Palliative Pflege nicht pro Stunde mehr verrechnen können als eine normale Spitex?

Noch störender ist die Situation in den Pflegeheimen. Hier hört der Katalog bei 220 Minuten auf. Warum hat man nicht erwähnt, dass man auch weitere Minuten abrechnen kann? So hätte man die Möglichkeit, dass man für jemand der im Tag 400 oder 600 Minuten braucht, was gerade im Palliative Bereich vorkommt, diese auch abzurechnen. Andernfalls kann ein spezialisiertes Angebot für Palliative Care im Pflegeheim nur mit einem Sonderauftrag der Öffentlichen Hand existieren.

Haben dann die Gemeinden zu entscheiden, ob jemand in ein normales Pflegeheim oder ein spezialisiertes Pflegeheim kommt, steht man schnell vor der finanziellen Frage. Diese Problematik könnte man entschärfen, in dem die spezialisierte Pflege in der Tarifstruktur abgebildet würde.

Das BAG sollte den Mut haben in einzelnen Bereichen, wie der Palliative Care, bei der Pflege von Kindern oder auch im Bereich der Psychiatrie, in denen Grundversorgungsprobleme bestehen, bei Pflegeleistungen bei den Tarifstrukturen anzusetzen.

Das Problem in der Palliative Care sind nicht mehr Qualitätskriterien oder Mindeststandards, sondern die Finanzierung.

Im Bereich des Tarmed sollte das BAG bei der Moderation des Prozesses zwischen den Tarifpartnern darauf hinarbeiten, dass Palliative Care besser abgebildet wird. Bis dies erreicht ist, sollte das BAG eine gewisse Preisdifferenzierung für Spezialleistungen akzeptieren.

#### *4) Welches Fazit ist aus dem Handlungsbedarf für das weitere Vorgehen zu ziehen?*

In Bezug auf Planung, Finanzierung und Qualität in der Gesundheitsversorgung gibt es heute unterschiedliche Verantwortlichkeiten (BAG, GDK) und diese sind zu wahren. Es ist jedoch darauf hinzuwirken, dass die Verantwortlichen sich ihrer Aufgabe bewusst sind und diese auch wahrnehmen.

Das BAG kann durchaus weiterhin Informationen (Grundlagen, Empfehlungen, etc.) zum Thema Palliative Care zur Verfügung stellen.

Ich bin mir jedoch nicht sicher, ob es sich lohnt, wenn das BAG im Bereich der Vernetzung aktiv bleibt. Werden nicht sowieso nur diejenigen vernetzt, die sowieso schon willens sind sich zu vernetzen. Ich wehre mich nicht gegen eine Vernetzung, aber wir haben keinen Bedarf dafür.

Grundsätzlich gibt es zwei Kernpunkte, die der Palliative Care zum Durchbruch verhelfen können: das eine sind die Finanzierungsfragen (siehe oben). Und das andere ist die Ausbildung. Wenn ich in der medizinischen Ausbildung (universitär oder nicht-universitär) lerne, dass Palliative Care zur Behandlung dazu gehört, dann werde ich dies später auch anwenden. Ich erwarte, dass dies zu einer Selbstverständlichkeit wird. Das Thema darf keine Sonderrolle einnehmen, sondern es muss in den normalen Alltag integriert werden.



Wenn in jedem Aktivitätsfeld sich der Verantwortliche seiner Verantwortung bewusst ist und daran weiterarbeitet, dann ist der Idealzustand erreicht. Wenn jedoch jemand sich seiner Verantwortung nicht bewusst ist, dann gilt es sich zu überlegen, wie dem zu begegnen ist. Aus diesem Grund müsste für mich der nächste Schritt sein, dass die verschiedenen Verantwortlichen ein Commitment abgeben, in dem sie festhalten, dass sie ihre Verantwortung anerkennen und in diesem Bereich am Thema weiter arbeiten.

*5) Ist der Kanton Zürich trotz Bedenken bereit an einer Plattform Palliative Care zu partizipieren?*

Hat die Plattform den Informationsaustausch als Ziel, sehe ich unsere Teilnahme nicht als zwingend an. Es gibt bereits genügend andere Arbeitsgruppen / Gremien, in denen die nötigen Informationen fliessen können. Mangelnder Informationsfluss ist nicht das Problem im Bereich Palliative Care.

Hat die Plattform zum Ziel Diskussion über „best practice“ – Beispiele zu führen, dann ist dies nicht Sache des Kantons. Hier wären die Berufsgruppen angesprochen, die Palliative Care anbieten.

Was ich gar nicht sehe ist eine Mitfinanzierung der Plattform durch die Kantone. Das ist nicht die Kernaufgabe der GDK. Die Frage ist, ob es eine Kernaufgabe des BAG ist. Es existieren keine gesetzlichen Grundlagen dazu.

## **Anhang 7: Interview mit Daniela de la Cruz (GL)**

(Hauptabteilungsleiterin Gesundheit, Kanton Glarus)

8. September 2014

*1) Ist es nötig, dass Bund und Kantone weiterhin gemeinsam im Themengebiet Palliative Care tätig sind?*

Die Massnahmen, die man mit der Nationalen Strategie Palliative Care in die Wege geleitet hat, sind noch nicht abgeschlossen bis Ende bis 2015. Um sie abzuschliessen ist es nötig, dass man weiter zusammen arbeitet.

Noch unklar sind vor allem die Fragen der Finanzierung. Zur Tarifberechnung muss man zuerst Daten sammeln. Dies Ende 2015 einfach abzubrechen ist unrealistisch.

*2) Erachten Sie es als sinnvoll, dass Bund und Kantone mit einer gemeinsamen Plattform im Themengebiet Palliative Care weiterhin aktiv sind?*

Ich kann das zu wenig beurteilen, da wir „zu weit weg“ sind. Die Realität in Glarus sieht so aus, dass der Bund gute Strategie erarbeitet, wir diese aber aus Ressourcen Gründen nicht zeitnah umsetzen können, ausser es gibt einen politischen Vorstoss dazu.

Ich kann nicht beurteilen, ob die Bildung Plattform sinnvoller ist als der Weiterzug der Strategie. Aus der Ferne betrachtet, habe ich die bisherige Zusammenarbeit in diesem Thema als sehr intensiv erlebt, mehr als in anderen Themen.

Problem ist, dass der Kanton Glarus hat die zur Umsetzung nötigen Ressourcen nicht hat. Auf alle Fälle nicht so schnell. Um zu definieren, was wir im Kanton Glarus brauchen und dies dann auch umzusetzen, braucht man Zeit. Anschliessend muss man die Umsetzung auch kontrollieren: es braucht eine Berichterstattung und die Wirkung muss gemessen werden. Dafür haben wir die personellen Ressourcen nicht. Deshalb müssen wir Prioritäten setzen. Wir müssen zu jedem Thema entscheiden, ob wir mitmachen können oder mitmachen müssen.

*3) Welche Ziele und Aufgaben sollte die Plattform haben?*

Für mich ist wichtig, dass die Zuständigkeiten, Verantwortungen und Kompetenzen geklärt sind. Wer immer zuständig ist, muss sich dann auch um die Finanzierung kümmern. Palliativ Care ist ein Thema der Langzeitpflege und diese ist bei uns in den Gemeinden angesiedelt. Unsere Einflussmöglichkeiten sind somit begrenzt, selbst wenn der Kanton das Thema an die Hand nimmt.

Die Plattform sollte also zum Ziel haben die Zuständigkeiten zwischen Bund, Kanton und den Gemeinden zu klären. Zudem sollte die Finanzierung klar geregelt werden. Dafür fehlt jedoch noch der gesetzliche Rahmen.

Ist man also der Meinung, dass Palliative Care durch die öffentliche Hand bezahlt werden sollte (und nicht durch das KVG), dann wäre die Finanzierung bei uns Sache der Gemeinden. Ob diese das dann machen, kann ich nicht bestimmen. Es ist häufig so, dass bei den Versorgungsthemen der Bund die Gemeinden vergisst. Viele Kantone haben Verbundaufgaben geschaffen. Bei uns jedoch sind die Zuständigkeiten ganz klar abgegrenzt:

Akutupflege ist Sache des Kantons, Langzeitpflege ist Sache der Gemeinde. Und wer zahlt, befiehlt. Natürlich hat der Kanton die Möglichkeit gewisse Vorgaben mittels der kantonalen Gesetzgebung zu machen, wobei das ja dann eher allgemeine Formulierungen sind.

Im Bereich der Spezialisierten Palliative Care sollte sich eine Plattform zudem zu Ziel setzen Daten zu ermitteln. Hier gibt es einen grossen Bedarf.

Eine weitere Aufgabe der Plattform sähe ich darin, die Problemlage konkreter herauszuarbeiten. Es gibt sehr viele verschiedene Anbieter von Palliative Care. Hier wäre es wichtig die Komplexität zu reduzieren, in dem man das Angebot segmentiert: Es gibt Palliative Care in der Grundversorgung und es gibt die spezialisierte Palliative Care. Der Patient wechselt dann je nach Zustand das Setting. Darauf könnte auch das Angebot ausgerichtet werden: Es muss dann nicht einfach alles angeboten werden, die Gemeinden müssen nicht alles anbieten. Dafür braucht es dann natürlich auch Instrumente, die aufzeigen, wann ein Wechsel des Settings Sinn macht. Solche Grundlagen und Instrumente könnte die Plattform zu Verfügung stellen und auch regelmässig aktualisieren.

*Wie erreicht man, dass diese Instrumente dann auch angewendet werden? Wie stellt man Verbindlichkeit her*

Das ist das Problem mit allen Versorgungsthemen. Verbindlichkeit gibt's nur im KVG. Man kann vielleicht eine unité de doctrine herstellen, aber es wird immer 26 kantonale Lösungen geben. Ausser man schafft einen verfassungsmässigen Rahmen. Und selbst dann...

Die Plattform sollte Empfehlungen erarbeiten und Instrumente zur Verfügung stellen. Aber deren Umsetzung bzw. Anwendung ist Sache der Kantone und Gemeinden.

Wenn die Mehrzahl der Kantone etwas umsetzt, dann erzeugt dies auch Druck auf die, meist kleineren Kantone, nachzuziehen und ebenfalls mit der Umsetzung zu beginnen.

*Sollte sich die Plattform auch an die Öffentlichkeit wenden?*

Ist die Plattform paritätisch aufgebaut und wird das Wording gemeinsam entwickelt, dann fände ich das wünschenswerter, als wenn man die Kommunikation einzig palliative ch überlässt, denn bei ihnen weiss man weniger, wer hinter dem ganzen steht. Die Plattform als Zusammenschluss von Bund und Kantonen kann ganz anders auftreten als eine Fachgesellschaft. Bei palliative ch ist auch nicht ganz so klar, was sie wollen? Mehr Akzeptanz für Palliative Care? Die Sicherstellung der Finanzierung? Bei uns bemühen sie sich um einen Leistungsauftrag des Kantons, aber es gibt noch keinen politischen Auftrag dazu.

*Wäre es eine Möglichkeit ein „gemeinsames Wording“ mittels Vernehmlassungsverfahren zu erhalten?*

Grundsätzlich ja, damit ermittelt werden kann, was auf gemeinsame Akzeptanz stösst und was nicht. Wir als kleiner Kanton müssen jedoch sehr hart priorisieren was Vernehmlassungen angeht.

*4) Wer sollte neben Bund und Kantonen an der Plattform teilnehmen?*

Es wäre förderlich, wenn palliativ ch die Leistungserbringer vertritt. Sie müssten sich dann untereinander koordinieren. Zudem sollten die Versicherer an der Plattform teilnehmen.

*Sollten von Bund und Kantonen eher Fachvertreter oder Entscheidungsträger teilnehmen?*

Die Teilnahme von politischen Vertretern stärkt natürlich die Akzeptanz von Palliative Care. Dann muss jedoch das Konzept der Plattform dementsprechend aufgebaut sein. Sie darf nicht zu gross sein und die Termine müssen mit den NGP Terminen abgestimmt sein. Die hierarchische Ebene hängt von den Themen ab, die die Plattform behandeln will: welche brauchen politische Akzeptanz? Und welche brauchen versierte Fachleute, die dann die Arbeit machen?

Ein allgemein legitimates Gremium wäre der GDK-Vorstand. Diese könnte die Kantone vertreten.

*5) Welchen Beitrag sollten die einzelnen Teilnehmer leisten (Rollen)?*

Dies hängt davon ab, wer alles an der Plattform teilnimmt. Sind zum Beispiel die Gemeinden und die Leistungserbringer nicht eingebunden, dann sehe ich meine Rolle darin, die Vernetzung innerhalb des Kantons sicherzustellen. Wir werden abgesehen davon, aus den bekannten Ressourcen Gründen, keinen grossen inhaltlichen Beitrag leisten können.

Einen Beitrag zur Finanzierung der Plattform aus den Kantonen sehe ich nicht. Es kommen immer mehr solche Finanzierungsanfragen auf die Kantone zu, ausserdem steigt auch der Beitrag an die GDK massiv stärker als die Teuerung. Dies müssen wir bei der Budgetierung jedes Mal begründen. Ich sehe eine Finanzierung durch Bund und GDK.

Die Organisation der Plattform sollte am besten durch jemanden wahrgenommen werden, der bereits über solche Kompetenzen verfügt.

Gegen den Bund spricht, dass er schwerfällig ist. Zudem ist das BAG gross und weit weg von der Umsetzung, was teilweise zu realitätsfernen Vorschlägen führt.

Gegen die GDK spricht, dass diese immer mehr Aufgaben übernehmen, was dann wiederum die Jahresbeiträge in die Höhe treibt. Man kann sich schon fast fragen, wer eigentlich das Gesundheitswesen weiterentwickelt: die Kantone oder die GDK?

Für die GDK spricht, dass die Kantone generell für die Versorgung zuständig sind und man hier auch Themen bündeln könnte.

Gegen palliative ch spricht für mich ein gewisser Interessenskonflikt: sie sind auch Leistungserbringer.

Trotzdem würde ich vorschlagen, dass man für den Aufbau und Betrieb der Plattform ein neues Konstrukt schafft, das durch GDK und Bund finanziert ist und in dem palliative ch eine Rolle übernimmt.

*6) Organisatorisches: Sitzungsrhythmus? Dauer? Zeitliche Begrenzung?*

Aufgrund der langen Anfahrt, sind halbtägige Sitzungen nicht ökonomisch, ganztägige Sequenzen sind zu begrüßen. Man hat dann auch die Möglichkeit sich in ein Thema zu vertiefen. Leider finden solche Tagungen häufig in Ballungsmonaten (Januar, März, Mitte Mai – Mitte Juni, September bis November) statt und die Veranstaltungen überschneiden sich. Hier zeigt sich auch wieder das Charakteristikum von kleinen Kantonen: wir haben nicht das Personal, um sie an x verschiedene Anlässe zu delegieren. Auch an regelmässige Veranstaltungen zur Prävention und Gesundheitsförderung, die die GDK organisiert, schaffe ich es nur einmal im Jahr.

7) *Fazit: Was sind die Chancen und Risiken der Plattform?*

Chance

Mit der Plattform hat man die Chance, dass das was zu Palliative Care bisher erarbeitet wurde, dass die Aktivitäten, die sich herausgebildet haben, erhalten bleiben. Man kann Kontinuität sicherstellen.

Herausforderung / Risiko

Es besteht das Risiko, dass man viel Aufwand betreibt und trotzdem zu keinem Punkt kommt. Aus diesem Grund ist es wichtig, dass man den Auftrag klärt, sich konkrete Ziele setzt mit Meilensteinen und dann auch misst und überprüft, ob man etwas erreicht hat. Wichtig ist auch, dass man die Ziele oder den Weg dazu auch mal anpassen kann, wenn man sieht, dass man auf diese Weise nichts erreicht.

## **Anhang 8: Interview mit Catherine Hoenger (VD)**

(Service santé publique, Kanton Waadt)

15. September 2014

*1) Ist es nötig, dass Bund und Kantone weiterhin gemeinsam im Themengebiet Palliative Care tätig sind?*

Mit der Umsetzung der Strategie wurde schon Vieles erreicht, aber es sind noch nicht alle Arbeiten abgeschlossen, aus diesem Grund ist eine gemeinsame Weiterarbeit nötig. Dies vor allem im Gebiet der allgemeinen Palliativ Care, wo noch einiges fehlt. Erschwerend kommt natürlich die Kompetenzfrage Bund – Kantone hinzu.

Wir treffen uns in der Romandie zweimal pro Jahr zu einem informellen Austausch zum Thema Palliativ Care. Wir besprechen, wo wir gerade dran sind, diskutieren über die Ausbildung, über die Koordination der Programme, welche Schwierigkeiten auftreten, etc. Vielleicht gibt es so einen Austausch ja auch in der Deutschschweiz?

Grundsätzlich lässt sich festhalten, dass es schwierig ist zu unterscheiden, was Bund und Kantone zusammen und was die Kantone untereinander koordinieren oder festlegen sollten. Es gibt zudem in der Schweiz grosse Unterschiede darin, wie die Palliative Care organisiert ist.

*2) Erachten Sie es als sinnvoll, dass Bund und Kantone mit einer gemeinsamen Plattform im Themengebiet Palliative Care weiterhin aktiv sind?*

Eine Plattform ist grundsätzlich sinnvoll, wobei die wichtigste Frage ist, welches Ziel diese Plattform dann verfolgt. Für mich ist eine Tagung mit der GDK (Dialog) nicht genug. Wenn man schon eine gemeinsame Plattform installiert, dann sollte es dabei nicht nur um den Austausch gehen, sondern man sollte zusammen etwas erarbeiten.

*3) Welche Ziele und Aufgaben sollte die Plattform haben?*

Sie sollte sich zum Ziel setzen, die Fragen der Finanzierung (diese ist national und nicht kantonal) zu klären. Zudem sollte sie Leitlinien entwickeln, wie die Broschüre über die spezialisierte Palliative Care. Natürlich geht das nicht mit einem Kreis von 30 Personen, dafür müssten Arbeitsgruppen eingesetzt werden.

Die Fragen der Ausbildung sehe ich eher regional als national. Hier gibt es zwischen der Deutschschweiz und der Romandie nicht nur sprachliche, sondern auch kulturelle Unterschiede. Die Spitex ist in der Westschweiz zum Beispiel kantonal organisiert, in der Deutschschweiz auf Stufe Gemeinde.

Ich bin nicht überzeugt, dass die Plattform Öffentlichkeitsarbeit machen sollte. Dies ist eine Aufgabe für palliative.ch. Informationsarbeit auf nationaler Ebene ist sowieso schwierig, wenn man etwas bewirken will, dann muss dies auf lokaler Ebene geschehen. Wichtig wäre es, die Zusammenarbeit mit Hausärzten oder mit der Spitex kantonal zu organisieren.

Auf nationaler Ebene Einigkeit und Verbindlichkeit herzustellen ist sehr schwierig, weil die Vertreter ja immer auch die Anliegen ihrer Region repräsentieren müssen. Wichtig wäre es die Leistungserbringer zu integrieren, denn sie sind es die Leitlinien im Endeffekt umsetzen

sollen. Auch Vernehmlassungsverfahren sind kein Allheilmittel. Häufig werden sie ignoriert und das fertige Produkt dann doch abgelehnt.

Grundsätzlich braucht es einfach viel Zeit um sicherzustellen, dass alle wirklich einverstanden sind. Und man muss sich jedes Thema gut überlegen, wer wirklich zuständig und kompetent ist.

Im Kanton Waadt sind Palliativstationen anders organisiert als in der Deutschschweiz. Bei uns sind sie in der Reha integriert und nicht im Bereich Akutmedizin. Das Thema Palliativ Care ist zum einen transversal und dann noch überall anders organisiert.

Der Informationsaustausch ist wichtig, aber vor allem auch regional. Ein Vorschlag wäre, dass dieser einmal pro Jahr auf nationaler Ebene stattfindet und einmal pro Jahr regional.

Eine weitere wichtige Aufgabe für die Plattform wäre es sich um die Frage der Qualität zu kümmern. Man könnte zum Beispiel ein nationales Label ins Leben rufen.

#### *4) Wer sollte neben Bund und Kantonen an der Plattform teilnehmen*

Es wäre sinnvoll für die verschiedenen Themengebiete (Finanzierung, Qualität, etc.) Arbeitsgruppen zu bilden mit Kantonsvertretern. Die GDK ist hier zu wenig tie im Thema drin.

Für eine jährliche Plenarversammlung würde ich alle Kantonsvertreter (Fachpersonen) sowie die GDK einladen. An ihr könnte dann einerseits ein Informationsaustausch stattfinden, andererseits könnte validiert werden, was die Arbeitsgruppen erarbeitet haben.

Palliativ ch sollte in den Arbeitsgruppen vertreten sein und ihr Fachwissen einbringen. Auch im Plenum können sie dabei sein, jedoch ohne Stimmrecht. Wichtig ist, dass sie ihre Kompetenzen einbringen können.

In Bezug auf das BAG würde ich vorschlagen, dass in den Arbeitsgruppen die Fachpersonen vertreten sind und in der Plenarversammlung aber auch jemand aus der Hierarchie (Entscheidsträger).

Je nach Thema der Arbeitsgruppen sind weitere Vertreter einzuladen, wie die Leistungserbringer oder andere Bundesämter. Ich würde diese jedoch nicht als fixen Bestandteil der Plattform sehen.

Es gilt von Anfang an genau festzulegen, was man mit der Plattform will: Geht es lediglich um die Koordination, kann man die Plattform durchaus öffnen und möglichst viele Stakeholder einladen. Sollen jedoch an der Plattform Entscheidungen getroffen werden, dann ist sie auf die Kantone und das BAG zu beschränken. Meiner Ansicht nach, wäre eine Plattform, welche auch Entscheidungen trifft, besser für das Thema, damit es auf der politischen Agenda bleibt.

#### *5) Welchen Beitrag sollen die einzelnen Teilnehmenden leisten (Rollen)?*

Die „Geschäftsstelle“ der Plattform kann durch das BAG oder durch die GDK geführt werden. Ich würde dies jetzt eher in der GDK sehen, spielt jedoch nicht so eine grosse Rolle.

Für die Finanzierung würde ich ein Modell wie bei der Plattform Zukunft ärztliche Bildung vorschlagen. Der Arbeitsaufwand, welcher die Arbeitsgruppen mit sich bringen, hat jeder selbst zu finanzieren.

Ich könnte mir eine aktive Mitarbeit in einer Arbeitsgruppe vorstellen. Ich kann mir ein Engagement von ca. 4 Tagen im Jahr vorstellen.

Die Rolle von palliative ch sehe im Einbringen ihres Fachwissens, im Einbringen ihrer Erfahrung aus dem Alltag der Palliative Care, in der Information der Bevölkerung (Website, etc.). Ich weiss, dass auch palliative ch darüber diskutiert, was künftig national und was kantonal laufen soll. Sie arbeiten daran, dass es, analog zur nationalen Ebene, in jedem Kanton eine Zusammenarbeit zwischen dem Kanton und der Sektion von palliative ch stattfindet. Schwierigkeit ist hier wiederum, dass nicht alle gleich organisiert sind.

Gewisse Leistungen, wie Informationen an die Bevölkerung mittels Leistungsauftrag bei palliative ch einzukaufen, wäre für mich eine Möglichkeit. Wobei man sich immer die Frage stellen sollte, was national und was kantonal zu finanzieren ist.

Handelt es sich bei der Plattform bloss um ein Austauschgremium, dann braucht es keine Steuerung. Will man jedoch ambitiöser sein, dann sollte die Plattform am Dialog aufgehängt sein bzw. die Plattform sollte sich in die Gremien des Dialogs integrieren. Dort wo die wichtigen Entscheidungen heute schon getroffen werden, dort sollen sie auch künftig getroffen werden. Die Plattform Palliative Care darf durchaus eigenständig sein, aber sie muss im Dialog präsent sein.

Wichtig ist, dass kein Sonderfall Palliative Care geschaffen wird. Man soll sich an bekannten Modellen orientieren.

#### *6) Organisatorisches: Sitzungsrhythmus? Dauer? Zeitliche Begrenzung?*

Ich könnte mir vorstellen, dass 3mal pro Jahr Arbeitsgruppensitzungen stattfinden und 1mal pro Jahr eine Plenarversammlung der Plattform. Zudem würde ich es begrüßen, wenn 1mal im Jahr auch eine regionale Plattform durchgeführt würde.

Die Plenarversammlung soll mindestens einen halben Tag dauern, wenn nicht ein ganzer. Wobei beachtet werden muss, dass einige Vertreter von weit her anreisen. Realistisch wäre wohl ein Zeitraum von 10 Uhr bis 15 Uhr. Für Arbeitsgruppensitzungen würde ich eine Dauer von ca. zwei Stunden vorschlagen.

Es wäre sinnvoll die Plattform regelmässig zu evaluieren. Man soll sich konkrete Ziele setzen, diese nach zwei Jahre überprüfen, eventuell Anpassungen vornehmen, nach zwei Jahren nochmals überprüfen und dann entscheiden, wie es weitergehen soll. In 4 Jahren wird das Thema Palliative Care nicht erledigt sein, aber man kann bis dahin sicher feststellen, ob die Plattform die geeignete Organisationsform ist.

Wichtig ist, dass man regelmässig darüber nachdenkt und darüber diskutiert, warum man dies macht und welche Ziele zu erreichen sind.

#### *7) Fazit: Was sind Chancen und Risiken der Plattform?*

##### **Risiken**

Es könnte an der Verbindlichkeit scheitern. Sind wir wirklich in der Lage einen gesamtschweizerischen Konsens zu erzielen und diesen dann verbindlich umzusetzen? Dies wäre für mich dann erreicht, wenn allen Menschen in der Schweiz derselbe Zugang zu Palliative Care gewährt wird, selbst wenn die Umsetzung im Detail nicht gleich funktioniert.

Und wie bringt man die richtigen Leute an den Tisch, so dass das, was entwickelt wird, dann auch realistischerweise umgesetzt werden kann, mit all den bestehenden kantonalen Unterschieden? Auch die unterschiedlichen Sprachen sind, wie bei vielen gesamtschweizerischen Themen, eine Herausforderung.



## Chancen

Die Plattform könnte in der Finanzierungsfrage etwas bewegen. Sie könnte Druck aufbauen, damit der Zugang zu palliativen Leistungen in allen Kantonen möglich wird.

Palliative Care bleibt ein wichtiges Thema in der Gesundheit, es darf nach Ablauf der Strategie nicht einfach von der politischen Agenda verschwinden.

## **Anhang 9: Interview mit Dr. Rudolf Leuthold (GR)**

(Leiter Gesundheitsamt, Kanton Graubünden)

18. September 2014

*1) Ist es nötig, dass Bund und Kantone weiterhin gemeinsam im Themengebiet Palliative Care tätig sind?*

Der Kanton alleine kann, obwohl er für das Gesundheitswesen verantwortlich ist, nicht handeln. Dies vor allem, weil die Finanzierung eine Bundesfrage ist. Darum ist eine enge Zusammenarbeit wichtig.

*2) Erachten Sie es als sinnvoll, dass Bund und Kantone mit einer gemeinsamen Plattform im Themengebiet Palliative Care weiterhin aktiv sind?*

Eine institutionalisierte Zusammenarbeit ist wichtig, aber es sollten sich Personen beteiligen, die auch über eine gewisse Entscheidungskompetenz verfügen. Wichtig ist, dass der vertikale Dialog in den vertreten Organisationen sichergestellt ist, dass die Mandate klar sind. Dann ist die Plattform eine Möglichkeit.

*3) Welche Ziele und Aufgaben sollte die Plattform haben?*

Die wichtigste Frage, die im Thema Palliative Care ansteht, ist die Finanzierungsfrage und diese ist einheitlich zu lösen! Beispiel Pflegefinanzierung: die Krankenversicherungen zahlen bis zu einem bestimmten Grad und der Rest übernimmt der Kanton. Graubünden hat darauf hingewiesen, dass die Verordnungen nicht alles regeln. Solche Fragestellungen müssten an einer Plattform angegangen werden. Es müsste abschliessend definiert werden, wer was zahlt. Dazu fehlen klare Regelungen sowohl im Bereich der Spitex als auch im Bereich der Heime, denn palliative Pflege ist zeitaufwändiger, als die höchste Pflegestufe dies vorsieht. Diesen Missstand hat der Kanton Graubünden behoben, aber das ist eine Insellösung. Und wenn man nicht bald eine gesamtschweizerische Lösung hat, wird man mit 26 Insellösungen leben müssen.

Als weitere Aufgabe sehe ich ein gemeinsames Verständnis über Palliative Care und eine gemeinsame Kommunikation zu Palliative Care zu entwickeln, im Sinne von: Was ist Palliative Care und welche Angebote gibt es?

Die weitere Entwicklung von Konzepten und Leitlinien sollte nicht im Vordergrund stehen. Hier gibt es schon sehr viel. Es sollte nun darum gehen, diese einheitlich umzusetzen.

Um die oben angesprochene Einheitlichkeit zu erreichen, braucht es natürlich Verbindlichkeit, dazu müsste es die GDK schaffen, dass die Kantone eine gemeinsame Haltung haben. Es besteht sonst die Gefahr, dass an der Plattform zwei-drei Kantonsvertreter da sind, die eine Lösung gut finden, die anderen 23 würden dies dann jedoch nicht unterstützen. Es ist Sache der GDK hier einen „common sense“ zu finden.

Die Plattform muss nicht unbedingt gegenüber der Öffentlichkeit auftreten, es ist jedoch so, dass es heute noch wenig neutrale Informationen gibt. Insofern wäre es gut, wenn es Bund/Kanton die Bevölkerung informieren würden. Dies könnte auch palliative ch machen, sie sind jedoch Interessenvertreter.

#### *4) Wer sollte neben Bund und Kantonen an der Plattform teilnehmen?*

Wenn man eine Riesenrunde mit allen Kantonen und weiteren Vertretern aufbaut, führt dies dazu, dass man zu keinem Ergebnis kommt. Ich würde vorschlagen, dass die GDK, sowie 2-3 interessierte Kantonsvertreter teilnehmen. Dies ist wichtig, da die GDK doch eher zu weit weg ist vom täglichen Geschehen an der Basis. Als GDK-Vertreter sehe ich den Generalsekretär oder seinen Stellvertreter. Aus den Kantonen sollten Fachpersonen teilnehmen, da für allgemein gültige Beschlüsse sowieso Vernehmlassungsverfahren durchzuführen sind.

Palliative ch sollte teilnehmen, damit sie die Beschlüsse auch mittragen.

Zudem sollten Vertreter der Leistungserbringer wie Spitex, Pflegeheime, Spitäler teilnehmen. Und zwar sowohl Vertreter, die an der Basis arbeiten, als auch Vertreter der Dachverbände. Dies damit zum einen realitätsnahe Beschlüsse gefasst werden und zum anderen dass die Informationen auch an alle Mitglieder weitergetragen werden.

Auch den Einbezug von Krankenversicherer fände ich sinnvoll. Sie könnten so erkennen, dass spezialisierte Fachleute der Spitex Spitalaufenthalte verhindern könnten. Das Problem ist doch, dass für Organisationen, die sich auf Palliative Care spezialisiert haben, Leistungen erbringen, die nicht in die vorgegebenen Leistungskategorien fallen. Könnten diese auch vergütet werden, würde diese mehr angeboten und mehr in Anspruch genommen. Dies würde wiederum Hospitalisationen verhindern. Und dies wäre besser für den Patienten und kostengünstiger!

Aus dem BAG sollte sowohl ein Entscheidungsträger als auch eine Fachperson, die sich in der Thematik gut auskennt, teilnehmen, denn zum einen müssen die Problematiken verstanden werden und zum anderen müssen auch Entscheide getroffen werden können. Zudem ist es wichtig, dass auch BAG-Vertreter einbezogen werden, die für das KVG-System zuständig sind.

#### *5) Welchen Beitrag sollten die einzelnen Teilnehmer leisten (Rollen)?*

Die Plattform soll von BAG oder GDK geführt werden (Sekretariat, etc.). Politisch wäre es ein gutes Zeichen, wenn sie vom BAG geführt würde. Damit zeigt der Bund, dass das Thema weiterhin auf seiner Agenda steht. Auch die Finanzierung sollte von BAG und GDK getragen werden.

Eine Leistungsvereinbarung mit palliative ch wäre eine Option. Die Organisation kann sich mit der Freiwilligenarbeit nicht mehr weiterentwickeln. Wichtig ist, dass genau abgegrenzt ist, was sie weiterhin als Freiwilligenarbeit machen und was BAG/GDK bei ihnen „einkaufen“.

Der Kanton Graubünden ist grundsätzlich bereit als ein Kantonsvertreter an der Plattform teilzunehmen, dies obwohl es von Chur aus sehr zeitintensiv ist.

Die Steuerung der Plattform sollte auf übergeordneter politischer Ebene stattfinden. Als Steuergruppe käme der Direktor des BAG sowie der Generalsekretär der GDK in Frage, oder aber der strategische Ausschuss des Dialogs. Die Plattform könnte auch vom Dialog eingesetzt werden.

#### *6) Organisatorisches: Sitzungsrhythmus? Dauer? Zeitliche Begrenzung?*

Die Sitzungen sollten in etwa 4mal pro Jahr stattfinden. Für die Bearbeitung der einzelnen Themen sollten Arbeitsgruppen eingesetzt werden.

Als Sitzungsdauer würde ich 9-12 Uhr und 13.00 Uhr – 15.00/15.30 Uhr vorschlagen. 2 stündige Sitzungen sind von Chur aus sehr ineffizient.

*7) Fazit: Was sind die Chancen und Risiken der Plattform?*

#### Risiken

Es besteht die Gefahr, dass man zu viele Themen miteinander angehen will. Die erste Handlung der Plattform sollte es sein, sich ganz konkrete Ziele zu setzen, Kernthemen zu definieren, die anschliessend bearbeitet werden.

#### Chancen

Die grösste der Chance der Plattform ist es, dass es gelingen könnte ein gesamtschweizerisches Verständnis der Palliative Care zu etablieren inklusiv gesamtschweizerische Finanzierungsregelungen. Dies würde dazu führen, dass in der ganzen Schweiz ein vergleichbares Angebot von palliativen Leistungen vorhanden wäre.

## **Anhang 10: Interview mit Lydia Hümbeli und Seraina Grünig (OW)**

(Gesundheitsamt / Departementssekretariat Finanzdepartement, Kanton Obwalden)

19. September 2014

*1) Ist es nötig, dass Bund und Kantone weiterhin gemeinsam im Themengebiet Palliative Care tätig sind?*

Grundsätzlich ja. Die Frage ist in welcher Form? Die Ressourcen sind bei uns sehr beschränkt, wie in allen kleinen Kantonen. Und darum geht es für uns vor allem um die Form der Zusammenarbeit.

Wenn nur der Bund oder nur die Kantone am Thema weiterarbeiten, dann funktioniert dies nicht. Wir haben von der Nationalen Strategie profitiert, haben Nutzen daraus gezogen, dass Handlungsfelder definiert wurden.

*2) Erachten Sie es als sinnvoll, dass Bund und Kantone mit einer gemeinsamen Plattform im Themengebiet Palliative Care weiterhin aktiv sind?*

Dass man eine Form der Zusammenarbeit findet, ist wichtig. Aber wir fragen uns schon, ob es eine solch eigenständige Form sein muss. Wir können als kleiner Kanton nicht für jedes Thema eine Vertretung in eine Plattform schicken. Für uns sind die GDK und ihre Plattformen wichtig. Ich weiss nicht, ob wir uns darüber hinaus noch für Einzelthemen wie Palliativ Care, Krebs, Demenz, etc. engagieren können.

Zudem gibt es in all diesen Themen auch ähnliche Akteure. Wäre es nicht eine Möglichkeit die Aktivitäten dazu zu bündeln? Es wäre wesentlich einfacher, wenn man das Thema in ein bestehendes Gremium integrieren könnte, also zum Beispiel in die GDK bzw. in den Dialog. Und auf kantonaler Ebene wäre die Zusammenarbeit zwischen den Sektionen von palliative ch und den jeweiligen Kantonen zu stärken.

Es wäre sehr schade, wenn man eine neue Plattform ins Leben ruft und wir dann nicht teilnehmen können, weil wir einfach zu wenige Leute sind. Wir müssten dann aus der Zentralschweiz einen einzigen Vertreter schicken und dies obwohl wir ganz verschieden weit sind mit dem Thema. Wir im Obwalden sind zwar erst am Beginn der Umsetzung, aber trotzdem weiter als Uri oder Nidwalden. Auch sind wir anders organisiert als zum Beispiel Zug oder Luzern.

*3) Welche Ziele und Aufgaben sollte die Plattform haben?*

Es braucht weiterhin eine Steuerungsfunktion des Bundes, damit die Kantone aktiv bleiben. Zudem sind der Austausch, die Vernetzung und der Wissenstransfer wichtig. Auch können die Kantone selbst keine Verhandlungen mit SwissDRG aufnehmen o.ä. aufnehmen, dafür braucht es den Bund.

Zudem braucht es den Kontakt mit dem Bund bezüglich Forschung und Weiterbildung. Es kann nicht sein, dass jeder Kanton das selbst übernehmen muss. Bildung ist etwas was national angegangen werden sollte: universitär und nicht-universitär.

Unter Steuerungsfunktion verstehen wir, dass gemeinsame Ziele und Handlungsfelder definiert werden, um nachhaltigere Wirkung zu erzielen. Uns wäre wichtig, dass man das, was

bis jetzt definiert wurde – die Handlungsfelder – auch weiter verfolgt. Das man die Entwicklungen hier beobachtet und auch voneinander profitieren kann.

Wir haben einen partizipativen Ansatz verfolgt und uns dabei auf die nationalen Handlungsfelder abgestützt, analysiert wo wir stehen und wo der grösste Handlungsbedarf liegt.

Öffentlichkeitsarbeit im Thema Palliative Care wäre sinnvoll und wichtig. Es stellt sich die Frage, ob hier nicht palliative ch einen Beitrag leisten könnte? Eine Leistungsvereinbarung mit palliativ ch wäre eine Möglichkeit. Andererseits stellt sich die Frage, welche Breitenwirkung eine Fachgesellschaft hat. Es hat doch eine ganz andere Wirkung, ob etwas vom BAG publiziert wird oder von palliative ch.

Grundsätzlich kann ja jeder Kanton selbst entscheiden, ob er zum Thema etwas machen will oder nicht. Wir im Obwalden haben uns via Regierung einen Auftrag abgeholt. Die Stärke der Strategie war, dass sie auf ein Bedürfnis reagiert hat. Aber Verbindlichkeit kann nur innerhalb eines Kantones hergestellt werden. Hier sind Vernehmlassungsverfahren sinnvoll.

#### *4) Wer sollte neben Bund und Kantonen an der Plattform teilnehmen?*

Neben BAG und GDK sollten auch Leistungserbringer teilnehmen. Diejenigen, die direkt an der Umsetzung beteiligt sind und somit die operativ-fachliche Seite einbringen können, somit natürlich auch palliative ch

Es gibt ja auch Fachtagungen und Konferenzen zum Thema. Wenn die Plattform zu fachlich-inhaltlich ist, dann wird es für die Kantone eher wieder uninteressant. Aus diesem Grund wäre das fachliche eventuell nur punktuell einzubeziehen, oder die Plattform könnte einen fachlichen Ausschuss haben.

Wie soll es weitergehen nach 2015? Eine Plattform könnte gut sein, aber ich zweifle basierend auf den Gegebenheiten im Gesundheitswesen. Wenn wir uns darin sehr engagieren, dann bleibt dafür anderes auf der Strecke.

Darum sind wir eher dafür, dass, wie bisher, auf nationaler Ebene von BAG und GDK Handlungsfelder definiert werden. Dabei werden wir einbezogen und 2-3 Mal im Jahr über den Stand der Dinge informiert. Kantone, die mehr Ressourcen haben, können sich dann auch mehr einbringen. Das fanden wir ein gutes Vorgehen.

Uns wäre es sogar recht, wenn die Strategie nochmal verlängert würde. Denn wir sind noch nicht so weit. Dadurch, dass auf nationaler Ebene viel passiert ist, konnten wir uns auf unseren Kanton konzentrieren, aber auch unsere Erfahrungen einbringen und wir konnten uns mit anderen Kantonen austauschen. Und national wurde der Hintergrund erarbeitet, den man braucht.

Wenn man die Strategie nochmal um 4 Jahre verlängert, könnte man noch einige Baustellen beheben und anschliessend wären die Kantone vielleicht soweit, dass sich der Bund zurückziehen könnte! Anschliessend könnte man eine Plattform gründen und sich dabei auf den Austausch konzentrieren. Dies ist jetzt noch nicht möglich, da es noch zu viele unbeantwortete Fragen gibt.

Was wir uns noch wünschten, wäre, dass im Bereich der Sensibilisierung, der Öffentlichkeitsarbeit, mehr getan würde.

Wir sind haben jetzt unsere Aktivitäten im Bereich Palliative Care herauf gefahren, gleichzeitig starten wir mit der Demenzstrategie, auch NCD wird ein Thema. Was wir jetzt leisten, ist realistisch, mehr geht nicht.

Es stellt sich schon die Frage, ob man schon weit genug ist für eine Implementierung. Gerade in Bezug auf die Finanzierung gibt es noch Handlungsbedarf: viele pflegerische Leistungen in der palliative Care können nicht richtig abgerechnet werden. Das ist eine grosse Herausforderung.

*5) Welchen Beitrag sollten die einzelnen Teilnehmer leisten (Rollen)?*

BAG und GDK sollten zusammen die Ziele und Handlungsfelder erarbeiten. Ob die Leitung der Plattform das BAG oder die GDK innehat, spielt eigentlich keine Rolle.

Palliative ch sollen ihren fachlichen Input leisten. Ich würde davon abraten, dass sie die Plattform leiten, da sie zu wenig wahrgenommen werden. Es braucht eine Leitung mit politischem Gewicht.

Die Finanzierung der Plattform sollte durch das BAG und eventuell die GDK sichergestellt werden. Unbedingt zu vermeiden sind weitere separate Zahlungen durch die Kantone!

*6) Organisatorisches: Sitzungsrhythmus? Dauer? Zeitliche Begrenzung?*

Die Plattform sollte 2-3 pro Jahr tagen. Es wäre, aufgrund der langen Anfahrt, sinnvoller nur zweimal im Jahr einen ganzen Tag, als dreimal einen halben Tag einzuplanen.

Zur einfacheren Handhabung der Administration, wäre eine gemeinsame Internetplattform, ein gemeinsames Share, zu empfehlen.

Die Internetplattform könnte man auch nutzen für die Information der Bevölkerung. Es wäre sinnvoll zu erläutern, was das BAG macht und was palliative ch macht. Auch muss geklärt werden, was palliative ch national macht und was die Sektionen machen.

Gut wäre eine zielgruppenorientiert aufgebaute Seite: Informationen für die Bevölkerung, für Fachleute, für Behörden....

*7) Fazit: Was sind die Chancen und Risiken der Plattform?*

**Risiken**

Es könnte das Gefühl entstehen, dass die Kantone nicht mehr mitmachen können. Gerade weil die Kantone so unterschiedlich weit sind. Die Unterschiede werden dann so grösser und nicht kleiner. Die ganze Strategie Gesundheit2020 ist sehr ehrgeizig und es fragt sich ob die Kantone, gerade die kleinen, dieses Tempo mithalten können. Hier wurden die Kantone auch zu wenig in die Planung miteinbezogen.

**Chance**

Hat man die Alternative Plattform oder nichts, dann ist die Plattform eine gute Wahl. Wir sind jedoch der Meinung, dass der Weiterzug der Strategie sinnvoller wäre.

## **Anhang 11: Interview mit Thomas von Allmen (BS)**

(Leiter Abteilung Spitalversorgung, Kanton Basel-Stadt)

22. September 2014

*1) Ist es nötig, dass Bund und Kantone weiterhin gemeinsam im Themengebiet Palliative Care tätig sind?*

Ja, auf jeden Fall. Die Zusammenarbeit sollte in ausgewählten Themen stattfinden. Aber es braucht auch ein gemeinsames Dach, das den Austausch unter den Kantonen und mit dem Bund möglich macht. Der Bund muss hören, was in den Kantonen geschieht.

Die Landschaft ist noch sehr heterogen. Einige Kantone haben noch nicht mal eine Leistungsvereinbarung oder einen Leistungsauftrag zum Thema. Auch die Qualität muss im Auge behalten werden. Es muss genau festgelegt werden, was Palliative Care ist, damit kein Wildwuchs entsteht. Und dort wo Palliative Care drauf steht, sollte auch Palliative Care drin sein. Es darf kein „Jekami“ entstehen mit x verschiedenen Zertifizierungen, darum braucht es eine zentrale Steuerung.

*2) Erachten Sie es als sinnvoll, dass Bund und Kantone mit einer gemeinsamen Plattform im Themengebiet Palliative Care weiterhin aktiv sind?*

Hier stellt sich die Frage, wie die Plattform angedacht ist. Wenn das eine riesen Kiste wird, dann schießt dies über das Ziel hinaus. Wichtig ist vor allem, dass wir uns austauschen können. Dazu braucht es keine riesen Geschichte mit Geschäftsstelle und Sekretariat, etc.

Man könnte sich auch eine Tagung zu ausgewählten Themen vorstellen. Dass man jetzt hier, neben palliative.ch, die ja schon viel machen, noch ein neues Gremium installieren will, ist nicht unbedingt notwendig.

*3) Welche Ziele und Aufgaben sollte die Plattform haben?*

Das wichtigste ist die Sicherstellung des Austausches zwischen dem Bund und den Kantonen. Wenn man feststellt, dass die KLV 7 im Bereich der Koordination ungenügend ist, dann sollte man dies dem Bund mitteilen können, damit Korrekturen gemacht werden können.

Was zudem wichtig wäre der Aufbau von Daten zu Palliative Care. Hier hat man noch zu wenig. Wenn ich heute die Statistiken des BFS auswerte, dann sehe ich nicht, wie viele Palliative Care Fälle ich habe. Hier sollte man bessere Datengrundlagen haben, um den Bedarf planen zu können. Dazu müsste der Bund das BFS beauftragen diese Daten zu erheben und den Kantonen zur Verfügung zu stellen. Die Kantone haben teilweise angefangen selbst Erhebungen durchzuführen, aber diese sind dann wieder nicht einheitlich und damit auch nicht vergleichbar.

Im Bereich der Bildung ist man bei den universitären Berufen schon auf einem guten Weg. Trotzdem muss man die Curricula im Auge behalten, denn es wird noch Anpassungsbedarf geben.

Die Handlungsfelder der Strategie kann man durchaus in ihrer jetzigen Form beibehalten, denn sie bilden die wichtigsten Themen ab, an denen man weiter arbeiten muss. Auch im Bereich der Freiwilligenarbeit besteht noch ein grosses Potential.



In der Plattform müssen die Handlungsfelder präsent sein, und je nach Bedarf bearbeitet werden. Zudem sollten regelmässig auch Dinge veröffentlicht werden: überarbeitete Broschüren etc.

Auch mehr Öffentlichkeitsarbeit wäre grundsätzlich gut, die Frage stellt sich, wie man sich zu palliative ch abgrenzt. Es wäre unklug, wenn man ihrer Arbeit „in die Quere“ kommt.

Eine klare Abgrenzung zu palliative ch ist auch wichtig, da die regionalen Sektionen zunehmend von den Kantonen Leistungsaufträge verlangen. Aus diesem Grund muss ganz klar geregelt sein, was die Plattform macht und was palliative ch.

Die Grundlagenpapiere müssen weiterhin vom Bund kommen, dies gibt dem Thema eine Einheitlichkeit. Darin sollten auch Stossrichtungen definiert werden.

Ein Beispiel, in dem die Einheitlichkeit fehlt, ist die neue Tarifstruktur von SwissDRG: diese wird von Unispitälern und palliative Institutionen unterschiedlich angewendet.

Es braucht einheitliche Standards: es kann nicht sein, dass Palliative Care zu unterschiedlich gelebt wird, dafür sind die Grundlagenpapiere super. Palliative Care ist eben keine Krankheit, sondern es ist eine Haltung. Und man kann zu diesem Thema unendlich viel anbieten, darum braucht es einen Rahmen, der auch finanzierbar bleibt. Es dürfen darum auch nicht zu viele Erwartungen geschürt werden. Es geht also um die Frage: Was ist Palliative Care grundsätzlich und was finanziert der Staat? Alles darüber hinaus sind dann Zusatzangebote, die selbst finanziert werden müssen.

Die Standards sollten unter Einbezug von Fachleuten definiert werden, solchen die heute schon Qualität anbieten. Natürlich können diese nicht einfach als verbindlich erklärt werden, es sind dann halt Empfehlungen. Aber wenn sich 20 Kantone daran halten, dann hat man schon eine gewisse Einheitlichkeit erreicht und die Standards erhalten dann auch Gewicht. Zudem sind Vernehmlassungsverfahren zu begrüßen, sie geben den erarbeiteten Papieren noch zusätzliches Gewicht.

#### *4) Wer sollte neben Bund und Kantonen an der Plattform teilnehmen?*

Die Kantone haben einen sehr unterschiedlichen Stand in der Umsetzung von Palliative Care. Und da die Plattform v.a. zum Ziel haben sollte den Austausch sicher zu stellen, sollten alle 25 Kantone daran teilnehmen. Für die Vorbereitungsarbeiten zu den verschiedenen Themen können Arbeitsgruppen eingesetzt werden. Die Diskussion der Ergebnisse kann dann im Plenum stattfinden.

Wichtig ist, dass alle teilnehmen, auch diejenigen, die noch nichts gemacht haben, damit sie von den anderen profitieren können.

Auch palliative ch sollte einbezogen werden.

Wir haben im Kanton BS sogenannte Koordinationskonferenzen zum Thema. Wir erreichen damit eine Vernetzung von Kassenvertretern, Patientenstelle, Seelsorger, etc., so dass alle von den anderen wissen, was sie tun. Insofern ist der Einbezug von weiteren Vertretern wünschenswert, wobei es auf ein vertretbares Mass begrenzt werden sollte. Wichtig ist der Einbezug von Leistungserbringern und den wichtigsten Fachleuten.

### 5) *Welchen Beitrag sollten die einzelnen Teilnehmer leisten (Rollen)?*

Das BAG sollte regelmässige Publikationen zu den verschiedenen Handlungsfeldern machen, um sicherzustellen, dass man dran bleibt.

Die Organisation der Plattform sollte durch BAG und GDK sichergestellt werden. In den vorbereitenden Arbeitsgruppen sehe ich das BAG, palliative ch und ev. Kantonsvertreter.

Eine Leistungsvereinbarung mit palliative ch für Grundlagenarbeit ist grundsätzlich eine gute Idee. Es stellt sich aber die Frage, wer dies finanziert. Und es ist wichtig, dass die Zuständigkeiten geklärt sind: Was macht der Bund? Was machen die Kantone? Was macht die Fachgesellschaft? Ideal wäre, wenn gesamtschweizerisch geregelt wäre, wie eine Anlaufstelle für die Bevölkerung für Palliative Care organisiert ist und wie sie finanziert ist.

Wir sind grundsätzlich bereit in einer Arbeitsgruppe mitzuwirken, natürlich abhängig vom geforderten Aufwand.

Die Finanzierung der Plattform sollte durch bestehende Ressourcen von BAG und GDK möglich sein.

Die Plattform sollte am Dialog angehängt werden, damit könnte der Link zur Politik gewährleistet werden.

### 6) *Organisatorisches: Sitzungsrhythmus? Dauer? Zeitliche Begrenzung?*

Die Plattform sollte einmal pro Jahr stattfinden. Falls es noch eine Tagung von palliative ch zum Thema gibt, könnte die Plattform auch dort angehängt werden.

In Bezug auf die Dauer, würde ich einen halben Tag vorschlagen. Dies bietet Zeit für zwei Referate mit anschliessender Diskussion.

Eine zeitliche Begrenzung der Plattform finde ich sinnvoll. Denn es kommen auch wieder andere Themen, die bearbeitet werden müssen. Man könnte sich mal fünf Jahre geben und anschliessend überprüfen, wie weit die Kantone in der Zwischenzeit gekommen sind und wie sich das Thema entwickelt hat.

### 7) *Fazit: Was sind die Chancen und Risiken der Plattform?*

#### Risiken

Es besteht die Gefahr, dass die Plattform überladen wird, so dass viele Kantone sagen, dass sie das nicht mehr interessiert. Wichtig ist, dass man klar kommuniziert: Wir sind mit der Strategie gut gefahren, nun wird diese in einer schlankere Form gebracht, so dass der Austausch weiterhin gewährleistet ist. Der Nutzen der Plattform muss klar erkennbar sein, wobei ich glaube, dass viele Kantone nach wie vor dankbar sein werden für diese „Klammerfunktion“.

Eine weitere Gefahr grundsätzlicher Natur besteht darin, dass die Behandelnden weiterhin bis am Schluss auf Heilung setzen. Dann hat Palliative Care keine Chance. Darum braucht es klare Behandlungsrichtlinien.

#### Chancen

Es besteht die Chance Palliative Care vertieft zu etablieren, dass das Thema nachhaltig in der Bevölkerung verankert werden kann.

Zentral ist hier das Gespräch zwischen Arzt und Patient: Hier muss der Arzt offen sein und Palliative Care ansprechen. Der Patient muss darüber transparent und umfassend informiert

werden. Und hier muss noch einiges passieren, denn man behandelt nach wie vor viel zu viel gerade auch medikamentös. Es werden Medikamente mit schwersten Nebenwirkungen bis kurz vor dem Tod gegeben. Und es gibt grosse Differenzen zwischen den Onkologen und den Palliativmedizinerinnen. Denn grundsätzlich geht es eben nicht um Konzepte, es geht um die Praxis und um den Patienten!

## Anhang 12: Interview mit Sonja Flotron und Steffen Eychmüller (palliative.ch)

(Präsidentin / Vizepräsident palliativ.ch)

27. August 2014

1) Ist es nötig, dass Bund und Kantone weiterhin gemeinsam im Themengebiet Palliativ Care aktiv sind?

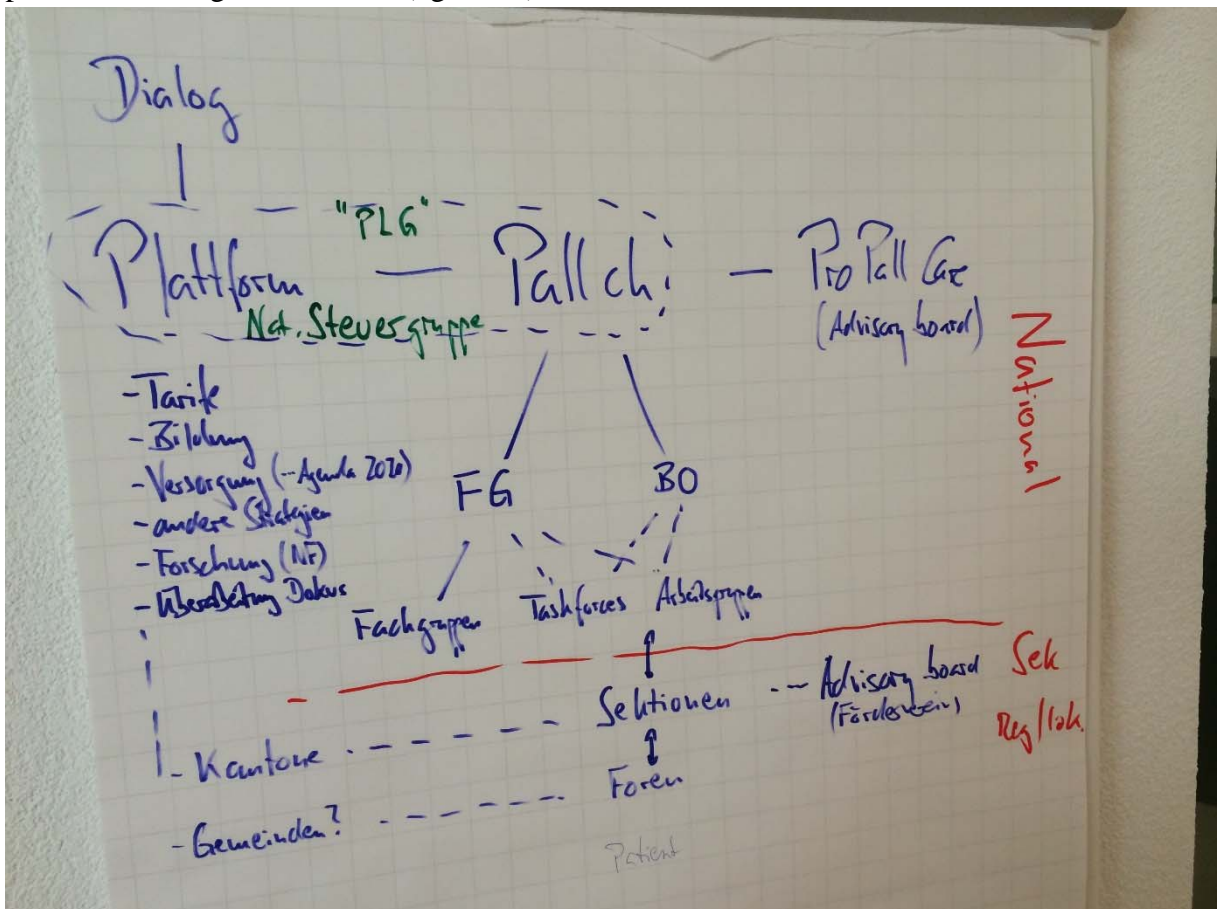
Ja, gemeinsam mit palliativ.ch, so wie bisher. Mit einem klaren Mandat vom Dialog Nationale Gesundheitspolitik, damit es gut aufgehängt ist.

Die erste nationale Strategie hat Ziele ausgearbeitet und diese sind auch nach 2015 noch nicht erreicht, also soll weitergearbeitet werden.

2) Erachten Sie es als sinnvoll, dass Bund und Kantone mit einer gemeinsamen Plattform im Themengebiet Palliative Care aktiv sind?

Grundsätzlich ja. Es stellt sich natürlich die Frage, ob es nur diese Form gibt. Ganz klar ist, dass die Kantone beteiligt sein müssen, weil sie die Gesundheitshoheit haben, denn die GDK hat ja keine Weisungsbefugnis, sondern kann nur Empfehlungen abgeben und die konkrete Umsetzung passiert in den Kantonen, also müssen sie zwingend beteiligt werden.

Unsere Idee wäre eine nationale Steuergruppe zu bilden, in welche der Bund, die Kantone und palliative.ch eingebunden sind (vgl. Bild).



Aus der bisherigen Erfahrungen haben wir gelernt, dass Bund und Kantone die Türöffner sind für das Thema. Aber umgesetzt ist damit noch nicht sehr vieles. Aber das Weiterführen dieses Dreierbündnisses ist effizient. Aus meiner Sicht gibt es noch viele Kantone, die noch keine kantonalen Konzepte oder Strategien haben zum Thema Palliative Care. Dies erschwert den Austausch untereinander, da einige schon sehr weit entwickelt sind und andere noch gar nichts haben. In diesem Punkt hilft wohl eine Plattform auch nicht viel weiter. Hier stellt sich dann auch die Frage des Weisungsrechts.

*2a) Auch mit einer nationalen Steuergruppe gibt es weiterentwickelte und weniger weit entwickelte Kantone. Wie ist damit umzugehen?*

Der Vorteil von unserem Vorschlag ist, dass die Sektionen (von palliative ch) vor Ort sind und als genuine Partner der Kantone fungieren können. Somit kann nicht nur über die administrative Seite sondern auch über die Leistungsseite eine Aktivierung erfolgen. Es geht darum, das strategische und das operative Geschäft immer wieder zusammen zu führen und somit Fortschritt zu erzielen.

Auf strategischer Ebene miteinander zu reden ist wichtig, aber es ist nicht ausreichend, um auch eine Umsetzung sicher zu stellen. Das ist die Lehre der letzten 6 Jahre.

Neben der nationalen Steuergruppe, soll es auch das Gremium „Pro Palliative Care“ wieder geben, das als eine Art Advisory Board fungiert. In ihm vertreten wären die Berufsverbänden, die Ligen, etc. Gemeinsam mit der nationalen Steuergruppe würde es dann die Palliative Care Vollversammlung bilden.

Wenn die Plattform nur Bund und Kantone umfasst, dann fehlt die praktische Umsetzung. Zudem fehlt der Einbezug der Gemeinden. Der Part, der in Bezug auf Palliative Care am besten und am nachhaltigsten funktioniert, findet auf Gemeindeebene statt. Diese betreiben ja zum Teil auch entsprechende Institutionen. Und deswegen, wenn man die Plattform ernst nimmt, dann müsste man Bund, Kantone und Gemeinden einbeziehen.

Das Problem ist natürlich, dass Palliativ verschieden angegliedert ist, sowohl was die Zuständigkeiten Kantone / Gemeinde anbelangt als auch in welchem Departement (Gesundheit oder Soziales) das Thema beheimatet ist.

Wichtig ist auch, dass kein Wasserkopf geschaffen wird. Es muss umsetzbar sein. Der Weg zur Umsetzung darf nicht über viele Umwege führen.

*3) Welche Ziele und Aufgaben sollte die nationale Steuergruppe haben?*

Die Ziele sind themenorientiert anzuschauen. Es sind hier vor allem die Themen zu berücksichtigen, bei denen palliative ch alleine nichts ausrichten kann. Es geht also um Tarife, Bildung, Versorgung, Verbindung zu Gesundheit2020 und anderen Strategien sowie Forschung (Nationalfonds). Zu diesen Themen müsste man regelmässig so eine Art „Shoppingliste“ dazu erstellen, was wir im daily business erleben, was man eigentlich noch bräuchte. Wir definieren also neben der obengenannten Strategithemen aus dem Alltag heraus, wo wir anstehen, wo wir Handlungsbedarf sehen und wo Bund und Kantone einen Beitrag leisten könnten. Ein typisches Beispiel hierfür sind die Tariffragen, die national, aber teilweise auch mit sehr kurzer Reaktionszeit geregelt werden müssen. Das können wir auf Sektionsstufe nicht. Eigentlich analog zu dem, wie es heute in der Strategie läuft. Auch Bildung ist ein gutes Beispiel, das kann nicht regional oder lokal geregelt werden, hier braucht es nationale Lösungen.

Bisher gab es zwei Motoren für die Entwicklung der Palliative Care in der Schweiz. Zum einen die Projektgruppe (BAG/GDK) und zum anderen palliative ch. Und wenn nun Bund und Kantone sagen, dass sie ein Teil dieses Motors aufgeben, dann wird palliative ch diese Motorfunktion übernehmen, aber muss dann auch die Möglichkeit haben sagen zu können, wo es Handlungsbedarf gibt, den Bund und Kantone dann aufnehmen.

Neben dem Türöffnen ist es auch wichtig, dass die Steuergruppe den politischen Druck aufrecht erhält und politische Zeichen setzen. Und dies funktioniert nur, wenn Bund, GDK, Kantone und Gemeinden mit im Boot sind. Wir verstehen Palliative Care als ein Modell für den weiteren Ausbau der „Chronic Care“, was ein Riesenthema sein wird, obwohl das grosse Geld momentan noch in der „Acute Care“ steckt.

Uns geht es mit unserem Modell (vgl. Bild) um eine Koordination, um einen Austausch vom Patient bis zum Bundesrat. Es geht darum, dass man nicht Gesundheitspolitik am Patienten vorbei macht.

Palliative ch wird eine Agenda erstellen (in Fortsetzung der nationalen Strategie) und für die nationale Steuergruppe ein Reporting erstellen, welches aufzeigt, wo es harzt. Die Idee wäre dann, dass Bund und Kantone in ihren jeweiligen Zuständigkeiten die Problemstellungen aufnehmen und an ihnen arbeiten. Natürlich können BAG, GDK etc. auch palliative ch nach dem Stand der Dinge fragen bzw. Anforderungen stellen.

Der Auftrag für die Bildung der nationalen Steuergruppe kommt vom Dialog. Er gibt diesen Auftrag Bund und Kantonen. Insofern ist die nationale Steuergruppe auch durch Bund und Kantone zu organisieren. Die operative Führung wäre auch mit einem entsprechenden Leistungsauftrag vom BAG an palliative ch umsetzbar. Zentral ist jedoch ein klares Mandat vom Dialog.

Es stellt sich noch die Frage, ob es weiterhin einen Massnahmenkatalog Bund und Kantone geben wird (wie in der Strategie) oder ob palliative ch der Steuergruppe einen Massnahmenkatalog vorschlagen wird und dann wird entschieden, wer was macht. Eine Alternative davon wäre, die Strategie zu verlängern.

*3a) Wie stellt man Verbindlichkeit her? Wie wird dafür gesorgt, dass in den Kantonen auch wirklich etwas passiert?*

Wenn wir davon ausgehen, dass die Gesundheitsversorgung in den Kantonen stattfindet, dann ist für die Verbindlichkeit vor allem auch die Achse von den Sektionen zu den Kantonen relevant. Es gibt dann auch zwei Wege des Reportings in die nationale Steuergruppe: einmal über die Sektionen zu palliative ch und einmal über die Kantone zur nationalen Steuergruppe. Dazu braucht es ein Monitoringinstrument über die ganze Schweiz, welches aufzeigt, was wo bereits geleistet wird und wo es noch Lücken gibt.

Dies bedingt jedoch, dass auch auf nationaler Ebene Bund und Kantone palliative ch als Partner akzeptieren und dass dies auf der Kantonebene auch passiert. Die Sektionen müssen als Partner wahrgenommen werden und auch als Leistungsbeauftragte. Es gibt Kantone, wo dies bereits so umgesetzt wird, wo die Sektionen sehr eng mit den Kantonen zusammenarbeiten, und es gibt andere Kantone, in denen die Sektionen weniger präsent sind. Die ganze Landschaft ist sehr uneinheitlich, was es schwieriger macht einen gemeinsamen Nenner zu finden.

Ich stelle mir die Plattform palliativ ch als eine Einheit vor, die Kantone mit den entsprechenden Sektionen als zweite Einheit und die nationale Steuergruppe (inkl.

Gemeinden) als dritte Einheit. Palliative Care kann auch eine Modellfunktion dafür einnehmen, wie koordinierte Versorgung über die verschiedenen Regierungsebenen und über die verschiedenen Professionen hinweg funktionieren kann.

Eine weitere Aufgabe der nationalen Steuergruppe wäre es Empfehlungen, Grundlagen etc., die palliative ch erarbeitet, zu verabschieden. Die Dokumente, die bisher entstanden sind, wurden auch bisher wesentlich von palliative ch geprägt, sie wurden jedoch von BAG/GDK verbalisiert. Wir wollen wieder viel mehr thematisch und inhaltlich arbeiten.

Ein Beispiel dafür ist das Papier zu den Versorgungsstrukturen. Wir haben dies ausgearbeitet und die Strategie hat es übernommen und zu einem offiziellen Dokument gemacht. Gleichzeitig ist dies jetzt auch das wesentliche Dokument für die Definition der Strukturqualität. Dies gilt es nun weiterzuentwickeln und dies können wir nur mit Bund und Kantonen

Wir erhoffen uns eigentlich, dass die Grundlagendokumente (nicht nur für die spezialisierte Palliative Care) bis Ende 2015 finalisiert sind. Diese müssen dann natürlich regelmässig überarbeitet werden (ev. kommen noch einige wenige mehr dazu). Dies wäre dann Aufgabe von palliative ch, welche diese dann zur Verabschiedung der Steuergruppe vorlegt.

#### *4a) Wie soll der Teilnehmerkreis des Advisory Boards aussehen?*

Der Teilnehmerkreis sollte sehr breit gefasst sein, aber es ist natürlich auch eine Frage der Machbarkeit. Wenn man einmal im Jahr eine Tagung macht, im Sinne einer Generalversammlung Palliative Care, dann kann man sich durchaus einen grossen Teilnehmerkreis vorstellen.

Die Bundesämter wie BSV oder SBFI sollten themenspezifisch für die Arbeiten der Steuergruppe beigezogen werden. Sie müssen also nicht fixer Teil des Advisory Board sein. Wichtig ist, dass dort die Leistungserbringerseite einbezogen ist. Vor allem auch, damit man sich nicht gegenseitig konkurrenziert. Alle Organisationen, die sich im Bereich Palliative Care engagieren, sollten voneinander wissen und aufeinander abgestimmt sein.

Das Advisory Board soll als Hearing Organ fungieren. Zudem sollte einmal im Jahr ein Informationsaustausch stattfinden und die Leute sollten auch punktuell und gezielt in die Arbeit der Steuergruppe einbezogen werden.

Bsp.: Wir haben einen guten Austausch mit der Krebsliga und wurden auch einbezogen in die nationale Krebsstrategie. Anders sieht es aus mit Demenz und Alzheimer. Hier haben wir sehr wenig Kontakt. Wären sie ins Advisory Board eingebunden, könnte man sich kennenlernen und zusammenarbeiten. Wichtig ist auch, dass die verschiedenen Strategien aufeinander abgestimmt werden.

#### *4b) Wie soll der Teilnehmerkreis der Steuergruppe aussehen?*

Tendenziell nehmen an den Plattformen sehr interessierte Leute aus den Kantonen / Ämtern teil, aber sie haben wenig zu sagen. Idealerweise hat man die Möglichkeit das Thema direkt im Dialog zu platzieren.

Wir kranken daran, dass das Generalsekretariat GDK je nach Kanton unterschiedlich bewertet wird, wie viel das zu sagen hat. Ideal wäre, wenn Herr Jordi bei den Kantonen eine starke Stimme hat und die Beschlüsse der Steuergruppe, dann an die Gesundheitsdirektoren der Kantone weiterträgt. Dann bräuchte es in der Steuergruppe nicht 26 Kantonsvertreter.

Eine Schwierigkeit besteht darin, dass die Informationen immer komplexer werden, und wenn in der Steuergruppe direkt keine Entscheidungsträger sitzen, dann braucht es jemanden, der die Informationen dann auch korrekt dem Entscheidungsträger überbringt. Gibt es dann Rückfragen an die Delegierte, kann sie eventuell auch nicht Auskunft geben und es kann zu Missverständnissen kommen. Diese sind zwingend zu eliminieren.

Es ist auch eine Frage der behandelten Themen: Strategische Entscheidungen sind Chefsache, für operative Umsetzungsfragen kann auch ein Fachverantwortlicher teilnehmen, wobei eigentlich schon die Meinung ist, dass die Steuergruppe strategische Fragen behandelt.

*4c) Wäre es eine Möglichkeit, dass nur Herr Jordi als Generalsekretär der GDK die Kantone in der Steuergruppe vertritt?*

Nur Herr Jordi ist genauso schwierig, als wenn wir eine Auswahl der Kantone vornehmen. Eine andere Möglichkeit wäre der GDK-Präsident. Aber er müsste sich natürlich dann für das Thema einsetzen und das ist wiederum personenabhängig. Die Informationen werden immer komplexer und ein GDK-Präsident hat ja nicht nur dieses eine Thema. Unser Bedürfnis ist, dass wir ein fixes Umsetzungsthema von Gesundheit2020 sind, dass das Thema Lebensende dort eine obere Priorität hat.

Und wir brauchen sowohl auf Seite GDK als auch auf Seite BAG einen konstanten Ansprechpartner. Am besten jemanden aus der oberen Hierarchie (Sektionsleitung oder Abteilungsleitung), so dass das Thema auf der Agenda präsent bleibt. Wenn man Herrn Jordi in das Gremium einbezieht, müsste man auf der anderen Seite fast Herrn Strupler einbeziehen. Wenn man die Aktivitäten des Bundes bündeln will, dann müssen möglichst Entscheidungsträger sich involvieren.

*5) Wie soll die Finanzierung aussehen?*

Wir sind überzeugt, wenn die Professionalisierung von Palliative Care weiterschreiten soll, dann müssen wir 2015 ein wissenschaftliches Sekretariat / eine Projektleitung einstellen können. Dies ist etwas, was es in anderen Ländern auch gibt. Diese Ressourcen können wir nicht aus den Mitgliederbeiträgen von palliative ch allein zahlen, dazu brauchen wir eine Subvention von Bund und Kantonen für die Übernahme von Bevölkerungsinformationen.

Ein weiteres Bedürfnis wäre, dass wenn palliative ch die nationale Strategie weiterführen würde, dann bräuchten wir einen finanziellen Anschlag.

Es braucht also ein Mandat des Dialogs und ein Leistungsauftrag von BAG an palliative ch. Und ähnliches sollte sich dann auch auf kantonaler Stufe fortsetzen. Wünschenswert wären also Leistungsvereinbarungen der Kantone mit den Sektionen von palliativ ch, so dass alle Sektionen auch arbeiten können, denn die Umsetzung geschieht in den Kantonen.

Wir entwickeln gerade eine neue Strategie und halten darin auch fest, welche Aufgaben wir in Zukunft übernehmen wollen und übernehmen sollen. Daran orientiert machen wir dann ein Budget inkl. Priorisierung. Zum einen geht es dabei um die Überführung des Milizsystems in eine professionelle Organisation und dann geht es um die Übernahme von weiteren Aufgaben unter anderem um eine verstärkte Ausrichtung auf die Bevölkerung. Diese Strategie werden wir dann an verschiedene Stakeholder senden und darauf hinweisen, dass wenn ihnen das eine oder andere Thema daraus am Herzen liegt, dass sie sich mit Ressourcen beteiligen sollen.

Das Budget soll bis Ende 2014 fertig sein. Und bis im Frühling 2015 sollen die wichtigsten Aufgabenfelder konkret definiert sein inklusive Prioritäten.



Und dann geht es darum gemeinsam die Übergangszeit einzuleiten. Wichtig ist, dass es 2016 nicht plötzlich ein Loch gibt, in dem niemand mehr zuständig ist.

Wichtig ist darum vor allem die politische Priorität: wenn es der Gesellschaft und der Politik ein wichtiges Thema ist, dann kümmern wir uns darum. Dies muss die Plattform sicherstellen. Unser Problem ist zurzeit, dass wir unzählige Stunden an Freiwilligenarbeit leisten, die unser Familienleben und unser Berufsleben beeinträchtigt. Das kann so nicht weitergehen. Wir müssen uns professionalisieren und dafür müssen wir die Mittel finden.

Wir brauchen für die Projektphase eine/n wiss. Mitarbeiter/in. Diese/r soll das Projekt ausarbeiten mit Zielen, Aufgaben, Priorisierungen und Budget, so dass Bund und Kantone darüber entscheiden können, was sie unterstützen und was nicht. Da sich palliative.ch von einer Fachorganisation zu einer Betroffenenorganisation erweitern will, wäre sie dann genau gleich zu unterstützen wie eine Krebsliga oder andere.

Unser Vorteil ist, dass wir nah an den Betroffenen dran sind, nah an der Umsetzung und dass wir auch Lobbyarbeit betreiben können, was Bund und Kantone nicht können. Und wenn wir das schaffen, dann können wir in zwei Jahren eine professionelle Organisation sein mit 4-5 Leuten.

Die Steuergruppe, die wir jetzt haben, ist genial, sie ist nur etwas wenig umsetzungsorientiert. Dies könnte behoben werden, wenn die Umsetzung an palliative.ch delegiert werden könnte. Ganz zentral ist, dass es in den Kantonen und bei den Sektionen läuft, denn dann kommt etwas beim Patienten an.

Die Hoffnung ist, dass wir auf nationaler Ebene so viel Power aufbauen können, dass die Bevölkerung sagt: wir wollen das. Und somit auch ihre lokalen bzw. kantonalen Parlamente und Regierungen beeinflussen.

## Selbständigkeitserklärung

„Ich erkläre hiermit, dass ich diese Arbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäss aus Quellen entnommen wurden, habe ich als solche kenntlich gemacht. Mir ist bekannt, dass andernfalls der Senat gemäss dem Gesetz über die Universität zum Entzug des auf Grund dieser Arbeit verliehenen Titels berechtigt ist.“



Wangen bei Olten, den 1. November 2014

Nassima Mehira