

Palliative Care: Sicht Helsana

Referat von Manfred Manser
Vorsitzender der Konzernleitung
Helsana-Gruppe

Gliederung

1. Grundlagen
2. Versorgung mit Palliative Care
3. Finanzierung von Palliative Care
4. Palliative Care und Reform der Pflegefinanzierung
5. Fazit Helsana

1. Grundlagen

Definition Palliative Care

1/2

**Umfassende Behandlung und Betreuung
von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen
oder chronisch fortschreitenden Krankheiten
mit dem Ziel, eine möglichst gute Lebensqualität
bis zum Tode zu ermöglichen**

Quelle: Medizinisch-ethische Richtlinien der Schweiz, Akademie der Mediz. Wissenschaften (SAMW), 2006

Palliative Care ...

2/2

- respektiert das Leben und seine Endlichkeit
- achtet Würde und Autonomie des Patienten
- soll unabhängig vom Lebensalter angeboten werden
- strebt optimale Linderung von belastenden Symptomen wie Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst usw. an
- ermöglicht rehabilitative, diagnostische und therapeutische Massnahmen zur Verbesserung der Lebensqualität

Quelle: Medizinisch-ethische Richtlinien der Schweiz, Akademie der Mediz. Wissenschaften (SAMW), 2006

Kurative Behandlung und Palliative Care ergänzen sich ...

- Keine scharfe Trennlinie zwischen kurativem und palliativem Ansatz
- Ausschlaggebend ist Änderung in der Haltung von Patient und Behandelnden beim Festlegen des Therapiezieles

Missverständnisse

- Alle belastenden Symptome können immer genügend gelindert werden
- Jede lindernde Behandlung ist bereits Palliative Care
- Reduktion auf Sterbebegleitung
- Gleichbedeutend mit Verzicht auf kurative Behandlungsansätze

Überhöhte Erwartungen

- dass der Wunsch nach begleitetem Suizid oder aktiver Sterbehilfe zurücktritt
- dass das Sterben so beeinflusst werden kann, dass es immer zu einem friedlichen Sterben kommt

Gefahren

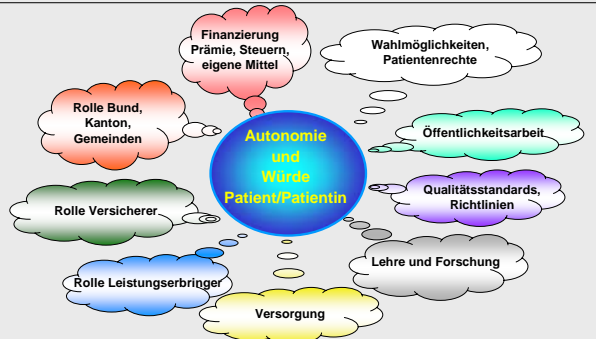
- Beschränkung auf Verschreiben von Opiaten
- Delegation an Spezialisten
- Ersatz von sinnvollen kurativen Optionen

Quelle: Medizinisch-ethische Richtlinien der Schweiz, Akademie der Mediz. Wissenschaften (SAMW), 2006

Forderungen von Helsana zu Palliative Care

- Organisatorische und finanzielle Förderung und Unterstützung durch Bund und Kantone
- Verankerung in Aus- und Fortbildung
- Regelung der Finanzierung
- Integration in bestehende Behandlungs- und Pflegekonzepte
- Information der versicherten Patienten

Wichtigste Aspekte von Palliative Care aus Sicht Helsana



2. Versorgung mit Palliative Care

Unterstützung durch Bund und Kantone ...

- **Bundesverfassung:** Bund und Kantone sind dafür verantwortlich, dass "jede Person die für ihre Gesundheit notwendige Pflege erhält"
- Palliative Care beinhaltet eine Haltungsänderung und eine Spezialisierung: Palliative Care ist notwendig
- Gesundheitswesen in der Kompetenz der Kantone: Ungleichbehandlung in der Versorgung, solange Palliative Care noch nicht überall Standard ist.
- Förderung bestimmter Versorgungsbereiche: Palliative Care gehört zur kantonalen Versorgungspolitik

- **Deutschschweiz (2001)**
37% im Spital
34% Alters- Kranken-, Pflegeheim
23% zu Hause
- 1969-1986: Entwicklung zum institutionellen Sterben
- 1986-2001: Verlagerung des Sterbens innerhalb der Institutionen von den Spitälern weg in die Alters- und Pflegeheime

Zukunft: Trend zum Sterben zu Hause?

- **Behauptung:**
"Es würden viel mehr Menschen zu Hause sterben, wenn eine flächendeckende Versorgung mit Palliative Care bestünde"
- **Fragen:**
 - Wollen wir unter allen Umständen zu Hause sterben?
 - Ist es unter allen Umständen sinnvoll, zu Hause zu sterben?
 - Ist es wirtschaftlich (Kosten / Nutzen, -volkswirtschaftlich) zu Hause zu sterben?
 - Soll das Sterben zu Hause gefördert werden? Durch wen?

Wir wollen entscheiden, wo wir sterben. Also muss Palliative Care in allen Versorgungsbereichen (ambulant, Pflegeheim, Spital) angeboten werden

3. Finanzierung von Palliative Care

- **"Freiburger Manifest, 2001"**
Der Zugang zu Palliative Care muss ohne finanzielle Zusatzleistungen für alle Patienten mit chronischen, unheilbaren Erkrankungen gewährleistet sein

Fragen:

- Darf uns das Sterben mit guter Palliative Care-Versorgung nichts kosten?
- Ist die finanzielle Mitverantwortung der Sterbenden Tabu?

- **SAMW, 2006:**
Grundsätzliches Überdenken der Finanzierung notwendig:
Entscheid für den Verzicht auf kurative Massnahmen zu Gunsten von Palliative Care in aussichtslosen Situationen darf nicht zu einer zusätzlichen finanziellen Belastung führen

Fragen:

- Wer entscheidet über einen Verzicht auf nutzlose, aber finanzierte Leistungen im Tausch gegen palliative, aber nicht finanzierte Leistungen?
- Wann ist es eine "aussichtslose Situation"?
- Was heisst "ohne finanzielle Zusatzleistungen"?

- Generelle Regelung für Substitution kurativer "Pflichtleistungen" durch palliative "Nichtpflichtleistungen" ist nicht möglich: KVG finanziert nur "Pflichtleistungen"
- Dies bedeutet: Krankenversicherer müsste im Einzelfall im Graubereich entscheiden
- Analogie zur Problematik bei off-label-use bei Medikamenten: Krankenversicherer muss dort im Einzelfall über die Finanzierung lebensrettender Therapien entscheiden

Frage:

Soll der Krankenversicherer im Einzelfall über die Finanzierung eines würdigen Sterbens entscheiden?

- **Finanzielle Belastung sterbender Menschen soll kein Tabu sein ...**
- **KVG regelt Pflichtleistungen. Es gibt keine Möglichkeit zur Kompensation zwischen Pflicht- und Nichtpflichtleistungen ...**
- **Helsana will nicht in Einzelfällen über die Finanzierung eines würdigen Sterbens entscheiden müssen ...**

- **De facto "verschwinden" allfällige Kosten für "Nichtpflichtleistungen" in den anrechenbaren Kosten des Spitals und werden über die OKP-Steuer mitfinanziert ...**
- **"Nichtpflichtleistungen": z. B. psychosoziale Betreuung, Nichtpflichtmedikamente, nicht erprobte Verfahren usw...**

- **Je nach Entschädigungsmodell mehr oder weniger differenzierte, aufwandgerechte Finanzierung aus der OKP**
- **Psychosoziale Interventionen (Gespräche mit Angehörigen und Beizug von Fachleuten interdisziplinär) werden heute nicht berücksichtigt**
- **Zusätzliche Kosten für Patienten bei Verlegung aus dem Spital ins Pflegeheim bei nicht subventionierten privaten Organisationen (kein Tarifschutz)**

- **Sicht Leistungserbringer:**
 - **"Spezialisierte" Spitex hat keine höheren Tarife als "reguläre" Spitex**
 - **Hohe Wegkosten bei überregionalem Einsatzgebiet ungenügend finanziert**
 - **Kantonal tätige Organisationen müssen mit den Gemeinden Leistungsverträge zur Finanzierung abschliessen**

Quelle: Palliative Care Netzwerk Zürich, 2006

- **Sicht Patienten:**
 - **Zusätzliche Kosten bei Verlegung aus dem Spital in die Spitex bei nicht subventionierten privaten Organisationen (kein Tarifschutz)**
 - **Wenn kein öffentliches Angebot besteht, müssen die Pflegebedürftigen auf private Anbieter ausweichen**

- **Sicht Helsana**
 - **öffentliches Angebot vorläufig notwendig**
 - **hochspezialisierte Dienste und Konzentration notwendig**
 - **Mitfinanzierung öffentliche Hand, nicht alles zulasten OKP**

4.

Palliative Care und Reform der Pflegefinanzierung

Seite: 26
Titel: Palliative Care.ppt
Referat: Manfred Marsler, Vorsitzender der Koordination

HELSANA
gesunde Ideen

Finanzierungsprinzipien OKP: Ausgangslage

• Grundprinzip OKP:

- Orientierung an Pflichtleistungen und zugelassenen Leistungserbringern
- Unterschiedliche Finanzierungsregeln ambulanter, Spital- und Pflegesektor
- Gleichbehandlung von Versicherten je Sektor
- Gleichbehandlung Palliative Care-Patienten mit anderen Patientengruppen im Pflegesektor

Es besteht keine Diskriminierung von Palliative Care bezüglich Kostenübernahme aus der OKP

Seite: 26
Titel: Palliative Care.ppt
Referat: Manfred Marsler, Vorsitzender der Koordination

HELSANA
gesunde Ideen

Reform der Pflegefinanzierung ...

1/5

- Alle Akteure gehen von einer "Beitragslösung" in der OKP aus ...
- Wieviel bezahlen die Versicherten in Zukunft für nicht durch die OKP gedeckte Pflegeleistungen aus eigenen Mitteln ...?
- **Ständerat:** offen, keine Regelung (Kompetenz bei Kantonen)
- **SGK-N:** max. 20% des höchsten OKP-Beitrages (Rest zahlt Kanton)

Wieviel in Zukunft über Prämien, Steuern und private Mittel finanziert wird, ist Gegenstand der Sommersession im Nationalrat (Zweitrat) ...

Seite: 27
Titel: Palliative Care.ppt
Referat: Manfred Marsler, Vorsitzender der Koordination

HELSANA
gesunde Ideen

Reform der Pflegefinanzierung ...

2/5

- Pflegeverbände fordern Vollkostendeckung der "Akutpflege" aus der OKP ...
- D.h. für Palliative Care: Vollkostendeckung bei "schnellem, akutem" Sterben, Teilkostendeckung bei "langsamen, chronischen" Sterben ...

Palliative Care wird zum finanziell interessanten Geschäftsfeld. Auf akute Fälle spezialisierte, private Institutionen werden aus dem Boden schießen und müssten aus der OKP finanziert werden (Kontrahierungszwang)

Seite: 28
Titel: Palliative Care.ppt
Referat: Manfred Marsler, Vorsitzender der Koordination

HELSANA
gesunde Ideen

Reform der Pflegefinanzierung ...

3/4

- Modell der Pflegeverbände "löst" Versorgungsproblem für die Kantone: Palliative Care wird an die OKP delegiert
- Akutfälle: keine Mitfinanzierung der Versicherten und der öffentlichen Hand

• Folgen:

- Rosinenpicken im Akutbereich (auch bei Palliative Care)
- Mehrkosten OKP durch Preis- und Mengeneffekte
- Anreizbedingte "künstliche" Verlagerungen in den Akutbereich mit verzerrenden Strukturwirkungen
- Verwaltungsaufwand beim Krankenversicherer steigt
- Öffentliche Hand entledigt sich teilweise ihrer Aufgaben in der Versorgung / Finanzierung von Palliative Care

Seite: 29
Titel: Palliative Care.ppt
Referat: Manfred Marsler, Vorsitzender der Koordination

HELSANA
gesunde Ideen

Reform der Pflegefinanzierung ...

4/5

- Helsana fordert Gleichbehandlung der Pflegebedürftigen und eine einfache, konsequente Beitragslösung im Pflegesektor

- Einheitliche, patientenorientierte und nach Pflegebedarf gestaffelte Beiträge aus der OKP
- Keine Diskriminierung von Langzeitfällen gegenüber Akutfällen

Seite: 30
Titel: Palliative Care.ppt
Referat: Manfred Marsler, Vorsitzender der Koordination

HELSANA
gesunde Ideen

- Keine allumfassende Versicherungslösung für die "Akutpflege" notwendig
- Problem der hohen Kostenbeteiligung bei schwer pflegebedürftigen Personen könnte mit einer differenzierten "Beitragslösung" gemildert werden

6. Fazit Helsana

- Palliative Care beinhaltet eine Haltungsänderung und eine Spezialisierung. Palliative Care gehört zur notwendigen Versorgung ...
- Förderung bestimmter Versorgungsbereiche (z. B. ambulante Palliative Care) gehört zur konkreten Ausgestaltung der kantonalen Versorgung ...
- Versorgungspolitik soll nicht durch eine Versicherungslösung ersetzt werden ...

- OKP finanziert "Pflichtleistungen" bei zugelassenen Leistungserbringern ...
- Gleichbehandlung von Palliative Care-Patienten mit anderen Patientengruppen im gleichen Sektor (Spital, Pflege) notwendig ...

- Prüfen der Pflegeleistungen KLV 7 hinsichtlich Bedürfnissen pflegebedürftiger Personen in der Palliativpflege
- Wenn nötig Ergänzung dieses Leistungskataloges
- Überarbeiten der Entschädigungsmodelle in der OKP im Pflegebereich (Berücksichtigung Palliative Care)

- Sterben kann nicht delegiert werden, nicht einmal an die palliative Medizin
- Finanzierung von Palliative Care darf nicht einfach an die OKP delegiert werden
- Finanzielle Belastung sterbender Menschen ist für uns kein Tabu
- Sterben ist aus Sicht des KVG eine Krankheit
- Sterbende sind Kranke, und gleich zu behandeln wie diese