Gesundheitsamt

Thurgau

Palliative Care Thurgau
Umsetzungskonzept

1. November 2010

Impressum

Herausgegeben vom Kanton Thurgau im November 2010

© Departement für Finanzen und Soziales
Gesundheitsamt
8510 Frauenfeld

Druck: Büromaterial-, Lehrmittel- und Drucksachenzentrale
Riedstrasse 7
8510 Frauenfeld
Telefon 052 720 30 50
www.bldz.tg.ch

Foto: Christian Bühler

Vorwort

Eine Repräsentativumfrage des Bundesamtes für Gesundheit aus dem Jahr 2010 hat gezeigt, dass 90 Prozent der Schweizerinnen und Schweizer Palliative Care für notwendig halten. Der Umgang mit der eigenen unheilbaren Krankheit und insbesondere auch die Phase der letzten Lebensmonate ist oft von Ängsten und Unsicherheiten gezeichnet. Abhängigkeit von anderen Menschen, Ratlosigkeit bei vielen Entscheidungen, Beschwerden und Umstellungen im Lebensrhythmus belasten die Menschen. Palliative Care bietet sich in diesen Situationen als ein umfassendes Behandlungs- und Betreuungskonzept an. Zum Grundverständnis von Palliative Care gehört, den Menschen in seinen physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Dimensionen wahrzunehmen. Daraus ergibt sich ein Betreuungsnetz, das dazu beiträgt, eine möglichst hohe Lebensqualität bis zum Lebensende zu erhalten. Es geht darum, den Lebensfaden gleichsam weiter zu spinnen und die Betroffenen und ihre Angehörigen im Leben mit der Krankheit und dem Sterben so zu begleiten, dass sie mit ihren Grenzen möglichst gut leben können.

Ich freue mich, dass aufgrund der Volksinitiative „Ja zu mehr Lebensqualität – ja zur Palliative Care“ innert kurzer Frist das vorliegende Umsetzungskonzept entstanden ist. Bereits in der Ausarbeitung des Konzeptes wurde ein vernetztes Vorgehen gewählt. Die verschiedenen Akteure wurden von Beginn an in die Arbeit miteinbezogen. Das Ergebnis ist ein innovatives, zukunftsgerichtetes Konzept, auf das wir stolz sein dürfen. Es beinhaltet nicht nur die theoretischen Grundlagen, sondern zeigt die praktischen Massnahmen und finanziellen Konsequenzen auf. Der Zeitrahmen für die Umsetzung wird abgesteckt. Mit der Vernetzung der einzelnen Leistungserbringer wird es möglich sein, die verschiedenen Kompetenzen und Ressourcen im Dienste des unheilbar kranken Menschen zu mobilisieren und die Kontinuität der Betreuung und Behandlung zu verbessern. Ein gut funktionierendes Versorgungsnetzwerk ist wichtiger als viele einzelne Angebote.

Mit diesem Konzept wird Palliative Care auch in der Öffentlichkeit sichtbar. Es trägt dazu bei, eine Veränderung in der Einstellung der Bevölkerung dieser bedeutenden Thematik gegenüber zu bewirken. Für die Umsetzung wünsche ich allen Beteiligten den langen Atem, der dafür notwendig ist.

Regierungsrat
Bernhard Koch
Chef Departement für Finanzen und Soziales

Inhaltsverzeichnis

1 Ausgangslage ... 3
1.1 Auftrag ... 3
1.2 Grundlagen ... 3
1.3 Handlungsbedarf gemäss Studie der FHS St. Gallen ... 5

2 Massnahmen zur Umsetzung der Palliative Care ... 6

3 Leistungserbringung durch die dezentralen Grundversorger ... 8
3.1 Kernteam der dezentralen Grundversorger ... 8
3.2 Hausärztinnen und Hausärzte ... 9
3.3 Spitex ... 10
3.4 Pflegeheime ... 11
3.5 Ergänzende Dienste ... 13
3.5.1 Thurgauische Krebsliga ... 13
3.5.2 Lungenliga Thurgau ... 14
3.5.3 Psychologisches und soziales Beratungsangebot ... 15
3.5.4 Ambulanter Hospizdienst Thurgau ... 16
3.5.5 Hospizwohnung, Hospiz ... 17
3.5.6 Seelsorge, spirituelle Begleitung ... 17

4 Palliativstation ... 19

5 Palliative Plus (mobiles Spezialistenteam) ... 23
5.1 Gesamtkosten Palliativstation und Palliative Plus ... **26**

6 Bedürfnis- und bedarfsgerechte Fort- und Weiterbildung ... 27
6.1 Grundsätze der Fort- und Weiterbildung ... 27
6.2 Fort- und Weiterbildungsbedarf ... 27
6.2.1 Fort- und Weiterbildung dezentrale Grundversorgung ... 28
6.2.2 Fort- und Weiterbildung Spezialisierte Einheiten (Palliativstation und Palliative Plus) ... 30
6.3 Kosten Aus-, Fort- und Weiterbildung ... 31

7 Zusammenarbeit und Kommunikation ... 32
7.1 Zusammenarbeit und Koordination ... 32
7.2 Kommunikation Angebote Palliative Care Thurgau ... 32

8 Realisierung von Palliative Care Kanton Thurgau ... 33
8.1 Termine ... 33
8.2 Kosten/Finanzierung ... 34
8.3 Reporting und Controlling ... 35

Anhang

A. Erforderliche Massnahmen im Bereich dezentrale Grundversorgun

Kernteam Ärztin oder Arzt/Pflegefachperson; Hausärztinnen und Hausärzte; Spitex; Pflegeheime

B. Ergänzende Dienstleistungsangebote:
Thurgauische Krebsliga; Lungenliga Thurgau; Seelsorge; Konzept Seelsorge im Rahmen von Palliative Care

C. Konzepte

1 Ausgangslage

1.1 Auftrag

Am 25. März 2009 hat der Thurgauer Grosse Rat die kantonale Volksinitiative „Ja zu mehr Lebensqualität – ja zur Palliative Care“ angenommen und damit den Anspruch auf Palliative Care in das kantonale Gesundheitsgesetz (GG; 810.1) aufzunehmen. Die neue Bestimmung lautet:

§ 33i: Unheilbar kranke und sterbende Menschen haben Anrecht auf angemessene Behandlung und Betreuung mittels medizinisch, pflegerischer und begleitender Palliativmassnahmen, wenn eine kurative Behandlung als aussichtslos erscheint.

Den Angehörigen und den Bezugspersonen wird eine würdevolle Sterbebegleitung und ein würdevolles Abschiednehmen von der verstorbenen Person ermöglicht.

Um dem gesetzlichen Auftrag nachzukommen, wurde am 20. Juli 2009 eine Arbeitsgruppe bestehend aus Leistungserbringern, Gemeinden und Kanton sowie Fachexperten der Palliative Care beauftragt, ein Umsetzungskonzept zuhanden des Regierungsrates zu erarbeiten. Das Konzept soll die Auswirkungen der Gesetzesnovelle aufzeigen und konkrete Massnahmen beschreiben, wie der Initiativauftrag erfüllt werden kann.

1.2 Grundlagen

Die Statistik zeigt, dass die Lebenserwartung in unserer Gesellschaft ständig steigt. Durch Fortschritte in der Gesundheitsversorgung, besserer Ernährung und Hygienebedingungen werden die Menschen in der Schweiz doppelt so alt wie noch vor 100 Jahren. Mit der immer höher werdenden Lebenserwartung nimmt der Anteil an multimorbiden, chronisch- und schwerkranken Menschen zu. Damit verändern sich die Ansprüche und Anforderungen an eine professionelle Betreuung und Begleitung in der letzten Lebensphase.

Palliative Care, noch vor Jahren ein Nischenthema, ist in den letzten Jahren ins Zentrum der gesundheitspolitischen Diskussion gerückt. Auf nationaler Ebene wurde am 23. Oktober 2008 ein Nationales Fördergremium „Palliative Care“ eingesetzt[1]. Bundesrat und Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) verabschiedeten im Oktober 2009 die „Nationale Strategie Palliative Care 2010-2012“. Darauf basierend wurden am 21. Oktober 2010 nationale Leitlinien für Palliative Care verabschiedet. Diese sollen das gemeinsame Verständnis dafür, was unter Palliative Care zu verstehen ist, fördern.

Auch im Kanton Thurgau soll das Konzept Palliative Care im umfassenden Sinn umgesetzt werden. Das bedeutet, dass Palliative Care bei allen Krankheiten ohne

[1] Weitere Ausführungen dazu: www.bag.admin.ch/themen/medizin und www.palliative.ch

Heilungsaussicht und in Situationen mit unklarer Heilungsaussicht integriert wird, und zwar:

- vertikal: unabhängig vom Lebensalter durch alle Altersgruppen;
- horizontal: durch alle Bereiche der Medizin und Pflege;
- vernetzt: unter Zusammenarbeit von Ärztinnen und Ärzten, Pflegefachpersonen, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern, Therapeutinnen und Therapeuten, Seelsorgerinnen und Seelsorgern, Angehörigen und Freiwilligen;
- im Rahmen der zu Hause geleisteten Pflege genauso wie in stationären Einrichtungen.

Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) (2006) gibt in ihren medizinisch-ethischen Richtlinien folgende Definition von Palliative Care:

„Unter Palliative Care wird eine umfassende Behandlung und Betreuung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen oder chronisch fortschreitenden Krankheiten verstanden. Ihr Ziel ist es, den Patientinnen und Patienten eine möglichst gute Lebensqualität bis zum Tod zu ermöglichen. Dabei soll Leiden optimal gelindert und entsprechend den Wünschen der Patientin oder des Patienten, auch soziale, seelisch-geistige und religiös-spirituelle Aspekte berücksichtigt werden. Qualitativ hochstehende Palliative Care ist auf professionelle Kenntnisse und Arbeitsweisen angewiesen und erfolgt soweit möglich an dem Ort, den die Patientin oder der Patient sich wünscht. Ihr Schwerpunkt liegt in der Zeit, in der Sterben und Tod absehbar werden, doch ist es oft sinnvoll, Palliative Care vorausschauend und frühzeitig, eventuell parallel zu kurativen Massnahmen einzusetzen.“

Die Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege & Begleitung *(palliative.ch)* sieht eine der Hauptaufgaben von Palliative Care in der Vorausplanung und in der Vermeidung von Notfällen. In der Praxis haben sich vier funktionale Hauptziele etabliert:

- Selbsthilfe: Empowerment der Selbsthilfe in der Symptombehandlung
- Selbstbestimmung: selbstgesteuerte Entscheidungsfindungen
- Sicherheit: Aufbau eines Sicherheitsnetzes
- Support: Unterstützungssysteme für die Familie

Zum Grundverständnis von Palliative Care gehört auch, den Menschen in seiner Ganzheit zu begreifen. Nach WHO-Definition wird der Mensch als biologisches, psychologisches, soziales und spirituelles Wesen begriffen. Das menschliche Leben ist immer auf die vier Richtungen

1. zu seinem Körper (bio),
2. zu seinen Gefühlen (psycho),
3. zu seinen Mitmenschen (sozio) und
4. zu der Natur (spirituell)

bezogen.

Das gilt auch für das Sterben, das Loslassen des Lebens.

Die konkreten Massnahmen umfassen deshalb immer alle vier Dimensionen:

- **Körperliche Dimension**
  Systematische, regelmässige und kontinuierliche Erfassung und Behandlung körperlicher Symptome.

- **Psychische Dimension**
  Systematische Erfassung psychischer Stressoren der Patientin oder des Patienten sowie der betreuenden Angehörigen. Stabilisierung und Förderung der Bewältigungsressourcen.

- **Soziale Dimension**
  Stärkung der sozialen Netzwerke, Klärung von sozialversicherungsrechtlichen Angelegenheiten und soziale Absicherung.

- **Spirituelle Dimension**
  Offenheit und Respekt gegenüber existenziellen und spirituellen Fragen. Erkennen und Ansprechen von spirituellen Bedürfnissen, vorhandene Angebote aufzeigen.

1.3 Handlungsbedarf gemäss Studie der FHS St. Gallen

Aus dem Schlussbericht der FHS St. Gallen, welcher im Auftrag des Gesundheitsamtes Thurgau Ende 2008 erstellt wurde, lässt sich folgender Handlungsbedarf zur Professionalisierung des Angebotes einer Palliative Care im Thurgau ableiten:

Strukturen erarbeiten:
- Flächendeckendes Angebot im stationären und ambulanten Bereich
- Verbesserung Koordination und Kooperation intern/extern
- 24-Stunden-Abdeckung (inkl. Zugang zu Informationen)
- Erteilung der entsprechenden Leistungsaufträge
- Formalisierung in den einzelnen Institutionen

Fort- und Weiterbildung zum Thema Palliative Care:
- Wissensvermittlung und Kompetenzerweiterung in der Pflege und der Ärzteschaft

Vernetzung der verschiedenen Berufsgruppen im stationären und ambulanten Bereich:
- Erarbeitung eines übergeordneten kantonalen Kooperationskonzeptes

2 Massnahmen zur Umsetzung der Palliative Care

Um den Gesetzesauftrag zu erfüllen, soll im Kanton Thurgau in Kombination von Palliativstation und mobilem Palliative Care-Team mit den Hausärztinnen und -ärzten und bestehenden Organisationen des Gesundheitswesens, die umfassende Betreuung der betroffenen Menschen in einer hohen Qualität sichergestellt werden.

Grundsätzlich bezieht jedes Angebot die vier Ziele Selbsthilfe, Selbstbestimmung, Sicherheit und Support sowie die vier Dimensionen körperlich, psychisch, sozial und spirituell verbindlich in seine Konzepte mit ein.

In der psychischen Dimension werden insbesondere die Bewältigungsressourcen stabilisiert und gefördert. Regelmässige Gespräche mit Patientinnen und Patienten und Angehörigen gehören zum Standard. Psychologische und psychotherapeutische Angebote werden miteinbezogen.

In der sozialen Dimension wird der aktuellen Lebenssituation Aufmerksamkeit geschenkt. Lokale Hilfsangebote und die Zusammenarbeit mit Organisationen der Freiwilligenarbeit werden aktiv gesucht. Dabei ist auch den kulturspezifischen Aspekten der notwendige Stellenwert beizumessen.

In der spirituellen Dimension ist zu berücksichtigen, dass die persönliche Spiritualität oft eine Glaubensdimension enthält, die religionsunabhängig sein kann. Wichtig sind das Erkennen und das Ansprechen von spirituellen Bedürfnissen sowie der Zugang zu adäquaten Angeboten verschiedener Fachpersonen.

Als Ziel gilt, dass jede Organisation Palliative Care betriebsintern mit einem angepassten Konzept formalisiert hat (siehe Anhang).

Konkret werden im Kanton Thurgau folgende Massnahmen umgesetzt:

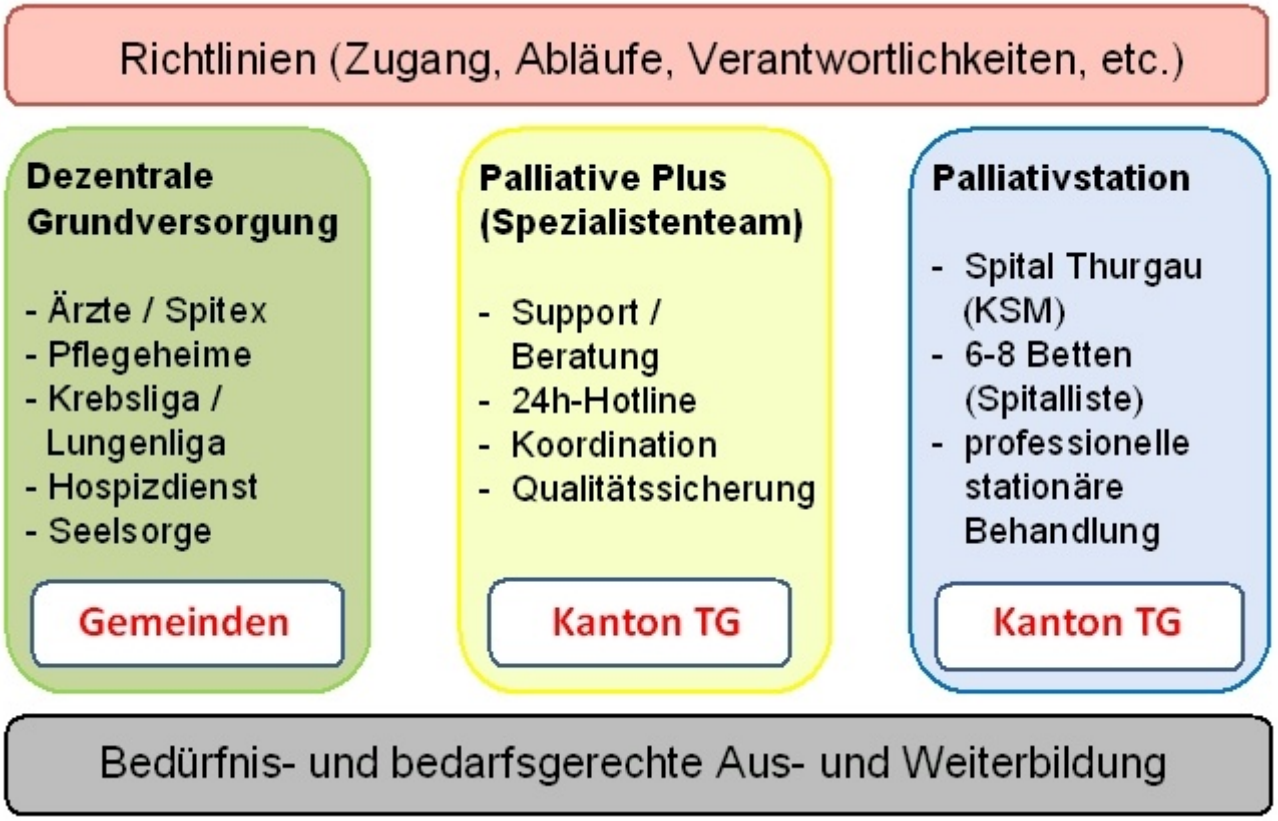
1. Die **dezentrale wohnortsnahe Grundversorgung** durch Hausärztinnen und Hausärzte, Spitex und Pflegeheime sowie ergänzende Dienste.

2. Eine **zentrale stationäre Einheit (Palliativstation)** für die effiziente und professionelle Versorgung von Patientinnen und Patienten in palliativen Situationen.

3. Ein **interprofessionelles mobiles Spezialistenteam (Palliative Plus),** gebildet aus Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Palliativstation und weiteren Fachleuten zur Beratung und Unterstützung des Betreuungsteams.

4. Ärztinnen und Ärzte und Pflegefachpersonen verfügen über eine ihrer Funktion entsprechende **Ausbildung** in Palliative Care. Eine **kontinuierliche Fort- und Weiterbildung** aller mit Palliative Care betrauten Fachpersonen ist sichergestellt.

5. Die **Zusammenarbeit und Koordination** zwischen den verschiedenen Partnern sowie Abläufe und Verantwortlichkeiten an den Schnittstellen sind durch **allgemeinverbindliche Regelungen** geklärt.



Eine detaillierte Zusammenstellung zeigt den Sollzustand der einzelnen Bereiche auf und weist summarisch auf die notwendigen Massnahmen hin.
Eine tabellarische Übersicht über Massnahmen, Zuständigkeit, Termine und Kosten findet sich im Anhang zu diesem Umsetzungskonzept.

Über **gezielte Öffentlichkeitsarbeit und direkte Beratung und Information** werden die Angebote der Palliative Care den Betroffenen und ihnen nahestehende Personen zugänglich gemacht.

3 Leistungserbringung durch die dezentralen Grundversorger

3.1 Kernteam der dezentralen Grundversorger

Der kranke Mensch soll auch in der letzten Lebensphase primär in seinem gewohnten Umfeld durch die dezentralen Grundversorger behandelt und betreut werden. Palliative Care ist kein Luxusangebot, sondern interprofessionelle Teamarbeit mit einem flexiblen und qualitativ hochstehenden, flächendeckenden Angebot von optimal vernetzten Partnern. Die wohnortnahe Behandlung und Betreuung soll durch ein Kernteam erfolgen. Für den Betroffenen und seine Angehörigen ist das Kernteam immer die erste Anlaufstelle.

Das Kernteam besteht mindestens aus einer Ärztin oder einem Arzt (in der Regel Hausärztin oder Hausarzt) und einer diplomierten Pflegefachperson (Bezugspflegefachperson der Spitex, des Pflegeheims, der Krebsliga, der Lungenliga, weitere). Dem Kernteam können weitere Fachpersonen aus den Bereichen Psychologie, Sozialarbeit, Seelsorge, Physiotherapie, Ergotherapie, Ernährungsberatung oder andere Professionen angehören. Die jeweiligen Rollen und Aufgaben des Kernteams und der weiteren Fachpersonen sind dabei zu klären. Die Teammitglieder stehen in engem Kontakt miteinander. Sie tauschen diagnostische, therapeutische und pflegerische Gesichtspunkte aus, legen gemeinsam kurz- und mittelfristige Ziele fest und dokumentieren diese. Für die interdisziplinäre Besprechung, Evaluation und Fehleranalyse sind Zeiten, Orte und Prozesse definiert. Es besteht zudem die Möglichkeit einer externen
(Team-)Supervision, welche dem Umgang der Teammitglieder mit Sterben und Tod besondere Aufmerksamkeit widmet.

Damit die Kontinuität der Behandlung und Betreuung gewährleistet ist, sind Koordination und Vernetzung zwischen den Fachpersonen und den Versorgungseinheiten zentral. Die Koordination betrifft auch Therapien wie Physio-, Ergo-, Psychoonkologie, die Palliativstation, Palliative Plus oder unterstützende Bereiche wie Krebsliga, Lungenliga, Freiwillige des Hospizdienstes, Fahrdienst, Entlastungsdienst für pflegende Angehörige etc.

Anzustrebender **Soll-Zustand** bezüglich **Kernteam:**

- Rollen, Aufgaben, Verantwortlichkeiten sind in jedem einzelnen Fall geklärt, so dass die vier Ziele (Selbsthilfe, Selbstbestimmung, Sicherheit, Support) in den vier Dimensionen (körperlich, psychisch, sozial, spirituell) konkretisiert und erfüllt sind.
- Koordinierte Beratung und Information des Betroffenen und der nahestehenden Personen zu den Angeboten der Palliative Care in jeder (neuen) Lebensphase.
- Interdisziplinäre Besprechung, Evaluation und Fehleranalyse finden fallbezogen statt.
- Externe Supervision ist gewährleistet.

- Koordination und Vernetzung des Kernteams mit:
  - Palliativstation
  - Palliative Plus
  - Ergänzenden Diensten
  - Therapiebereichen
- Im Einverständnis des Betroffenen:
  Führung und Nutzung einer gemeinsamen elektronischen Patientenakte.

Massnahmen
Die Thurgauische Ärztegesellschaft erstellt in Zusammenarbeit mit dem Spitexverband Muster für Verantwortlichkeitsvereinbarungen. Die Kosten werden von den Verbänden übernommen.

3.2 Hausärztinnen und Hausärzte

Die Grundversorger (Hausärztinnen und -ärzte) und die jeweiligen Spezialisten bekommen ihren Auftrag von der Patientin oder dem Patienten und ihren resp. seinen Angehörigen. Da sie keinem eigentlichen Leistungsauftrag des Kantons verpflichtet sind, können sie lediglich aufgefordert werden, § 33i des Gesundheitsgesetzes im Sinne dieses Konzeptes Rechnung zu tragen. Die Leistungen werden - im Rahmen der vorgegebenen Tarife - von den Krankenversicherern finanziert.

Anzustrebender **Soll-Zustand** bezüglich **Hausärztinnen und Hausärzte:**

- Jede Hausärztin und jeder Hausarzt verfügt über die grundlegenden Kenntnisse in Palliative Care.
- Die Hausärztinnen und Hausärzte kennen das Angebot von Palliative Plus. Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten sind geklärt.
- Die Zusammenarbeit zwischen Spitex und Hausärztinnen und Hausärzten ist im Sinn des Kernteams geklärt und geregelt: Eine Vereinbarung zwischen der Thurgauer Ärztegesellschaft und dem Spitex Verband Thurgau definiert die Grundsätze der Zusammenarbeit, so dass Massnahmen zur Erreichung der vier Ziele in allen vier Dimensionen geklärt sind (konkret z. B. Erreichbarkeit, schriftliche Verordnungen, Standardinformation, Abklärung vorhandener Ressourcen, Koordination zusätzlicher Ressourcen).
- Bei Zusammenarbeit mehrerer Partner ist die Fallführung/Case Management im Einzelfall bestimmt. Allgemeine Grundsätze zur Zuständigkeit bei Case Management sind geregelt und allgemein bekannt. Zuständigkeit, Auslegeordnung und Absprachen erfolgen in der Regel an einem Runden Tisch mit allen Beteiligten.

Massnahmen
Im Zentrum steht vor allem die gezielte Fort- und Weiterbildung der einzelnen Ärztinnen und Ärzte. Der Kanton leistet während der Einführungsphase Beiträge an die Weiterbildung bis Niveau B1, die den SwissEduc-Richtlinien von palliative.ch entsprechen. Dazu übernimmt der Kanton in dieser Zeit die Kosten für Referenten in den Qualitätszirkeln zum Thema Palliative Care. Für die Leistungserbringer ergibt sich ein allfälliger Mehraufwand durch das Case Management, sofern dieser nicht durch Tarif der Krankenversicherer gedeckt ist.

3.3 Spitex

Der Spitex kommt in der ambulanten Grundversorgung eine Schlüsselfunktion zu. Aufgrund der Leistungsvereinbarung mit den Gemeinden hat sie als Auftragnehmerin eine Versorgungspflicht. Palliative Care zählt zu den Leistungen der Grundversorgung, auf die gemäss Gesundheitsgesetz ein gesetzlicher Anspruch besteht. Die Spitex ist deshalb verpflichtet, für eine flächendeckende Abdeckung des Kantons mit Palliative Care im Bereich der ambulanten Pflege zu sorgen.

Anzustrebender **Soll-Zustand** bezüglich **Spitex:**

- Es besteht ein umfassender gesetzlicher Versorgungsauftrag (inkl. Palliative Care)
- Die Finanzierung der nicht von den Krankenversicherern getragenen Kosten ist verbindlich geregelt
- Jede Spitexorganisation hat ein Palliative Care-Konzept erarbeitet
- Jede Spitexorganisation ist mit der Palliative Care-Haltung vertraut
- Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Spitexorganisationen verfügen im Bereich Palliative Care über folgenden Ausbildungsstand (Präzisierungen dazu in Abschnitt 6.2.1):
  - Jede Spitexorganisation verfügt über eine ausgebildete Fachperson Palliative Care (inkl. Stellvertretung) mit entsprechenden Stellenprozenten. Diese hat mindestens Niveau B1 gemäss palliative.ch (entspricht 10-tägigem Grundkurs) absolviert
  - Die übrigen Berufsangehörigen in der Pflege haben einen Grundkurs auf Niveau A2 besucht. Je nach Grösse der Organisation umfasst die Anzahl für eine flächendeckende Abdeckung dabei mindestens 3 - 7 Pflegefachpersonen
  - Pflegehelferinnen und -helfer und übrige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Hilfe und Pflege verfügen über einen anerkannten Kurs entsprechend Niveau A1
- Um Koordination und Vernetzung zu gewährleisten, sind zusätzlich erforderliche Personalressourcen vorhanden
- Bedarfsgerechte Erreichbarkeit (wenn nötig rund um die Uhr) ist organisiert und gegen aussen deklariert
- Zusammenarbeit zwischen Spitex und Hausärztinnen und Hausärzten ist geklärt und geregelt: Grundsätze der Zusammenarbeit sind in einer Vereinbarung zwischen der Thurgauer Ärztegesellschaft und dem Spitex Verband Thurgau schriftlich festgehalten (siehe unter Kernteam und Hausärztinnen und Hausärzte)
- Zusammenarbeit mit anderen Partnern im Sinne des erweiterten Kernteams findet statt:
  - Zusammenarbeitspartner z. B. Psychologinnen und Psychologen, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Seelsorgerinnen und Seelsorger, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberater oder andere Berufe sind in jedem konkreten Fall schriftlich fixiert
  - Regelmässige Zusammenarbeit für körperliche, psychische, soziale, spirituelle Aspekte ist formalisiert
  - Abläufe zur Fallführung (Case Management) sind geklärt und institutionalisiert
  - Ein schriftliches Gesprächsprotokoll ist institutionalisiert und eingeführt

- Palliative Care ist in der Öffentlichkeit thematisiert sowie in die Öffentlichkeitsarbeit der Spitexorganisation integriert

Massnahmen
Die Spitexorganisationen sind auf verschiedenen Ebenen gefordert. Gezielte Mitarbeiterinnen- und Mitarbeiterschulungen gewährleisten die qualitative Umsetzung des Konzeptes. Es werden Stellenpläne angepasst werden müssen.

Der Kanton wird während der Einführungszeit Beiträge an Fort- und Weiterbildung leisten. Voraussetzung ist ein zu genehmigender konkreter Zeitplan für die Umsetzung. Dessen Genehmigung setzt voraus, dass RAI/HC eingeführt und die Auflagen des letzten Aufsichtsbesuches erfüllt sind. Für die Gemeinden wird ein Mehraufwand für Koordination/Case Management und 24h-Bereitschaft entstehen. Für Klientinnen und Klienten entstehen Betreuungs- bzw. Pflegekosten, sofern sie über die KVG-Bestimmungen hinausgehen.

3.4 Pflegeheime

Palliative Care gehört zu den Kernaufgaben der Pflegeheime. Die Umsetzung der Palliative Care ist somit zur „Chefsache“ zu erklären. Jeder stationär pflegebedürftige Mensch soll in seiner Region mindestens zu einem Pflegeheim Zugang haben, das Palliative Care umfassend umgesetzt hat. Curaviva und Caritas haben dazu Qualitätskriterien in Form der „Palliative Care-Qualitätskriterien in Alters- und Pflegeinstitutionen“ erarbeitet. Zudem haben Pflegeheime die Möglichkeit, sich bei palliative.ch zertifizieren zu lassen.

Anzustrebender **Soll-Zustand** bezüglich **Pflegeheime:**

- Eine Mehrheit der Pflegeheime hat ein Grundlagenkonzept zur integrierten Palliative Care erarbeitet
- Palliative Care ist in mindestens 25 % der Thurgauer Heime durch ein internes Konzept etabliert und zertifiziert
- Die Palliative Care-Haltung ist in allen Heimen etabliert: Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verfügen über die der Funktion entsprechenden grundlegenden Kompetenzen
- Zentrale Angebote für die gezielte interne Fortbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes sind sichergestellt
- Eine Mehrheit der Pflegeheime verfügt pro 30 Bewohnerinnen und Bewohner mindestens über eine Pflegefachperson HF mit Fortbildung auf Niveau B1 sowie eine Mitarbeiterin oder einen Mitarbeiter auf Niveau A2. Zertifizierte Heime erfüllen die Bedingungen pro 20 Bewohnerinnen und Bewohner
- Bedarfsgerechte Verfügbarkeit einer Pflegefachperson der Tertiärstufe vor Ort (wenn nötig rund um die Uhr) ist gewährleistet
- Symptommanagement: Jedes Heim verfügt über forschungsgestützte Pflegequalitätsstandards oder Handlungsanweisungen zu den häufigsten störenden Symptomen

- Überbetriebliche Vernetzung: Eine ERFA-Gruppe der Palliative Care-Verantwortlichen der Heime sorgt für Vernetzung zu Themen der Pflegeentwicklung und Qualitätssicherung im Kanton Thurgau. Für die Koordination ist CURAVIVA Thurgau verantwortlich
- Die von der Palliativstation definierten Aufnahme- und Verlegungskriterien werden in allen Heimen angewendet, und Verlegungen sind dokumentiert

Heime, welche die Zertifizierung in Palliative Care anstreben, verfügen zusätzlich über (siehe Kriterien von palliativ.ch)**:**

- ein Grundlagenkonzept zur integrierten Palliative Care
- ein aktives und geleitetes internes Palliative Care-Team (Mindestqualifikation der Leitung Palliative Care-Team Niveau B2, zusätzlich mindestens eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter mit Kurs Niveau B1
- eine vor Ort anwesende Pflegefachperson der Tertiärstufe während 24 Stunden an 365 Tagen

  Aufgaben:
  - Spezialisierung im Fachgebiet
  - Ansprechpersonen für Fragen aus der Pflegepraxis
  - Koordination der interprofessionellen Zusammenarbeit
  - Sicherstellung, dass die vier Aspekte Selbsthilfe, Selbstbestimmung, Sicherheit, Support in den Dimensionen körperlich, psychisch, sozial, spirituell konkretisiert und daraus abgeleitete Massnahmen umgesetzt sind (siehe Qualitätskriterien palliativ.ch)
  - Vorbildfunktion vor Ort

- Jedes Heim arbeitet im Bereich Palliative Care mit einer Ärztin oder einem Arzt mit vertieften Kenntnissen in Palliative Care (mindestens Level B1, wünschenswert Level B2) zusammen. Idealerweise ist das der Heimärztin oder der Heimarzt.

Massnahmen

Die Erarbeitung betriebsinterner Konzepte erfordert entsprechende Projektleitungen. Damit die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über die geforderten Kenntnisse verfügen, entsteht ein grosser Schulungsbedarf. Die Entwicklung von Pflegestandards und die überbetriebliche Vernetzung erfordern personelle Ressourcen mit entsprechender Qualifikation.

Der Kanton leistet während der Einführungsphase Beiträge an Fort- und Weiterbildungen. Voraussetzung ist ein vorgängig zu genehmigender konkreter Zeitplan für die Umsetzung im Pflegeheim. Dessen Genehmigung setzt voraus, dass die Auflagen des letzten Aufsichtsbesuches erfüllt sind. Sofern der Pflegeaufwand über die Finanzierung gemäss KVG hinausgeht, entstehen für die Pflegeheime Mehrkosten.

Bis 2014 soll die Möglichkeit geprüft werden, einem oder mehreren regionalen Pflegeheimen einen Leistungsauftrag für ein spezialisiertes Angebot für jüngere chronisch und unheilbar Erkrankte zu erteilen.

3.5 Ergänzende Dienste

Ergänzend zu den Leistungen der dezentralen Grundversorger stellen verschiedene Institutionen und Organisationen ihre spezialisierten Dienstleistungen im Rahmen der Palliative Care zur Verfügung. Zur Optimierung der Versorgung und Betreuung der Palliativ-Patientinnen und -patienten sind einerseits die Zusammenarbeit mit den Grundversorgern zu formalisieren und die Schnittstellen zu standardisieren, andererseits sind die Angebote noch besser bekannt zu machen.

3.5.1 Thurgauische Krebsliga

Eine Mehrheit der Menschen mit palliativem Behandlungs- und Betreuungsbedarf sind onkologische Patientinnen und Patienten. Die Dienstleistungen der Thurgauischen Krebsliga haben deshalb einen hohen Stellenwert. Seit 2003 bietet die Krebsliga einen Beratungs-, Begleitungs-, Koordinations- und delegierten Pflegedienst im Bereich Palliative Care an. Gemäss Statuten steht dieses Angebot ausschliesslich Krebspatientinnen und -patienten zu.

Die Thurgauische Krebsliga verfügt über speziell ausgebildetes Pflegefachpersonal. Ergänzend zu Palliative Care bietet die Krebsliga weitere Dienstleistungen für die Betreuung schwer kranker Menschen, z. B. die psychosoziale Beratung.

Für die Palliative Care relevanten Dienstleistungen der Thurgauischen Krebsliga:

- Information der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen über unterstützende Dienstleistungsangebote, Beratung der Betroffenen und der Angehörigen in sich wechselnden Krankheitssituationen (kontinuierlicher Prozess)
- Koordination der Aufgaben der verschiedenen beteiligten Organisationen und Institutionen, Schnittstellen-Management, Festlegen des Case- und Care-Managements
- Bedarfsabklärung für optimale Betreuung, Beteiligung an der Pflegeplanung.
- Unterstützung bei spezifischen pflegerischen Interventionen
- Betreuung und Begleitung von Betroffenen und deren Angehörigen in Zusammenarbeit mit Pflegefachpersonen
- Spezialisiertes Weiterbildungsangebot

Im Weiteren stellt die Thurgauische Krebsliga Patientinnen und Patienten die Hospizwohnung im Alterszentrum Weinfelden zur Verfügung.

Eine detaillierte Übersicht über das Dienstleistungsangebot der Thurgauischen Krebsliga findet sich im Anhang und unter www.tgkl.ch.

Massnahmen/Optimierungsbedarf

- Konzept für Vernetzung und Schnittstellen mit Partnern
- Integration Fachpersonen der Krebsliga in das Spezialistenteam von Palliative Plus (gemeinsamer Dienst, Leistungsauftrag für Palliative Plus an Spital Thurgau AG). Die Kooperationsvereinbarung der Spital Thurgau AG mit der Thurgauischen Krebsliga regelt die Zusammenarbeit und Finanzierung im Bereich Palliative Plus.

Kosten

Zu Lasten Kanton/Gemeinden:	Keine
Zu Lasten Leistungserbringer:	Soweit die Dienstleistungen der Thurgauischen Krebsliga nicht als KVG-pflichtige Leistungen verrechnet werden können, gehen sie zulasten des Vereins. Der Verein finanziert seine Tätigkeit aus Spenden.

3.5.2 Lungenliga Thurgau

Die Lungenliga als gemeinnützige Organisation setzt sich im Auftrag von Bund und Kanton für Lungen- und Tuberkulosekranke ein, sensibilisiert die Bevölkerung auf Schadstoffe in der Luft und begleitet ausstiegswillige Raucherinnen und Raucher auf ihrem Weg zum Nichtrauchen. Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD) wird bald die dritthäufigste Todesursache sein. Die Erkrankung kann nur durch palliativ unterstützende Massnahmen gelindert werden.
Das fachspezifisch ausgebildete Pflegepersonal der Lungenliga Thurgau ist kompetent, atembehinderte Personen zu beraten und begleiten. Ergänzend zu Palliative Care bietet die Lungenliga Thurgau weitere Dienstleistungen für die Betreuung schwerkranker Menschen an, z. B. psychosoziale Beratung.

Für Palliative Care relevante Dienstleistungen der Lungenliga Thurgau:
- Beratung und Begleitung von lungenkranken Menschen und ihren Angehörigen.
- Abgabe von Atemhilfsgeräten auf ärztliche Verordnung (Inhalations-, Sauerstoff-, Schlafapnoe-, Absauggeräte und Ultraschallvernebler)
- Kompetenzzentrum Tuberkulose: Ansprechpartner für Fragen rund um Tuberkulose, Koordination und Durchführung von Umgebungsuntersuchungen, Abgabe von Informationsmaterial und Broschüren, Überwachung der regelmässigen Medikamenteneinnahme
- Pikettdienst während 24 Stunden an 365 Tagen
- Sozialberatung für Menschen mit Atemwegserkrankungen
- Fachspezifische Schulung und Weiterbildung

Massnahmen/Optimierungsbedarf
- Konzept für Vernetzung und Schnittstellen mit Partnern, insbesondere mit der Palliativstation und Palliative Plus

Kosten

Zu Lasten Kanton/Gemeinden:	Keine
Zu Lasten Leistungserbringer:	Soweit die Dienstleistungen der Lungenliga nicht als KVG-pflichtige Leistungen verrechnet werden können, gehen sie zulasten der Lungenliga TG. Die Lungenliga TG finanziert diese Tätigkeit aus Spenden

Eine detaillierte Übersicht über das Dienstleistungsangebot der Lungenliga Thurgau findet sich im Anhang und unter www.lung.ch/de/thurgau.

3.5.3 Psychologisches und soziales Beratungsangebot

Eine frühzeitige, vorausschauende Begleitung schafft die nötige Vertrauensgrundlage, um existenzielle Fragen zu klären. Psychologinnen und Psychologen, Psycho-Onkologinnen und -onkologen, Psychiaterinnen und Psychiater, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Familienberatung etc. ermöglichen ein breites psychologisches und soziales Beratungsangebot. Im Krankheitsverlauf wird die Unterstützung angepasst, angemessen und prozessorientiert angeboten. Der ressourcen- und systemorientierte Ansatz der Psychologie und Sozialarbeit bietet eine hilfreiche Unterstützung der interdisziplinären Teamarbeit.

Die spezialisierten Beratungsstellen, Fachärztinnen und Fachärzte und Psychologinnen und Psychologen bieten für Menschen mit unheilbaren Krankheiten und speziell in palliativen Situationen exemplarisch folgende Unterstützungsmöglichkeiten an:

- Krankheitsverarbeitung: Emotionale, kognitive und handlungsbezogene Reaktionen der Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen stärken, damit Verarbeitungsstrategien und/oder neue Handlungsmöglichkeiten entstehen
- Lernen mit der Krankheit zu leben: Wissenslücken zur Krankheit angemessen schliessen und mögliche Folgen für das Alltagsleben besprechen mit persönlicher Stärkung
- Netzwerkarbeit zur Stärkung des informellen und formellen Hilfsnetzes: Professionelle Hilfen mit den persönlichen Stärken und den Umweltressourcen der Patientin oder des Patienten und ihres resp. seines sozialen Netzes verbinden
- Beistand geben in sozialen Notlagen wie Verlust der autonomen Lebensführung/-praxis, z. B. bei Heimeintritt oder beim Sterbeprozess, Verlust der Lebensqualität, Verlust der Arbeitsstelle, Vermittlung von weiteren Beratungsstellen nach einem Spitalaufenthalt, Beratung über Versorgungsmöglichkeiten bei Pflegebedürftigkeit, Vermittlung von Heimplätzen, Haushaltshilfen etc.
- Sozialrechtliche Beratung**:** Beratung in verschiedenen Gebieten des Sozialrechts, die für die wirtschaftliche Situation relevant sind: z. B. Krankentaggeld, Unfalltaggeld, ALV-Taggeld, Krankenversicherung, IV, EL oder ergänzende Sozialhilfe
- Trauerbegleitung der Angehörigen und nahestehender Personen

Leistungserbringer exemplarisch:
Niedergelassene Psychologinnen und Psychologen und Psychiaterinnen und Psychiater, Externe Psychiatrische Dienste Thurgau Frauenfeld, Münsterlingen, Romanshorn und Sirnach, Jugend-, Ehe-, Familien- und Lebensberatung TG, Erziehungs- und Familienberatung Bezirk Arbon, Ehe- und Familienberatung Kreuzlingen, Perspektive Thurgau, Pro Infirmis, Pro Senectute, Sozialdienste der Gemeinden, Vormundschaftsbehörden (ab 2013 Erwachsenenschutzbehörden), Sozialdienste Spital Thurgau AG.

Die Angebote stehen auch nahestehenden Personen offen, da diese in der Krankheitsphase und/oder nach dem Tod stark belastet sind.

Massnahmen/Optimierungsbedarf

- Formalisierte Vernetzung mit den Spitexorganisationen, Pflegeheimen, Palliativstation, Palliative Plus und weiteren Angeboten der Palliative Care, damit der Beizug und die Nutzung der Ressourcen gewährleistet sind (z. B. Initiieren durch Angehörige und Organisationen)
- Psychische, soziale und finanzielle Dimension am Runden Tisch thematisieren

Kosten

Zu Lasten Kanton:	Mitfinanzierung Leistungen gemäss erteilten Aufträgen.
Klientinnen und Klienten:	Gemäss Tariflisten, soweit nicht über (Kranken-) Versicherungen gedeckt.

3.5.4 Ambulanter Hospizdienst Thurgau

Der Ambulante Hospizdienst, eine Dienstleistung des Vereins Hospizdienst Thurgau, versteht sich als Ergänzung zur professionellen Betreuung und Begleitung von schwerkranken und sterbenden Menschen. Der freiwillige Dienst ist kostenlos und wird im ganzen Kanton angeboten.

Angebot

- Stundenweise Präsenz bei der Patientin oder dem Patienten am Tag/in der Nacht zu Hause bzw. in Pflege- und Behindertenheimen sowie weiteren Institutionen zur Entlastung der Angehörigen und Pflegenden
- Unterstützung von Angehörigen
- Trauerbegleitung/Angebote für Trauernde

Die Leistungen des Ambulanten Hospizdienstes werden durch Freiwillige erbracht. Die Dienste und die Struktur (Geschäftsstelle) sind noch im Aufbau. Ziel ist ein flächendeckendes unentgeltliches Angebot im ganzen Kanton. Die Finanzierung erfolgt weitgehend durch Spenden. Für die Geschäftsstelle ist eine gesicherte Grundfinanzierung erforderlich.

Massnahmen/Optimierungsbedarf

- Professionell besetzte Geschäftsstelle zur Organisation der Einsätze und Fortbildung der Freiwilligen sowie koordinierter Öffentlichkeitsarbeit. Die Grundfinanzierung ist durch eine Leistungsvereinbarung zu sichern
- Rekrutierung von zusätzlichen Freiwilligen
- Generelle Regelung der Zusammenarbeit mit Partnern: Abläufe, Informationsfluss
- Schweizweite Koordination der Hospizdienste resp. übergeordneter Zusammenschluss, um Beiträge des Bundesamtes für Sozialversicherungen für die Freiwilligenarbeit zu erhalten

Kosten

Zu Lasten Kanton:	Beitrag an Grundfinanzierung der Geschäftsstelle mit Leistungsvereinbarung. Pauschale Finanzierung der Kurskosten von Bildungsveranstaltungen für Freiwillige, wie Einführung, Impulstage, Intervisionsabende und für die Geschäftsleitung.

Zu Lasten Leistungserbringer:	Leistungen durch Freiwillige. Finanzierung der Spesen, Fortbildungen, Supervision etc. durch Spenden, Mitgliederbeiträge und Beiträge der beiden Landeskirchen.

3.5.5 Hospizwohnung, Hospiz

Im Pflegezentrum Weinfelden stellt die Thurgauische Krebsliga für Krebspatienten eine Hospizwohnung zur Verfügung. Zurzeit wird dieses Angebot als genügend erachtet.

Zurzeit ist im Kanton Thurgau kein Sterbehospiz vorgesehen. Dieser Bedarf ist nach der ersten Umsetzungsphase dieses Konzeptes, nach 2014, nochmals zu evaluieren.

3.5.6 Seelsorge, spirituelle Begleitung

Im Rahmen von Palliative Care hat jede Patientin und jeder Patient Anrecht auf Seelsorge, ebenso deren Angehörige. Sie erfolgt auf Wunsch der Betroffenen. Wichtig ist, dass das Angebot der Seelsorge auf unkomplizierte Art und Weise alle Menschen erreicht und bei Bedarf jederzeit im Verlauf des Prozesses angefordert werden kann. Träger der Seelsorge in Palliative Care sind die beiden Landeskirchen in ökumenischer Zusammenarbeit. Andere Religionsgemeinschaften organisieren und finanzieren die Seelsorge und spirituelle Begleitung selbstständig.

Die beiden Landeskirchen bieten folgende Dienstleistungen an:
- Persönliche Seelsorgegespräche vor Ort
- Angebot von Gebeten, Segnungen, Ritualen und Sakramenten
- Aufarbeitung lebensgeschichtlicher Fragen
- Stärkung der seelischen und religiösen Ressourcen
- Unterstützende Begleitung von Angehörigen
- Unterstützende Begleitung von allen in die Betreuung involvierten Personen
- Trauerbegleitung

Das Konzeptpapier „Seelsorge im Rahmen von Palliative Care“ mit detaillierteren Aussagen findet sich im Anhang. Kontaktstellen im konkreten Fall sind die Ortspfarrämter, die Teil des Palliative Care-Netzwerks sein sollen. Das Angebot wird umgesetzt von den Seelsorgerinnen und Seelsorgern und, wenn vorhanden, seelsorglichen Besuchsdiensten in Zusammenarbeit mit den anderen an der Palliative Care Beteiligten.

Massnahmen/Optimierungsbedarf
- Formalisierte Vernetzung mit den Spitexorganisationen, Pflegeheimen, der Palliativstation, Palliative Plus und weiteren Angeboten der Palliative Care, damit der Beizug und die Nutzung der Ressourcen der Seelsorge gewährleistet sind (z. B. Aufbieten durch Angehörige und Organisationen).
- Thematisierung von spirituellen Anliegen an Runden Tischen.

Kosten

Zu Lasten Kanton/Gemeinden:	Keine
Zu Lasten Leistungserbringer:	Die Leistungen werden von Seelsorgerinnen und Seelsorgern der Kirchgemeinden der beiden Landeskirchen erbracht und von diesen finanziert. Andere Religionsgemeinschaften finanzieren ihre Angebote selbst.

4 Palliativstation

Definition
Die Palliativstation ist eine stationäre Einheit, die während 24 Stunden an 365 Tagen offen steht und auf die Akutversorgung von Palliativpatientinnen und -patienten spezialisiert ist. Ein spezialisiertes, interprofessionell arbeitendes Palliativ-Team kümmert sich mit einem ganzheitlichen Ansatz um die Patientinnen und Patienten und um deren Angehörige. Sie ist sehr gut vernetzt und in das Fallmanagement mit den nachstationären Versorgungsstrukturen organisatorisch eingebunden.

Aufgrund der für den Kanton Thurgau festgelegten notwendigen Anzahl Betten (acht) macht es aus betrieblichen, organisatorischen und aus Qualitätsgründen Sinn, eine Station an einem Standort zu realisieren. In der Spital Thurgau AG drängt sich das Kantonsspital Münsterlingen (KSM) als günstiger Standort auf. Patientinnen und Patienten aus anderen Regionen des Kantons sind in das KSM zu leiten, sofern eine stationäre palliative Behandlung erforderlich und von den Betroffenen und deren Angehörigen gewünscht, respektive unterstützt wird.

Der Schwerpunkt der Palliativstation (im Akutspital) liegt nicht in der Langzeitbehandlung, sondern vielmehr in der Stabilisierung einer Situation, in Massnahmen zur Symptomkontrolle oder –linderung und in der koordinierten Planung zur Entlassung nach Hause oder in eine nachfolgende Versorgungsstruktur. Ziel ist es, möglichst vielen Patientinnen und Patienten den Aufenthalt im persönlichen Umfeld zu ermöglichen.

Zielgruppe
Erwachsene Menschen mit fortgeschrittenem, unheilbarem Leiden jeglicher Diagnose, die auf eine akutstationäre Behandlung angewiesen sind. Dies in erster Linie, weil sie eine instabile Krankheitssituation aufweisen, eine komplexe Behandlung bzw. die Stabilisierung von schwer belastenden Symptomen benötigen oder der schlechte Allgemeinzustand intensive Unterstützung erfordert. Kinder in palliativen Situationen werden in der Pädiatrie im KSM behandelt.

Aufgaben/Schwerpunkte der Leistungen
- Klärung der Prioritäten, unter Einbezug der diagnosebezogenen Fachspezialisten
- Durchführung einer zur Problemlösung notwendigen Diagnostik
- Neuevaluation mit Schmerzeinstellung bei chronischen Schmerzen
- Massnahmen zur Symptomkontrolle und -linderung; Ziel: bestmögliche Lebensqualität
- Stabilisierung und ggf. koordinierte Planung bei der Entlassung nach Hause oder in eine andere nachfolgende Versorgungsstruktur
- Planung und Ermöglichung einer terminalen Betreuung, Begleitung im Sterbeprozess
- Psychologische Betreuung und psychosoziale Situationsbewältigung mit der Patientin oder dem Patienten und deren Angehörigen
- Qualitätssicherung/-entwicklung: z. B. mittelfristige Planung für Angebote zur Trauerbegleitung

Infrastruktur

- Acht Betten, als Einheit integriert in eine medizinische Station
- Wohnliche kleine Zimmer (1 - 2 Personen) mit Übernachtungsmöglichkeit
- Technische Ausstattung in den Patientenzimmern (O2, Vakuum etc.) bzw. auf der Station (Schmerzpumpen, Perfusoren, Badewannenlift etc.)
- Räumlichkeiten für Besprechungen
- Verabschiedungsraum
- Aufenthaltsbereich für Angehörige

Geschätzter Aufwand für Anpassungen der Infrastruktur

Für die Integration der acht Betten in eine bestehende Medizinische Station sind gewisse Anpassungen der Infrastruktur notwendig. Der Aufwand bezieht sich insbesondere auf technische Anpassungen, wohnliche Ausstattung der Zimmer, Einrichten von Besprechungszimmern, Anpassungen der sanitären Anlagen (Badezimmer).

Der geschätzte **Investitionsaufwand beträgt rund Fr. 240'000.--** (Initiale Kosten).

Personalausstattung und Personalqualifikation

Der Gesamtpersonalbedarf für den Betrieb der Palliativstation mit acht Betten, angeschlossen an eine Medizinische Station, beträgt:

Leitende Ärztin oder Arzt/ Oberärztin oder Oberarzt (Palliativmediziner):	0.15 Vollzeitstelle (VZ-Stelle) je Bett
Ärztliches Personal (Tagdienst):	0.15 VZ-Stelle je Bett
Dipl. Pflegepersonal:	1.2 VZ-Stelle je Bett
Pflegehelferinnen und -helfer:	Zusätzlich 20 % des Pflegepersonals
Psychotherapeutinnen und -therapeuten:	0.125 VZ-Stelle je Bett oder 6 Wochenstunden je Patient oder Patientin.
Sozialarbeiterinnen und -arbeiter:	0.125 VZ-Stelle je Bett oder 6 Wochenstunden je Patient oder Patientin
Physiotherapeutinnen und -therapeuten:	0.125 VZ-Stelle je Bett oder 6 Wochenstunden je Patient oder Patientin
Ergo-, Musik-, Logotherapeutinnen und -therapeuten sowie Diätassistentinnen und -assistenten:	0.2 VZ-Stelle je Bett
Seelsorgerinnen und Seelsorger verschiedener Konfessionen:	0.2 VZ-Stelle je Bett
Freiwillige und Ehrenamtliche mit Koordinationsperson:	0.2 VZ-Stelle je Bett, davon 0.1 VZ-Stelle pro Bett über die „Normalstation“ hinaus

Verminderter Auslastungsgrad in der Palliativstation
Die acht Betten in der Palliativstation werden – über das ganze Jahr gesehen – nicht die normalen Auslastungen einer Station erreichen (Kleinstation, welche per se nicht tragfähig ist, typische Schwankungen in der Zuweisung). Deshalb ist optimistisch mit 75 % Auslastung anstelle der typischen 92 % in den Akutspitälern der Spital Thurgau AG zu rechnen. Die Differenz von 17 % ist eine reine Vorhalteleistung, welche durch die Tarife von Krankenversicherungen und Kanton nicht in den Standard-Leistungen eingerechnet sind. Dieser Auslastungsunterschied ist sowohl beim Pflegepersonal, wie auch in den Infrastrukturleistungen extra aufzurechnen (total 2.4 VZ-Stellen Pflege, Fr. 180'000.-- pro Jahr nicht gedeckte Infrastrukturkosten), da Infrastrukturkosten als auch Personalkosten durch die kurzfristigen hohen Auslastungsschwankungen als Fixkosten zu betrachten sind.

Spitalliste Kanton Thurgau
Palliative Care im stationären Bereich ist zu wesentlichen Teilen ein neu zu schaffendes Angebot. Da das Angebot neu und anders gelagert ist, muss es separat auf der Spitalliste des Kantons TG ausgewiesen werden.

Palliative Care in den übrigen Stationen der Kantonsspitäler Münsterlingen und Frauenfeld
Nicht jeder Mensch in einer palliativen Situation bedarf im Spital der Betreuung auf der Palliativstation. Die Versorgung der Palliativ-Patientinnen und -patienten, die in Stationen der Akutmedizin, vereinzelt auch in der Frauenklinik und der Chirurgischen Kliniken (KSM und KSF) gepflegt werden, erfolgt unterstützt durch Palliative Plus.

Palliative Care soll auf allen Stationen der Spital Thurgau AG nach den nationalen Leitlinien der Palliative Care sichergestellt werden. Die Stationen engagieren sich für eine optimale Vernetzung und die patientenorientierte Durchlässigkeit aller Versorgungsstrukturen (Akutsomatische Stationen, spitalexterne Strukturen, Palliativstation und Palliative Plus).

Zusätzlicher Personalbedarf Palliative Care auf den übrigen Stationen der Kantonsspitäler Münsterlingen und Frauenfeld
Zur Erreichung der politisch geforderten Behandlungsqualität müssen auch die Teams ausserhalb der Palliativstation personell verstärkt und entsprechend geschult werden. Der Bedarf liegt bei zusätzlichen Pflegepersonen für die Medizinische, Chirurgische und Gynäkologische Klinik (Aufstockung um 0.02 Vollzeit-Stellen je Bett auf neu 0.92 Vollzeit-Stellen je Bett).

Umsetzung Palliativstation
- Der Kanton erteilt der Spital Thurgau AG den Leistungsauftrag für den ganzen Kanton Thurgau für die stationäre Akut-Versorgung in Palliative Care.
- Für die effiziente und professionelle Versorgung von Patientinnen und Patienten in akuten palliativen Situationen insbesondere bei instabilen Krankheitssituationen oder komplexen Behandlungen bzw. zur Stabilisierung von bestehenden Symptomen baut die Spital Thurgau AG eine definierte stationäre Einheit auf. Das entspricht auch dem Kernanliegen der Initiative.

- Die Palliativstation wird als Einheit gestaltet und in eine Medizinische Station im Kantonsspital Münsterlingen integriert. Es handelt sich somit um eine (Teil-) Station, welche einer anderen Station in der Medizinischen Klinik angegliedert ist. Sie umfasst vorerst acht Planbetten. Aufgrund der grossen zu erwartenden Bedarfsschwankungen ist der Anteil an Vorhalteleistungen in dieser Station deutlich grösser als im Gesamtspital.
- Die Palliativstation wird separat auf der Spitalliste ausgewiesen, um dem speziellen politischen Auftrag und dem Charakter der Station angemessen Rechnung tragen zu können.
- Der Start der Palliativstation ist für Januar 2011 vorgesehen. Für 2010 werden die notwendigen Investitionen in die Infrastruktur anfallen. Das entsprechende Personal wird auf Anfang Oktober gesucht und per Januar 2011 auf den Sollbestand für acht Betten bzw. für Palliativ Plus aufgestockt.

5 Palliative Plus (mobiles Spezialistenteam)

Definition
Ein spezialisiertes, interprofessionelles Team, das sich in erster Linie an das Betreuungsteam richtet, beratend und anleitend tätig ist und Erfahrungen in den Aufgaben der Palliative Care anbietet. Das Team Palliative Plus ist eine wichtige Ergänzung zur Palliativstation und ermöglicht, betroffene Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen auch ausserhalb der Palliativstation professionell zu betreuen.

Zielgruppe
Behandlungs- und Betreuungspersonen von Menschen mit fortgeschrittenem, unheilbarem Leiden

- in allen Kliniken der Spital Thurgau AG
- ausserhalb der Klinik:
  - niedergelassene Ärztinnen und Ärzte
  - Fachpersonen in der Spitex
  - Fachpersonen in Pflegeheimen, Behindertenheimen, Klein-Heimen und (Pflege-) Wohngruppen
  - Fachpersonen von weiteren spezialisierten Diensten wie Krebsliga, Lungenliga etc.
  - Fachpersonen aus öffentlichen und privaten Spitälern im Kanton ohne Leistungsauftrag in Palliative Care
  - Nicht-Fachpersonen, wie Hospizdienst, Betroffene und Angehörige nach Absprache mit dem involvierten Betreuungsteam

Aufgaben/Schwerpunkte der Leistungen

- 24h-Helpline für Zielgruppe
  - Telefonische Beratung bei praktischen Fragen zu komplexen palliativen Situationen aller Art
- Fachlicher Support und Unterstützung bei komplexen Pflegesituationen vor Ort (Ärztin oder Arzt und Pflegepersonal)
  - Bei Bedarf in kurzfristiger Absprache (gleichentags), jedoch kein Notfalldienst
  - Ziel: Anleitung, keine Ausführung von Behandlungspflege (nur in Ausnahmefällen)
- Anleitung und Beratung in komplexen Fachfragen, speziellen Therapiemassnahmen, neuen technischen Verrichtungen
  - Einzelfallbezogen, prospektiv
  - Ziel: vorausschauende Planung der palliativen Pflege
- Medikamentöse Verordnungen in speziellen Situationen, das heisst nur in Ausnahmefällen
  - Priorität liegt bei der Hausärztin oder dem Hausarzt, keine Verordnungen durch Ärztin oder Arzt von Palliative Plus „hinter dem Rücken“ der Hausärztin oder des Hausarztes
  - Klare Regeln festlegen, wann und unter welchen Voraussetzungen Verordnung durch Ärztin oder Arzt von Palliative Plus
- Konsiliardienst, Anleitung und Beratung mit dem Ziel Behandlungsqualität und -kontinuität zu unterstützen

- Supervision, interprofessionelle Fallbesprechung, Schulung der benötigten Kompetenzen etc.
- Koordination der Schnittstellen:
    - intern: z. B. von kurativ zu palliativ
    - extern: z. B. zwischen ambulant und stationär
- Definition von vereinfachten Ein- und Austrittsprozessen für palliative Patientinnen und Patienten (z. B. nicht über Notfallstation)
- Erstellen von Guide-Lines für Koordination und Zusammenarbeit in Absprache mit den Partnern
- Koordinative Unterstützung im Aufbau „Palliative Care Spital Thurgau AG - TG“ bis alles „rund“ läuft
- Weiterbildungsangebote zu spezifischen Fragen und Themen.

Koordination der Schnittstellen und Organisation der Zusammenarbeit
- Palliative Plus soll von allen Partnern angefordert werden können, aber immer unter Information der übrigen Beteiligten.
- Situationsgerechte Absprache mit den Beteiligten (z. B. runder Tisch)
- Regelungen für Runden Tisch
    - Organisation in der Regel durch jene Person, welche über die meisten Informationen verfügt (Fallführung)
    - Leitung und Koordination durch qualifizierte Fachperson
        - Beizug Palliative Plus bei Bedarf
        - Bei besonderem Bedarf Leitung Runder Tisch durch Palliative Plus
- Zentrale, für alle Beteiligten zugängliche Krankengeschichte/Patientendokumentation
    - Gemeinsame Plattform durch Spital Thurgau AG
    - Geschützter Zugriff
- Kommunikation unter den Beteiligten
    - Informationsaustausch per Mail möglich mit geschütztem Datenaustausch
- Koordination und Zusammenarbeit mit spezialisierten Diensten:
    - Krebsliga: Integration in Team Palliative Plus (gemeinsamer Dienst, Leistungsauftrag für Palliative Plus an Spital Thurgau AG))
    - Lungenliga: punktueller Beizug als Fachspezialisten (wie bisher)

Informationsstelle
Palliative Plus steht an der Schnittstelle von stationären und dezentralen Angeboten, kennt die Bedürfnisse und die Dienstleistungen am Besten und ist deshalb die geeignete Stelle für umfassende Informationsaufgaben:
- Informations- bzw. Koordinationsstelle für Fragen von betroffenen Personen oder deren Angehörigen. Dabei steht insbesondere die Information oder die Zuweisung zum entsprechend erforderlichen Angebot im Vordergrund
- Informationsstelle für allgemeine Fragen aus der Bevölkerung zu Palliative Care
- Erarbeitung, Umsetzung und Evaluation eines entsprechenden Kommunikationskonzeptes

Die Informationsaufgabe gegenüber betroffenen Personen und ihren Angehörigen sowie der Bevölkerung ist klar zu trennen vom Supportangebot, das sich nur an Fachpersonen richtet.

Personalausstattung und Personalqualifikation

- Stets Ärztin oder Arzt und Pflegefachperson
  - Mit Spezialausbildung in Palliative Care:
    - Ausgebildet nicht nur in Schmerztherapie und nicht nur für onkologische Patientinnen und Patienten, sondern auch Spezialistenwissen verfügbar für Demente, Lungenkranke, Herzkranke und neurologisch Kranke, die in der letzten Phase ihres Lebens stehen
    - Stets aktuell weitergebildet, kennen die aktuellen Trends und neue Therapiemassnahmen
  - Kennen die Unterschiede in der Behandlung sowie die Möglichkeiten im Heim und zu Hause, bringen nicht das Spital „nach Hause“
  - Stehen in der aktuellen Praxis in der Palliativstation:
    - Kennen zum Teil die extern zu pflegenden Personen aus einem Aufenthalt in der Palliativstation
- Verfügbarkeit von Palliative Plus
  - Kein Notfalldienst:
    - Erreichbarkeit jederzeit sichergestellt während 24 Stunden an 365 Tagen
    - Telefonische Anfragen wenn möglich sofort beantworten, allenfalls Rückruf innert 30 Minuten
    - Unterstützung vor Ort nach Absprache innert vier bis acht Stunden
  - Zahl der zu erwartenden Anfragen und Unterstützungsbegehren:
    - Heute sehr schwierig abzuschätzen (Vergleich Brückendienst St. Gallen)
    - Zunehmend aufgrund der zunehmenden Zahl der palliativen Patientinnen und Patienten (Altersstruktur, zunehmendes Bedürfnis nach Palliative Care)
    - Anfangs hoch, dann abnehmend aufgrund der zunehmenden Qualifikation und Erfahrung der pflegenden Personen
  - Stellung von Palliative Plus:
    - Integriert in Palliativstation, Abrufbarkeit jedoch parallel zum Einsatz auf der Palliativstation gewährleistet
    - Kein eigenes stets abrufbares Team, da grosser Aufwand für 24h-Dienst, Bedarf kaum gegeben
- Integration Brückendienst der Krebsliga in das Team Palliative Plus
  - Team Palliative Plus besteht aus:
    - Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Palliativstation (Ärztin oder Arzt und Pflegefachperson mit Ausbildung im Palliative Care)
    - Pflegefachpersonen der Thurgauischen Krebsliga mit Ausbildung in Palliative Care ohne Pflegedienst auf der Palliativstation, jedoch Beteiligung an den Rapporten
  - Einsatz im Team Ärztin oder Arzt und Pflegefachperson oder Pflegefachperson allein, je nach Anforderung und Bedarf:
    - Verbindet hohe ärztliche Kompetenz mit hoher pflegerischer Kompetenz
  - Rasch umsetzbar, Synergien werden sinnvoll genutzt, keine Doppelspurigkeiten, weniger Schwierigkeiten mit der Abgrenzung
  - Leistungsauftrag des Kantons für Palliative Plus allein an die Spital Thurgau AG. Eine Kooperationsvereinbarung der Spital Thurgau AG mit der Krebsliga regelt die Zusammenarbeit und Finanzierung. Palliative Plus stellt sicher, dass die richtig qualifizierte Person die Aufgaben ausführt (z. B. Unterstützung für nicht onkologische Patientinnen und Patienten)

Umsetzung Palliative Plus

- Der Kanton erteilt der Spital Thurgau AG den Leistungsauftrag für den ganzen Kanton Thurgau für die Unterstützung der Grund- und Basisversorger durch ein mobiles Palliative Care-Team (Palliative Plus) und die Bewilligung für alle ambulanten und aufsuchenden Tätigkeiten im Rahmen dieses Angebotes. Die voraussichtliche Inbetriebnahme erfolgt im Januar 2011
- Dieses mobile Spezialistenteam stellt den Support für die Behandlungs- und Betreuungsteams der Grund- und Basisversorgung in Palliative Care sowie den Konsiliardienst sicher
- Das Team betreibt eine 24h-Helpline
- Das Angebot von Palliative Plus steht den dezentralen Leistungserbringern von Anfang an zur Verfügung. In der Anfangsphase ist der Supportbedarf am grössten

Finanzierung

- Die Leistungen von Palliative Plus, soweit es sich um Leistungen handelt, welche nicht von den Krankenversicherern getragen werden, sind für die dezentralen Leistungserbringer unentgeltlich. Die Leistungen werden, soweit akzeptiert, nach TARMED und Neuordnung der Pflegefinanzierung abgerechnet. Der Kanton unterstützt das Angebot darüber hinaus finanziell gemäss Gesamtkostenausweis und jährlichem Reporting.

5.1 Gesamtkosten Palliativstation und Palliative Plus

Die Kosten für die Palliativstation und das Leistungsangebot Palliative Plus sind im Detail nur schwer auseinander zu halten, da die Synergien der beiden Angebote explizit genützt werden sollen. Die totalen Zusatzkosten für die einzelnen Angebote innerhalb des Leistungsauftrages an die Spital Thurgau AG wie vorstehend angegeben, umfassen jeweils eine Schätzung der Aufteilung. Zur besseren Verständlichkeit werden die einzelnen Kosten hier nochmals detaillierter ausgewiesen:

Kostenzusammenstellung Konzept Palliative-Care	**LA/OA**	**Assistenz-arzt**	**Pflegefach-personal**	**Hilfs-personal**	**Psycho-therapie**	**Sozial-dienst**	**Physio-therapie**	**übr.Dienst-leister**	**Total**
Zusatzkosten Palliative-Station*	0.7	0.6	2.4	0.5	1.0	0.6	0.8	0.2	6.8
Mehrpersonal Vorhalteleistung**			2.0	0.4					2.4
Konzept Palliative Plus	1.2	1.3	3.9		1.0	0.2		0.2	7.8
Mehrpersonal Akutstationen			6.0						6.0
Total	1.9	1.9	14.3	0.9	2.0	0.8	0.8	0.4	23.0
Synergie-Gewinne Station/PallPlus	-0.5	-0.7	-		-1.0				-2.2
Netto-Personalbedarf	1.4	1.2	14.3	0.9	1.0	0.8	0.8	0.4	20.8
Brutto-Lohnkosten pro 100%-Stelle	200'000	100'000	85'000	65'000	90'000	85'000	85'000	Pauschal	
Personalkosten	280'000	120'000	1'215'500	58'500	90'000	68'000	68'000	60'000	1'960'000

Schulung gemäss Detailaufstellung	312'000
Zusatz-Vorhalteleistungen Infrastruktur (verminderte Jahresauslastung, ohne Personalkosten)	180'000
Wegentschädigungen etc.	50'000
Zimmer mit Frühstück für Angehörige	100'000
Jährlich wiederkehrende Kosten ab 2011 zulasten Palliative-Care-Konzept Kanton Thurgau	**2'602'000**

Anmerkung: Jährliche Kosten Kantonsanteil gemäss Rahmenkontrakt (fallen wie bisher auch ohne Palliative-Station an)								
	150	Fälle	Ansatz (54% KV-Taxe)		2'750		412'500	
	2'190	Pfl.Tage	Ansatz (54% KV-Taxe)		192		420'480	
	2'190	Pfl.Tage	Anlagennutzung etc.		80		175'200	1'008'180

Kosten im 2010 für Aufbau des Konzeptes:	
Personalkosten	490'000
Schulung/Weiterbildung	183'000
Investitionen	240'000
	913'000

** für qualitativ/quantitativ überdurchschnittliche Betreuungsintensität*

*** für geringere Auslastung/Bereitschaft über Kosten hinaus, welche mit der Fall-/Tagestaxe vergütet werden*

6 Bedürfnis- und bedarfsgerechte Fort- und Weiterbildung

6.1 Grundsätze der Fort- und Weiterbildung

Die in der Palliative Care tätigen Fachpersonen und Freiwilligen verfügen über die erforderlichen stufengerechten Kompetenzen:

- Palliative Care muss fester Bestandteil in der breit angelegten Aus-, Fort- und Weiterbildung sein. Ärztinnen und Ärzte und Pflegefachpersonen müssen entsprechend geschult werden, damit in der medizinischen und pflegerischen Behandlung und Betreuung die psychische, soziale und spirituelle Unterstützung nach umfassenden Grundsätzen der Palliative Care eingeschlossen sind. Im Spital ist die Grund- und Basisversorgung in Palliative Care auf allen Stationen zu stärken.
- Spezielle Kompetenzen sind in der Palliativstation und bei Palliative Plus gefordert, damit dieses Behandlungsteam alle Fachpersonen in und ausserhalb des Spitals in komplexen Situationen der Palliative Care unterstützen kann.
- Freiwillige werden unter Beachtung ihrer jeweiligen Kompetenzen und Aufgaben in die palliative Versorgung einbezogen. Sie sind entsprechend ihren Tätigkeiten in Kursen zu Palliative Care vorzubereiten und kontinuierlich zu begleiten, um ihre Kenntnisse und Fertigkeiten zu verbessern (z. B. Supervision in einer geführten Gruppe).

Personalqualifikation
Die professionelle Palliative Care setzt Kompetenzen bzgl. Symptom Management, in der Entscheidungsfindung, in der Netzwerk-Organisation und in der Unterstützung von Familien voraus. Die Mitglieder eines Palliative-Care-Behandlungsteams verfügen, ihrer Funktion entsprechend, individuell ausgeprägt über die Kompetenzen zur Umsetzung der nationalen Leitlinien in Palliative Care mit folgenden Schwerpunkten:

- eine hohe Fach- und Sozialkompetenz und Erfahrungen in der palliativen Betreuung
- vertiefte Kenntnisse über die Symptombehandlung und -linderung
- Fähigkeiten, den Patienten nach palliativen Grundsätzen ganzheitlich einzuschätzen und zu erfassen
- Erfahrungen und Kenntnisse über angemessene Unterstützungs- und Verarbeitungsstrategien bei Krisen- und in Trauerprozessen
- Erfahrungen im Mitwirken bei ethischen Entscheidungsprozessen
- Wissen zu Betreuungsangeboten und über die Finanzierungsmöglichkeiten
- Ausgeprägte Vernetzungsfähigkeiten

6.2 Fort- und Weiterbildungsbedarf

Der Fortbildungsbedarf in den dezentralen Strukturen und den spezialisierten Betreuungsteams für Fachpersonen orientiert sich an den Swiss-Educ-Ausbildungsniveaus gemäss palliative.ch wie folgt:

Ausbildungsniveaus				
A1	**A2**	**B1**	**B2**	**C**
Personen, die in ihrem Berufsalltag mit hochakuten oder chronischen Situationen am Lebensende konfrontiert sein können, mit Tod, Trauer, Überbringen von schlechten Nachrichten, also mit Situationen, wo Basiswissen- und Fähigkeiten nötig sind.	Berufsfachleute im Gesundheitswesen, die gelegentlich palliative Patientinnen und Patienten und deren Familien begleiten. Diese Fachleute sind in der Grundversorgung tätig.	Sämtliche Berufsgruppen des Gesundheitswesen, die oft mit palliativen Situationen zu tun haben oder diese zum Arbeitsalltag gehören. Diese Fachleute bieten palliative Grundversorgung an.	Berufsfachleute des Gesundheitswesens, die in ihrer Arbeit auf Palliativsituationen ausgerichtet sind (Palliative Care-Teams/ Ressource-Personen: Spitalintern/-extern, Palliative Care-Einrichtungen). Diese Fachleute bieten eine spezialisierte palliative Versorgung an.	Berufsfachleute des Gesundheitswesens, eigentliche Experten, die hochspezialisierte Palliative Care anbieten.

6.2.1 Fort- und Weiterbildung dezentrale Grundversorgung

Ärztinnen und Ärzte
Die Hausärztinnen und Hausärzte decken zusammen mit den Pflegepersonen als Kernteam die Grundversorgung vor Ort ab.

Alle Hausärztinnen und Hausärzte:
Weiterbildung in den Qualitätszirkeln (Schwerpunktthema „Palliative Care“ während eines Jahres).

Zusätzlich je nach Neigung:
Einführungskurs für Ärztinnen und Ärzte (Niveau A2)
Vertiefung in Palliative Care (Niveau B)

Spitex
Die Spitex deckt die Grundversorgung zu Hause ab. In der Hilfe und Pflege zu Hause besteht die spezielle Situation, dass fast ausschliesslich Teilzeitmitarbeiterinnen und -mitarbeiter im Einsatz sind. Zur flächendeckenden Versorgung wird deshalb eine höhere Anzahl ausgebildetes Fachpersonal benötigt.

Kernteam: Alle Spitexorganisationen verfügen über ausgebildetes Pflegefachpersonal in Palliative Care. Dies umfasst im Minimum eine 70 %-Anstellung sowie zusätzlich eine Pflegefachperson mit mind. 40 %-Anstellung als Stellvertretung auf Ausbildungsniveau B1. Die Spitexorganisation verfügt damit über besondere Kenntnisse in diesem Fachbereich.

Spezialisierte Zentren:
Grössere Spitexorganisationen mit einem Einzugsgebiet von über 10‘000 Einwohnern sowie Spitexorganisationen mit einem Schwerpunktangebot in Palliative Care verfügen zusätzlich über eine weitere Fachperson auf Niveau B1 oder über entsprechendes Fachpersonal auf Niveau B2 oder C.

Übrige Berufsgruppen:

Diplomierte Pflegefachpersonen, die Palliative Care-Patientinnen und -patienten und ihre Familien begleiten, verfügen über eine Ausbildung auf Niveau A2. In kleinen Organisationen (bis 5‘000 Einwohner) sind dies mindestens zwei Pflegefachpersonen, in mittleren Organisationen (bis 10‘000 Einwohner) mindestens drei Pflegefachpersonen, in grossen Organisationen (über 10‘000 Einwohner) mindestens vier Pflegefachpersonen.

Pflegehelferinnen und -helfer und übrige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter:

Diese Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, insbesondere im Hilfe- und Betreuungsbereich, verfügen über einen anerkannten Kurs in Sterbebegleitung entsprechend den Swiss-Educ-Richtlinien Niveau A1. In kleinen Organisationen (bis 5'000 Einwohner) sind dies mindestens 3 Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter, in mittleren Organisationen (bis 10'000 Einwohner) mindestens 5 Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter, in grossen Organisationen (über 10'000 Einwohner) mindestens 7 Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter.

Pflegeheime

Die Pflege und Betreuung von Menschen in ihrer letzten Lebensphase gehört zur Kernkompetenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Pflegeheimen. Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verfügen mindestens über einen Einführungskurs in Palliative Care.

Es werden zwei Kategorien von Heimen gebildet:

Heime mit Zertifizierung

Grundlage für die Spezialisierung in Palliative Care ist die Einführung eines Palliative Care-Konzepts, welche die Grundsätze der Palliative Care nachhaltig in den Heimen verankern soll.
Sämtliche Mitarbeitenden aller Bereiche verfügen über eine Basisschulung und ein Grundverständnis in Palliative Care. Die Mitarbeitenden der Pflege verfügen mindestens über einen anerkannten Kurs in Sterbebegleitung auf Niveau A1. Pro 20 Heimbewohnerinnen und -bewohner wird ein Kurs Niveau A2 gefordert sowie pro Heim je eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter mit einem Kurs Niveau B1 und B2, mit der Funktion als interne Palliative Care-Leaderin oder -Leader.

Heime ohne Zertifizierung

Sämtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aller Bereiche verfügen über eine Basisschulung und ein Grundverständnis in Palliative Care.
In der Mehrheit der Heime verfügen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflege mindestens über einen anerkannten Kurs in Sterbebegleitung auf Niveau A1. Pro 30 Heimbewohnerinnen und -bewohner wird ein Kurs Niveau A2 gefordert sowie pro Heim eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter mit einem Kurs B1, mit der Funktion als interne Palliative Care-Leaderin oder -Leader.

Ambulanter Hospizdienst
Alle freiwilligen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben einen Einführungskurs absolviert, weitere Kurse werden angeboten.
Die Geschäftsleitung bildet sich regelmässig in Palliative Care weiter.

6.2.2 Fort- und Weiterbildung Spezialisierte Einheiten (Palliativstation und Palliative Plus)

Interdisziplinäres Team:	Das gesamte interdisziplinäre Behandlungsteam verfügt über Erfahrungen, weiterführende Kenntnisse und Fort- und Weiterbildung gemäss Swiss-Educ-Richtlinien Niveau A. Mind. 60% des Kernteams (Ärztinnen und Ärzte und Pflegefachpersonen) verfügen zusätzlich über besondere Kenntnisse auf dem Gebiet der Palliative Care und über einschlägige Fort- und Weiterbildungen gemäss Swiss-Educ-Richtlinien Niveau B.

Einzelne Personen, insbesondere die Mitglieder der Palliative Plus (Palliativmediziner und Pflegefachpersonen) müssen ein Masterstudium im Bereich Palliative Care absolviert haben gemäss Swiss-Educ-Richtlinien Niveau C.

Pflegehelferinnen und - helfer:	Anerkannter Kurs in Sterbebegleitung wie „Nahe sein in schwerer Zeit“ gemäss Swiss-Educ-Richtlinien Niveau A.
Andere Berufsgruppen:	Dipl. Fachpersonen mit mindestens zwei Jahren Berufserfahrung und mit besonderen Kenntnissen auf dem Gebiet der Palliative Care (mind. 6-monatige Tätigkeit in einem spezialisierten Palliativbereich oder äquivalente Weiterbildung von mind. 24 Stunden (z. B. Grundkurs Palliative Care gemäss Swiss-Educ-Richtlinien Niveau A)).
Freiwillige:	Anerkannter Kurs in „Sterbebegleitung“ bspw. „Nahe sein in schweren Zeiten“ oder Äquivalent Niveau A plus supervidierte Praxisphase in einer Einrichtung der spezialisierten Palliative Care, sofern die Freiwilligen in einer palliativen Einrichtung mitarbeiten bzw. zum Team gehören.
Personalbedarf qualitativ der Grund- und Basisversorgung Gesamtspital (KSM und KSF):	In allen Bereichen sollen ein Teil der Ärztinnen und Ärzte und Pflegefachpersonen über zusätzliche Kenntnisse im Bereich Palliative Care gemäss Swiss-Educ-Richtlinien Niveau A verfügen.

6.3 Kosten Aus-, Fort- und Weiterbildung

Der Kanton unterstützt in der Einführungsphase die Weiterbildungsanstrengungen der Hausärztinnen und Hausärzte sowie von qualifizierten Spitexorganisationen und Pflegeheimen mit Start vor dem 31. Dezember 2014 unter vorgegebenen Bedingungen. Der Hospizdienst wird mit einem pauschalen Kursbeitrag unterstützt.

	Hausärzte											
Fortbildungsziel	Qualitätszirkel (Kurskosten: 4* je 10 Teilnehmer), A2: 55 TN in den nächsten 4 Jahren				Niveau B1: rund 55 Kurse in den nächsten 4 Jahren (30% der Hausärzte)							
Beitrag Kanton*	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014
	80'000.-	80'000.-	80'000.-	80'000.-	124'000.-	124'000.-	124'000.-	124'000.-				
	Spitexorganisationen											
Fortbildungsziel	Niveau A: rund 300 TN in den nächsten 4 Jahren				Niveau B: rund 75 TN in den nächsten 4 Jahren							
Beitrag Kanton*	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014
	156'000.-	156'000.-	156'000.-	156'000.-	112'000.-	112'000.-	112'000.-	112'000.-				
	Pflegeheime											
Fortbildungsziel	Grundkurs und Niveau A2: rund 3‘200 TN in den nächsten 4 Jahren				Niveau B: rund 66 TN in den nächsten 4 Jahren							
Beitrag Kanton*	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014
	453'000.-	453’000.-	453'000.-	453'000.-	101'000.-	102'000.-	102'000.-	102'000.-				

	Hospizdienst								
Freiwillige	Impulstage, Intervisionsabende, Einführungskurse								
Beitrag Kanton: Kurskosten	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019 ff.
	15'000.-	15'000.-	15'000.-	15'000.-	15'000.-	15'000.-	15'000.-	15'000.-	15'000.-

	Palliativstation und Palliative Plus, Grund- und Basisversorgung (KSF und KSM)								
Fortbildungsbedarf	Niveau A: rund 22 Kurse in den nächsten drei Jahren plus 50 Kurse für Grund- und Basisversorgung			Niveau B: rund 15 Kurse in den nächsten drei Jahren			Level C: rund 3 Kurse in den nächsten drei Jahren		
Beitrag Kanton	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
	86'400.-	172'800.-	172'800.-	39'000.-	78'000.-	78'000.-	36'000.-	72'000.-	72'000.-

	Gesamtkosten Fort- und Weiterbildung zulasten Kanton				
Beitrag Kanton	2010	2011	2012	2013	2014
	176'400.-	**1'364'800.-**	**1'364'800.-**	**1'042'000.-**	**1'042'000.-**

Aus-, Fort- und Weiterbildung aufgeteilt auf die Jahre 2010 - 2014, inklusive Anteil Lohnausfall Fortbildungstage zu Lasten Kanton. *Kurskosten plus 50 % Kurs-Arbeitszeit

7 Zusammenarbeit und Kommunikation

7.1 Zusammenarbeit und Koordination

Für die Entwicklung einer koordinierten, integrierten Versorgung von Patientinnen und Patienten in palliativen Situationen ist die gegenseitige Information, Kommunikation und Zusammenarbeit übergeordnet zu koordinieren und zu organisieren. Das ist insbesondere während der Aufbauphase für die Unterstützung einer patientenorientierten Zusammenarbeit der verschiedenen Partner und für die Zusammenführung der Informationen über die Erfahrungen erforderlich und kann im weiteren Verlauf der Betriebsphase als Qualitätskontrolle dienen. Diese übergeordnete Koordination und Kommunikation zu Palliative Care Thurgau erfolgt zwischen den Vertreterinnen und Vertretern der Hausärzte, der Spitex, der Langzeitinstitutionen, der Sozialarbeit, aus der Palliativstation und von Palliative Plus und findet regelmässig statt. Der Aufbau und die Leitung dieser übergeordneten Koordination werden von Palliative Plus übernommen.

Die fallbezogene Koordination und Kommunikation (z. B. Runder Tisch, Gespräche etc.) mit den Behandlungspartnern wird situativ organisiert und kann individuell durch alle Beteiligten initiiert werden. Grundlagen als Rahmenbedingungen dazu werden durch Palliative Plus und durch das Kernteam dezentrale Grundversorgung erarbeitet.

7.2 Kommunikation Angebote Palliative Care Thurgau

Anforderungen an die Kommunikation:

- Die Informationen sind zielgruppenspezifisch aufbereitet und zugänglich.
- Die Information erfolgt mittels einheitlicher Definitionen und Begrifflichkeiten.
- Das Angebot Palliative Care Thurgau bzw. die verschiedenen Angebotsteile (Palliativstation, Palliative Plus etc.) müssen zusammengefasst – z. B. in Form einer Broschüre – beschrieben sein.
- Der Zugang zu den verschiedenen Angeboten muss beschrieben sein (24h-Hotline etc.)
- Mit der Aufgabe als zentrale, allgemeine Informationsstelle zu den Angeboten in Palliative Care im Kanton Thurgau soll Palliative Plus betraut werden.

Die Projektleitung für das Umsetzungskonzept arbeitet ein Kommunikationskonzept aus, in dem diese Anforderungen konkret ausformuliert sind. Palliative Plus leistet die Konzeptarbeit für die Betriebsphase.

Formalisierte, anerkannte Angebote der Palliative Care sind auch im elektronischen Verzeichnis des Thurgauer Sozialwesens unter www.sozialnetz.tg.ch gelistet.

8 Realisierung von Palliative Care Kanton Thurgau

8.1 Termine

Eckpunkt ist die Betriebsaufnahme der Palliativstation im Kantonsspital Münsterlingen. Mit ihrer Inbetriebnahme kann der offizielle Start zur Umsetzung des Konzeptes Palliative Care Thurgau erfolgen. Gleichzeitig sollen ab diesem Zeitpunkt auch die Dienste des Spezialistenteams von Palliative Plus zur Verfügung stehen. Gemäss heutiger Planung soll dies ab 1. Januar 2011 der Fall sein. Daraus ergeben sich für die verschiedenen Elemente des Konzeptes folgende Meilensteine:

Datum	**Palliativstation**	**Palliative Plus**	**Dezentrale Grundversorgung**			
			Hausärzte	**Spitex**	**Pflegeheime**	**ergänzende Dienste**
Juni 2010 November 2010	Auftrag RR, RRB 524, 28. Juni 2010 Anpassung Spitalliste	Auftrag RR, RRB 524, 28. Juni 2010				
August 2010 – Dez. 2010	Planung Realisierung	Rekrutierung Ausbildung				
1. Jan. 2011	**Inbetriebnahme**	**Start Verfügbarkeit**				
Ab 2011				Aufnahme Palliative Care in Spitex-Richtlinien und Leistungsvereinbarung	Aufnahme Palliative Care in Pflegeheim-Richtlinien	
Frühling 2011			Beginn Aus-, Fort- und Weiterbildungen	Beginn Aus-, Fort- und Weiterbildungen	Beginn Aus-, Fort- und Weiterbildungen	Beginn Aus-, Fort- und Weiterbildungen
Ab Frühling 2012	Jährlich: Evaluation durch externe Expertinnen und Experten im Auftrag des Gesundheitsamtes Austauschrunde aller Leistungserbringer					
Bis Ende 2014			Aus-, Fort- und Weiterbildungen vom Kanton mitfinanziert	Aus-, Fort- und Weiterbildungen vom Kanton mitfinanziert	Aus-, Fort- und Weiterbildungen vom Kanton mitfinanziert	
Bis Ende 2014				Frist zur Umsetzung der Vorgaben	Frist zur Umsetzung der Vorgaben. Klärung separate Abteilung für Jüngere	Klärung zusätzl. Hospizwohnung/Hospiz

8.2 Kosten/Finanzierung

Die Mehrkosten zur Umsetzung des Konzeptes Palliative Care Thurgau lassen sich zusammenfassend wie folgt abschätzen und den verschiedenen Trägern der Finanzierung zuordnen:

Kostenposition	**Einmalige Aufbaukosten**	**Jährlich wiederkehrende Kosten***	**Zu finanzieren durch**					
			Kanton		***Gemeinden***		***Dritte/Versicherung***	
			einmalig	wiederkehrend	einmalig	wiederkehrend	einmalig	wiederkehrend
Palliativstation + Palliative Plus**	**913'000.-**	**2'602'000.-**	**913'000.-**	**2'602'000.-**				
Dezentrale Grundversorgung, davon	**6'184'000.-**	**1'380'000.-**	**4'108'000.-**	**230'000.-**	**355'000.-**	**700'000.-**	**1'800'000.-**	**330'000.-**
Hausärzte								
- Fort- Weiterbildung	1'527'000.-	30'000.-	816'000.-				711'000.-	30'000.-
- Mehraufwand Betrieb		300'000.-						300'000.-
Spitex								
- Fort-/ Weiterbildung	1’437'000.-	100'000.-	1’072'000.-		355'000.-	100'000.-		
- Mehraufwand Betrieb		400'000.-				400'000.-		
Pflegeheime								
- Fort-/ Weiterbildung	3’220'000.-		2’220'000.-				1'000'000.-	
- Mehraufwand Betrieb		400'000.-		200'000.-		200'000.-		
Ergänzende Dienste								
- Krebsliga	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
- Lungenliga	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
- Hospizdienst		150'000.-		30'000.			120'000.-	
- Seelsorge	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Total	**7,1 Mio.**	**4,0 Mio.**	**5,0 Mio.**	**2,8 Mio.**	**0,4 Mio.**	**0,7 Mio.**	**1,8 Mio.**	**0,3 Mio.**

* Kostenbasis 2011, Personalkostensteigerungen und Wachstum nicht eingerechnet

** siehe detaillierte Zusammenstellung in Abschnitt 5.1

8.3 Reporting und Controlling

Kennzahlen und Reporting der Spital Thurgau AG
Das Reporting wird im Hinblick auf die Leistungsaufträge an die Listenspitäler ab Einführung der neuen Spitalfinanzierung per 1. Januar 2012 vor Mitte 2011 zwischen der Spital Thurgau AG und dem Kantonsärztlichen Dienst/Gesundheitsamt vereinbart. Es wird folgende Kriterien betreffen:

a) Leistungs- und Qualitätsmerkmale
b) finanzielle und ressourcenorientierte Kennzahlen. Es beinhaltet Soll- und Ist-Werte sowie Zeitreihen (Vorjahresvergleiche)

Controlling
Die Umsetzung des Konzepts Palliative Care Thurgau untersteht als Gesamtprojekt bis zum Rechnungsabschluss 2015 dem Controlling des Regierungsrates.

Die Evaluation und Qualitätskontrolle von Palliative Plus muss noch geplant und organisiert werden. Die Wirksamkeit und Zweckmässigkeit des gesamten Angebotes und der einzelnen Elemente werden regelmässig evaluiert. Für diese Überwachung zuständig ist das Gesundheitsamt des Kantons Thurgau. Ein entsprechender Auftrag geht an eine externe Expertin oder Experten von palliative.ch.
Zusätzlich treffen sich die Leistungserbringer der Arbeitsgruppe und die Fachexpertinnen und -experten des Palliative Care Konzeptes Thurgau bis auf Weiteres einmal pro Jahr zu einer Austauschrunde im Hinblick auf allenfalls erforderliche Optimierungen oder Modifikationen am Konzept.

Arbeitsgruppe Palliative Care
Dr. Christoph Tobler, Projektleiter
Dr. Elisabeth Bornhauser, Vorstandsmitglied Ärztegesellschaft Thurgau
Dr. Charlotte Widler, Vorstandsmitglied Ärztegesellschaft Thurgau
Dr. Marc Kohler, CEO Spital Thurgau AG
Dominique Nobel, Präsident Curaviva Thurgau
Sandra Zingg, Pflegeexpertin Curaviva Thurgau
Agnes König, Pflegedirektorin Kantonsspital Münsterlingen, Spital Thurgau AG
Rosmarie Patrik, Pflegedirektorin Kantonsspital Frauenfeld, Spital Thurgau AG,
Lisbeth Brücker, Leiterin Sozialdienst Spital Thurgau AG,
Christa Lanzicher, Leiterin Geschäftsstelle Spitex Verband Thurgau
Roland Kuttruff, Präsident Verband Thurgauer Gemeinden
lic. phil. Andreas Näf, Vertreter Initiativkomitee Palliative Care
Dr. Susanna Schuppisser Fessler, Amtschefin Gesundheitsamt
Lisbeth Soppelsa, Ressortleiterin Alter, Heime, Spitex, Gesundheitsamt

Fachexpertinnen und -experten
Dr. Christian Taverna, Präsident Thurgauische Krebsliga
Elisabeth Herzog-Engelmann, Geschäftsführerin Thurgauische Krebsliga
Jörg Cadisch, Präsident Lungenliga Thurgau
Dr. Daniel Büche, Präsident Palliative Netzwerk Ostschweiz
Brighit Stahel, Ambulanter Hospizdienst
Pfr. Lukas Weinhold, Kirchenrat Evang. Landeskirche Kanton Thurgau
Pfr. Theo Scherrer, Kirchenrat Kath. Landeskirche Kanton Thurgau

A. Erforderliche Massnahmen im Bereich dezentrale Grundversorgung

Kernteam Ärztin oder Arzt/Pflegefachperson

Soll-Zustand	Erforderliche Massnahmen	Zuständig	Termin/ Zeitbedarf	Kosten/Finanzierung
Geklärte Rollen, Aufgaben, Verantwortlichkeiten in jedem einzelnen Fall	Fallführung, Verantwortlichkeiten etc. werden schriftlich vereinbart Mustervorlagen werden zentral zur Verfügung gestellt, wobei die vier Ziele (Selbsthilfe, Selbstbestimmung, Sicherheit, Support) in den vier Dimensionen (körperlich, psychisch, sozial, spirituell) einbezogen werden	Hausärztin oder Hausarzt ÄTG/Spitex Verband	laufend Frühling 2011	
Interdisziplinäre Besprechung, Evaluation und Fehleranalyse	In Mustervorlage aufgeführt	ÄTG/Spitex Verband	Frühling 2011	
Externe Supervision	In Mustervorlage aufgeführt	ÄTG/Spitex Verband	Frühling 2011	
Koordination und Vernetzung Kernteam mit: - Palliativstation - Palliative Plus - Ergänzende Dienste Therapiebereiche	Abläufe und Verantwortlichkeiten schriftlich vereinbaren	ÄTG/Palliative Plus – Palliativstation	Frühling 2011	
Im Einverständnis des Betroffenen: Führung und Nutzung einer gemeinsamen elektronischen Patientenakte	Schaffung einer gemeinsamen Plattform mit Datenhoheit bei Palliative Plus, Spital Thurgau AG Regelung Datenschutz im Gesundheitsgesetz Vorlagen Einverständniserklärung des Betroffenen	Gesundheitsamt Grosser Rat DFS/Regierungsrat Vorlagen mit kant. Datenschutzbeauftragtem abgesprochen	nach Regelung Datenschutz offen Frühling 2011	

Hausärztinnen und Hausärzte

Soll-Zustand	Erforderliche Massnahmen	Zuständig	Termin/ Zeitbedarf	Kosten/Finanzierung
Jede Hausärztin oder Hausarzt verfügt über die erforderlichen grundlegenden Kenntnisse in Palliative Care	Nutzung des vorhandenen Fort- und Weiterbildungsangebotes	Die einzelne Ärztin oder Arzt Qualitätszirkel der Hausarztnetze	laufend	Durch die einzelne Ärztin oder Arzt Kosten für Referentinnen und Referenten in den Qualitätszirkeln zum Thema Palliative Care werden auf Rechnung und Kopie der Teilnehmerliste in der Einführungsphase vom Kanton übernommen Weiterbildungen gemäss Swiss-Educ werden für Hausärztinnen und Hausärzte in der Einführungsphase bis Niveau B1 vom Kanton unterstützt mit max. Fr. 816'000.- beinhaltend 100 % Kurskosten plus Fr. 75.-/Kurs-Stunde aufgrund Einreichung Rechnung und Kopie Weiterbildungs-Attest an das Gesundheitsamt Einführungsphase: Start Zyklus/WB vor 31.12.2014
Kenntnis des Angebotes von Palliative Plus, geklärte Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten	Regelmässiger Austausch Palliative Plus mit Hausärztinnen und Hausärzten Verbindliche Regelungen	ÄTG/Palliative Plus	Mit Start Palliative Plus	---
Zusammenarbeit zwischen Spitex und Hausärztinnen und Hausärzten ist geklärt und geregelt: Eckpunkte der Zusammenarbeit sind in einer Vereinbarung zwischen der ÄTG und dem Spitex Verband Thurgau schriftlich	Absprache und verbindliche Regelung der Abläufe in Flussdiagrammen Vereinbarung einer institutionalisierten Feedback-Kultur zur raschen Bereinigung von Schwachstellen	Spitex Verband TG ÄTG	Frühling 2011	---

festgehalten (z. B. Erreichbarkeit, schriftliche Verordnungen etc.)				
Bei Zusammenarbeit mehrerer Partner wird erforderliche Fallführung/Case Management im Einzelfall bestimmt, Auslegeordnung / Absprache in der Regel an Rundem Tisch aller Beteiligter, generelle Grundsätze für Federführung sind etabliert	Festlegung genereller Grundsätze für Federführung für Runden Tisch	ÄTG mit wesentlichen Partnern (z. B. Palliativstation) und Partnerorganisationen (z. B. Spitex Verband)	Frühling 2011	---

Spitex

Soll-Zustand	Erforderliche Massnahmen	Zuständig	Termin/ Zeitbedarf	Kosten/Finanzierung
Umfassender gesetzlicher Versorgungsauftrag (inkl. Palliative Care) für Spitex	Revision Gesundheitsgesetz und anschliessend Konkretisierung zu Gesundheitsgesetz	Grosser Rat DFS/Regierungsrat	offen	---
Finanzierung der nicht von den Krankenversicherern getragenen Kosten verbindlich geregelt	Regelung gemäss Neuordnung der Pflegefinanzierung Dazu: Anpassung der Leistungsvereinbarungen zwischen örtlichen Spitexorganisationen und Gemeinden	Grosser Rat Spitex Verband TG mit VTG (Mustervorlage) Örtliche Spitexorganisationen/Gemeinden	Herbst 2010 Herbst 2010 Ab 2011	---
Jede Spitexorganisation hat ein Palliative-Care-Konzept erarbeitet (Schafft Bewusstsein/Sensibilisierung und Haltung)	Erstellen Mustervorlage Konzept Palliative Care, wobei die vier Ziele (Selbsthilfe, Selbstbestimmung, Sicherheit, Support) in den vier Dimensionen (körperlich, psychisch, sozial, spirituell) einbezogen werden Instruktion/Motivation der örtlichen Spitexorganisationen Anpassung resp. „Herunterbrechen“ Muster-Konzept auf Bedürfnisse der Organisation (Prozess vor Ort, z. B. im Rahmen eines Qualitätsentwicklungsprojektes)	Spitex Verband TG Spitex Verband TG Örtliche Spitexorganisationen	Mitte 2011 Mitte 2011 1 Jahr / Mitte 2012	Interne Kosten/durch Spitex Verband TG Interne Kosten/durch Spitex Verband TG Interne Kosten/durch örtliche Spitexorganisation bzw. betreffende Gemeinden
- Jede Spitexorganisation verfügt über eine ausgebildete Fachperson Palliative Care (inkl. Stellvertretung) mit entsprechenden Stellenprozenten. Diese hat mind. Niveau B1 gemäss Palliative.ch	Den Vorgaben entsprechende Anpassung der Spitex-Richtlinien (Qualifikation), Überprüfung im Rahmen der Aufsichtspflicht Gesundheitsamt	DFS/Gesundheitsamt	Anfangs 2011, Frist zur Umsetzung: bis Ende 2014 (Kursanmeldung)	---

absolviert. - Die übrigen Berufsangehörigen in der Pflege haben einen Grundkurs auf Niveau A2 besucht. Je nach Grösse der Organisation umfasst die Anzahl für eine flächendeckende Abdeckung dabei mindestens 2 - 4 Pflegefachpersonen. - Pflegehelferinnen und -helfer und übrige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Hilfe und Pflege verfügen über einen anerkannten entsprechend Niveau A1.	Bestandesaufnahme bezüglich Abdeckung. Innerbetriebliche Planung zur Schulung Bereitstellung genügender (gestaffelter) Schulungsangebote	Spitex Verband TG Örtliche Spitexorganisationen Spitex Verband Thurgau mit BfG und SBK	Bereits erfolgt Ab 2011 Ab Frühling 2011, während 4 Jahren	--- --- Weiterbildungen gemäss Swiss-Educ werden in der Einführungsphase wie folgt durch den Kanton mit max. 1,07 Mio. Fr. mitfinanziert: Gegen Rechnung inkl. Kopien Atteste, aufgrund eines vorgängig einzureichenden und durch Gesundheitsamt zu genehmigenden konkreten Zeitplanes für die Umsetzung. Genehmigung setzt RAI /HC und Erfüllung der Auflagen des letzten Audits voraus. - Übernahme Kurskosten - Pauschaler Beitrag von Fr. 200.-/ Tag (entspricht ca. 50 % der Lohnkosten + Spesenpauschale von Fr. 20.-) Weitere interne Kosten (andere Hälfte Besoldung während Weiterbildung) durch örtliche Spitexorganisation bzw. betreffende Gemeinden
Zusätzlich erforderliche Personalressourcen sind vorhanden (Zeitaufwand für Koordination und Vernetzungsarbeit sowie 24h-Bereitschaft) und finanziell gesichert	Erhöhung Stellenplan, Budgetierung/ Genehmigung zusätzliche finanzielle Mittel	Örtliche Spitexorganisationen	Ab Budget 2011	Annahme: Anteil Palliative Care am Total der Pflegeleistungen: 5 %, zusätzlicher (unverrechenbarer) Zeitbedarf aufgrund Palliative-Care-Konzept: 50 % → erforderliche Erhöhung Stellenplan: 2.5 % vom Total für Pflegeleistungen → für TG total:

				2.5 % von ca. 160 Vollstellen = 4 Vollstellen → Kosten: Fr. 400'000.-/ Jahr Interne Kosten/durch örtliche Spitex-organisation bzw. betreffende Gemeinden
Bedarfsgerechte Erreichbarkeit (wenn nötig rund um die Uhr) ist organisiert und gegen aussen deklariert	Den Vorgaben entsprechende Anpassung der Spitex-Richtlinien (zwingendes Dienstleistungsangebot), Überprüfung im Rahmen der Aufsichtspflicht Gesundheitsamt Personalplanung in Hinblick auf zusätzliche Einsätze bei Bedarf	DFS/Gesundheitsamt Örtliche Spitexorganisationen	Mit Start Umsetzung Ab Budget 2012	--- Interne Kosten/durch örtliche Spitex-organisation bzw. betreffende Gemeinden
Zusammenarbeit zwischen Spitex und Hausärzten ist geklärt und geregelt: Eckpunkte der Zusammenarbeit sind in einer Vereinbarung zwischen der ÄTG und dem Spitex Verband Thurgau schriftlich festgehalten (z. B. Erreichbarkeit, schriftliche Verordnungen etc.)	Absprache und verbindliche Regelung der Abläufe in Flussdiagrammen. Vereinbarung einer institutionalisierten Feedback-Kultur zur raschen Bereinigung von Schwachstellen	Spitex Verband TG ÄTG	Frühling 2011	---
Zusammenarbeitspartner sind in konkretem Fall bekannt Abläufe zur Fallführung/Case Management sind geklärt und institutionalisiert. Schriftliches Gesprächsprotokoll ist institutionalisiert und eingeführt	Verbindliche Regelungen der Abläufe und Checklisten für die Zusammenarbeit zwischen dem Spitex Verband mit allen wesentlichen Partnern wie - Krebsliga - Lungenliga Vereinbarung einer institutionalisierten Feedback-Kultur zur raschen Bereinigung von Schwachstellen	Spitex Verband TG Krebsliga Thurgau Lungenliga Thurgau	Frühling 2011	

Spitex thematisiert in ihrer Öffentlichkeitsarbeit auch die Palliative Care (Palliative Care ist auch eine Haltungsfrage)	ÖA intern (gegenüber Mitarbeiterinnen)/ ÖA extern (gegenüber Bevölkerung): Ziele und Anforderungen Palliative Care regelmässig thematisieren (Koordination/ Zusammenarbeit von Spitex und Kanton)	Spitex Verband TG Örtliche Spitexorganisationen	Ab Start Umsetzung	Interne Kosten/durch Spitex Verband TG Interne Kosten/durch örtliche Spitexorganisation bzw. betreffende Gemeinden

Pflegeheime

Soll-Zustand	Erforderliche Massnahmen	Zuständig	Termin/ Zeitbedarf	Kosten/Finanzierung
Pflegeheime mit angestrebter Zertifizierung haben ein Grundlagenkonzept zur integrierten Palliative Care erarbeitet	Leitfaden/Muster-Konzept erarbeiten unter Rückgriff auf das bestehende Konzept und Unterlagen von Palliativnetz Ostschweiz Erarbeitung Konzept durch betriebsinternes Palliative Care-Team	Curaviva Thurgau Jedes einzelne Heim	Bis Frühling 2011 Sommer 2011 innert 3 Jahren	Interne Kosten, von Verband/Heim selbst zu tragen
Palliative Care ist in jedem Heim durch ein internes Konzept etabliert	Auftrag an qualifizierte Projektleitung (dipl. Pflegefachperson HF, Spezialisierung in Palliative Care, mind. Swiss-Educ Niveau B1, Erfahrung in Projektmanagement, Organisationsentwicklung und Kenntnisse in Forschungsanwendung) intern oder extern Vermittlung von externen Projektleitungen	Jedes einzelne Heim Curaviva Thurgau	Innert 3 Jahren (bis Ende 2014) Sommer 2011	Interne Kosten (bei interner Projektleitung), ev. externe Kosten (bei externer Projektleitung) Fr. 5'000.- Fr. 10'000.-/Heim; von Heim selbst zu tragen
Palliative-Care-Haltung in allen Heimen etabliert: Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verfügen über die der Funktion entsprechenden grundlegenden Kenntnisse	Sicherstellen der erforderlichen Schulungsangebote zur Grundlagenvermittlung, Inhalte den Kompetenzen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter angepasst, zentral für alle Heime des Kantons organisiert, für folgende Berufsgruppen in den Heimen: - Palliative Care für Pflegefachleute - Palliative Care für Pflegehilfen - Palliative Care für Nicht-Pflegende	Curaviva Thurgau in Zusammenarbeit mit dem Bildungszentrum für Gesundheit, soweit nicht anerkannte, frei zugängliche Angebote bestehen (BfG, SBK, palliative.ch, CURAVIVA Schweiz, Caritas)	Ab Frühling 2011 während 3 Jahren	Fort- und Weiterbildung gemäss SwissEduc und durch Bildungszentrum für Gesundheit wird in der Einführungsphase durch den Kanton mit max. 2,2 Mio. Fr. mit finanziert Gegen Rechnung inkl. Kopien Atteste, aufgrund eines vorgängig einzureichenden und durch Gesundheitsamt zu genehmigenden konkreten Zeitplanes für die Umsetzung. Genehmigung Kantonsbeitrag setzt voraus, dass Auflagen des letzten Audits erfüllt sind - Übernahme Kurskosten - Pauschaler Beitrag von

				Fr. 200.-/Tag für A2 – B2 (entspricht ca. 50 % der Lohnkosten + Spesenpauschale von Fr. 20.-) resp. Fr. 100.-/Tag für Grundkursteilnehmerinnen und -teilnehmer
Zentrale Angebote für gezielte Fortbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes in Heimen sichergestellt	Organisation von zentralen (kantonalen) Schulungsangeboten für die Vermittlung des Wissens auf dem nötigen Niveau für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, welche nicht SwissEduc Niveau B1 vorweisen (müssen)	Curaviva Thurgau in Zusammenarbeit mit dem Bildungszentrum für Gesundheit	Ab 2013	Mitfinanzierung durch den Kanton in der Einführungsphase siehe oben.
Heime mit angestrebter Zertifizierung verfügen über ein aktives und geleitetes internes Palliative-Care-Team und Leaderin oder Leader mit Mindestqualifikation Niveau B2. Aufgaben: - Spezialisierung im Fachgebiet - Ansprechpersonen für Fragen aus der Pflegepraxis - Koordination interprofessionelle Zusammenarbeit - Sicherstellen, dass die vier Ziele (Selbsthilfe, Selbstbestimmung, Sicherheit, Support) in den vier Dimensionen (körperlich, psychisch, sozial, spirituell) konkretisiert und daraus abgeleitete Massnahmen umgesetzt sind - Vorbildfunktion vor Ort	Einsetzung eines entsprechend qualifizierten Teams/Sicherstellung der erforderlichen Qualifikation	Jedes einzelne Heim	Anfangs 2011 Innert 3 Jahren	Fort- und Weiterbildung gemäss SwissEduc und durch Bildungszentrum für Gesundheit wird in der Einführungsphase durch den Kanton mitfinanziert, siehe oben
Symptommanagement: Heime mit angestrebter Zertifizierung verfügen über systematische, evidenzbasierte Pflegequalitäts-	Zentrale Erarbeitung von Pflegequalitätsstandards und Handlungsanweisungen zuhanden der Heime, auf der Grundlage der Best Practi-	Curaviva Thurgau	Anfangs 2011 Innert 3 Jahren	Interne Kosten, von Verband/Heim selbst zu tragen

standards und Handlungsanweisungen zu allen relevanten Themen/ Pflegemassnahmen	ce-Empfehlungen zu 7 Themen in Symptom-management von Palliative.ch Herunterbrechen, dokumentieren, verankern und schulen durch das einzelne Heim	Jedes einzelne Heim		
Überbetriebliche Vernetzung: ERFA-Gruppe der Palliative Care-Verantwortlichen der Heime zur Vernetzung der Pflegeentwicklung und Qualitätssicherung	Gründung einer Fachgruppe „Palliative Care Langzeitpflege Thurgau“ Besetzung mit qualifizierter Leitung (möglichst MAS Palliative Care)	Curaviva Thurgau	Sommer 2011	Kosten für Leitung zu tragen durch Curaviva TG
Bekannte und dokumentierte Aufnahme- und Verlegungskriterien in die Palliativstation am KSM	Erarbeitung im Rahmen Teilprojekt Palliativstation	Spital TG	Herbst 2010	---
Bezeichnung der Heime mit Palliative-Care-Zertifizierung in der Pflegeheimliste.	Erfüllung oben genannter Massnahmen und Zertifizierung durch palliative.ch	Auf Antrag des Heimes durch Gesundheitsamt	Ab 2012	
Zu prüfen: Leistungsauftrag an 1-3 regionale Pflegeheime mit spezialisiertem Angebot für jüngere chronisch und unheilbar Erkrankte	Vertiefte Prüfung des Bedarfs und der Anforderungen mit Abschätzung der Kosten Ausschreibung Leistungsauftrag Leistungsvereinbarung durch Kanton	Gesundheitsamt	2014	Noch nicht zu beziffern/ Mitfinanzierung ungedeckter Kosten durch die Finanzierer gemäss Neuordnung der Pflegefinanzierung

B. Ergänzende Dienstleistungsangebote

Angebot der Thurgauischen Krebsliga im Bereich Palliative Care

1. Einleitung

Unter den zahlreichen Dienstleistungen der Thurgauischen Krebsliga (TGKL) hat die Palliative Care einen sehr hohen Stellenwert. Seit dem 01. Januar 2003 bietet die TGKL einen Beratungs-, Begleitungs- und Koordinationsdienst gezielt im Bereich Palliative Care an. Gemäss Statuten steht dieses Angebot ausschliesslich Krebspatientinnen und -patienten zur Verfügung.

Die TGKL weist eine 60-jährige Erfahrung in der Betreuung von schwer kranken Menschen auf. Sie verfügt über speziell ausgebildetes Pflegefachpersonal. Ergänzend zu Palliative Care bietet die TGKL weitere Dienstleistungen für die Betreuung schwer kranker Menschen, z. B. die psychosoziale Beratung.

2. Angebot

2.1. Koordination

Bei der Betreuung von schwer kranken Menschen ist eine optimale Koordination der Aufgaben der verschiedenen beteiligten Organisationen und Institutionen von grösster Bedeutung. Übertritte von einer Institution in eine Andere (Spital, Pflegeheim) oder aus einer Institution nach Hause müssen sorgfältig vorbereitet werden. Dem „Schnittstellen-Management“ ist grosse Beachtung zu schenken.
Im Bereich der Koordination übernimmt die TGKL viele Aufgaben. Sie hat eine etablierte Zusammenarbeit mit

- Spitexorganisationen
- Freiberuflichen Pflegefachpersonen im Bereich Onkologie/Palliative Care
- Pflegeheimen
- Hospizdienst Thurgau (Freiwillige)
- Kantonsspitäler Frauenfeld und Münsterlingen (Sozialdienst, Ärzteschaft, Pflegefachpersonen, Seelsorgerinnen und Seelsorger, Ernährungsberatung etc.)
- Hausärzten
- Palliativzentrum Kantonsspital St. Gallen

Eine wichtige Aufgabe im Rahmen der Koordination ist das Festlegen des Case-Managements.

2.2. Bedarfsabklärung
Die Pflegefachpersonen der TGKL machen Bedarfsabklärungen zu Hause und ziehen die notwendigen Personen (z. B. freiberufliche Pflegefachpersonen) resp. Organisationen (z. B. Spitexorganisation) für die optimale Betreuung bei (Koordination). Sie beteiligen sich auch an der Erstellung einer Pflegeplanung.

2.3. Information
Die Pflegefachpersonen der TGKL informieren die Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen über unterstützende Dienstleistungsangebote (Hilfsmittel, psychosoziale Beratung, Fahrdienst, Selbsthilfegruppen etc). Teilweise werden diese auch direkt vermittelt (Betreuung). Die Beratung der Betroffenen und der Angehörigen in sich wechselnden Krankheitssituationen (fortschreitende Krankheit) ist ein kontinuierlicher Prozess.

2.4. Betreuung
Die Betreuung und Begleitung von Betroffenen und deren Angehörigen ist eine der Hauptaufgaben der Pflegefachpersonen der TGKL. Diese Betreuung erfolgt in enger Zusammenarbeit (im Auftragsverhältnis; delegierte Pflege) mit freiberuflichen Pflegefachpersonen, die sich speziell auf dem Gebiet Onkologie/Palliative Care weitergebildet haben. Diese freiberuflichen Pflegefachpersonen sind flächendeckend im Kanton verfügbar.
Bei der Betreuung wird grosser Wert auf die Vermeidung von Belastungsspitzen für die Betroffenen und ihre Angehörigen gelegt. Der Zugang zu weiterer Unterstützung wird frühzeitig angesprochen und ermöglicht.
Nach dem Tod werden auch die trauernden Angehörigen begleitet und unterstützt.
In Notsituationen bietet die TGKL finanzielle Unterstützung an.

2.5. Weiterbildung
Die Pflegefachpersonen der TGKL führen regelmässig - z.T. in Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten Weiterbildungsveranstaltungen für Pflegefachpersonen zu den Themen Symptom-Management, Schmerzbehandlung etc. durch.
Die TGKL bietet auch regelmässig einen Erfahrungsaustausch mit Fallbesprechungen an. Dies dient auch der Qualitätskontrolle.

2.6. Hospizwohnung
Die Thurgauische Krebsliga stellt geeigneten Patientinnen und Patienten die Hospizwohnung im Alters- und Pflegeheim Weinfelden zur Verfügung. Sie übernimmt die Vermittlung der Wohnung und das Erstellen des Vertrages. Pflegefachpersonen der TGKL begleiten die Bewohnerinnen und Bewohner der Hospizwohnung und deren Angehörige. Sie bieten fachliche Unterstützung für das Pflegepersonal des Alters- und Pflegeheims.

Angebot der Lungenliga Thurgau im Bereich Palliative Care

1. Unsere Leistungsangebote an die Patientinnen und Patienten

Leistung	Schnittstelle zu	Optimierungsbedarf	Erforderliche Massnahmen
Beratung und Begleitung von lungenkranken Menschen und ihrer Angehörigen	Hausärztinnen und Hausärzte Spitäler Heime Spitex-Organisationen Krebsliga	Vernetzung	Aktive Teilnahme im Netzwerk Palliative Plus
Abgabe von Atemhilfsgeräten auf ärztliche Verordnung (Inhalations-, Sauerstoff-, Schlafapnoe-, Absauggeräte und Ultraschallvernebler)	Hausärztinnen und Hausärzte Spitäler Heime Spitex-Organisationen Krebsliga	Vernetzung	Aktive Teilnahme im Netzwerk Palliative Plus
Kompetenzzentrum Tuberkulose: Ansprechpartner für Fragen rund um Tuberkulose, Koordination und Durch-Führung von Umgebungsuntersuchungen, Abgabe von Informations-material und Broschüren, Überwachung der regelmässigen Medikamenteneinnahme	Kantonsarzt Pneumologe Hausärztinnen und Hausärzte	Vernetzung	Aktive Teilnahme im Netzwerk Palliative Plus
Sozialberatung für Menschen mit Atemwegserkrankungen		Vernetzung	

2. Unsere Unterstützungsangebote an andere Leistungsanbieter/Organisationen

Leistung	Adressat	Optimierungsbedarf	Erforderliche Massnahmen
Fachspezifische Schulung und Weiterbildung	Spitex Heime Freiwillige Helferinnen und Helfer Hospizdienst Krebsliga Pflegende Angehörige Partnerorganisationen	Vernetzung	Aktive Teilnahme im Netzwerk Palliative Plus

Seelsorge

1. Unsere Leistungsangebote an die Patientinnen und Patienten

Leistung	Schnittstelle zu	Optimierungsbedarf	Erforderliche Massnahmen
– Persönliche Seelsorgegespräche vor Ort – Angebot von Ritualen, Sakramenten, Gebet und Segnungen – Aufarbeitung lebensgeschichtlicher Fragen – Stärkung der eigenen religiösen und seelischen Ressourcen – Hilfestellung bei Konfliktbewältigung – Unterstützende Begleitung von Angehörigen – Unterstützende Begleitung von Pflegenden	Hausärztin oder Hausarzt Spitäler Heime Spitex Hospizdienst Krebsliga Sozialdienste Rotes Kreuz Pro Senectute	Wichtig ist, dass das Angebot der Seelsorge auf unkomplizierte Art und Weise alle erreicht und bei Bedarf jederzeit im Verlaufe des Prozesses angefordert werden kann	Auf die Möglichkeit der seelsorglichen Unterstützung sollten jene, die den Erkrankten medizinisch-pflegerisch begleiten, aufmerksam machen. Die Seelsorgerinnen und Seelsorger der beiden Landeskirchen wirken im interdisziplinären Team von Palliative Care mit. Informationsfluss, Zusammenarbeit
– Trauerbegleitung – Niederschwellige und verbindliche Angebote für Trauernde – Netzwerk zur sozialen Integration für Trauernde	Hausärztin oder Hausarzt Spitäler Heime, Spitex Hospizdienst	Überregionale Vernetzung	Koordinierte Planung Absprachen

	Krebsliga Sozialdienste		
Kirchliche Räume für Trauergruppen etc.			
Bei Bedarf vermittelt die Seelsorge Vertreterinnen und Vertreter anderer Konfessionen und Religionen.			Liste der Kontaktstellen

Offene Fragen/nötige Klärungen:

- Informationsfluss: Patientinnen und Patienten haben oft die Erwartung, dass sie von einer kirchlichen Seelsorgerin oder einem Seelsorger besucht werden. Zu oft wird indes noch gezögert, im Pfarramt anzurufen, um einen Besuch anzufordern. Hier sollten Angehörige sowie die andern Organisationen von Palliative Care auf Wunsch die Seelsorge aufbieten.

2. Unsere Unterstützungsangebote an andere Leistungsanbieter/Organisationen

Leistung	Adressat	Optimierungsbedarf	Erforderliche Massnahmen
– Seelsorgerische Unterstützung von in die Betreuung involvierten Personen	Angestellte und freiwillige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Partnerorganisationen		
– Seelsorgerische Begleitung in Institutionen gemäss Leistungsangebote an die Patientinnen und Patienten (siehe oben)	Spitäler Heime Kliniken		Die Bedingungen für Seelsorgegespräche optimieren.
– Trauergottesdienste und Gedenkfeiern in Heimen	Heime Kliniken		
– Mithilfe beim Aufbau von Selbsthilfegruppen, Hospizgruppen etc.	Hospizdienst Caritas tecum	Vernetzung	Gegenseitige Absprachen
– Schulung von freiwilligen Helferinnen und Helfern z. B. Kurs „Persönlich Begleiten“ von tecum	Partnerorganisationen	Vernetzung	Gegenseitige Absprachen

Offene Fragen/nötige Klärungen:

- Der Arbeitsaufwand ist jeweils bei der Stellendotation zu berücksichtigen.

Konzept Seelsorge im Rahmen von Palliative Care[2]

1. Seelsorge und Palliative Care

Die Definition von Palliative Care der WHO aus dem Jahre 2002 definiert, dass Palliative Care "die psychologischen und spirituellen Gesichtspunkte der Patientenfürsorge" einschliesst. Damit ist vorgegeben, dass die Dimension der Spiritualität unverzichtbar zum Ansatz und Programm von Palliative Care gehört.

Schon Cicely Saunders, Pionierin und Initiantin der weltweiten Hospizbewegung, ordnete der seelsorglichen Dimension von Palliative Care von Anfang an eine gleichwertige Bedeutung zu. Sie prägte den Begriff von „Total Pain“: Schmerz umfasst körperliches, seelisches, spirituelles und soziales Leid.
"Seelisches und körperliches Leid [können] einander verstärken...; indem man das eine lindert, kann man auch das andere erträglicher machen." Daher geht es in der palliativen Betreuung immer auch um die spirituellen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen. Grundlage ist ein Menschenbild, das davon ausgeht, dass der Mensch eine unteilbare Einheit von körperlichem und geistigem Wesen ist.“[3]

Die religiösen Wurzeln sind wichtige Elemente seelischer und biographischer Identität. Gerade in der Situation nachlassender Lebenskräfte, unheilbarer Krankheit und der Unausweichlichkeit des Todes können sie tragende Ressourcen sein. Begleitung in den Bedürfnissen des Glaubens ist hilfreich für den ganzheitlichen, persönlichen Weg in Leiden und Sterben.

2. Die Aufgabe von Seelsorge

Seelsorge begleitet Menschen in Situationen, in denen die grossen Grundfragen ihrer menschlichen Existenz nach dem "Warum?", "Wozu?" und "Wohin?", d.h. die Fragen nach Sinn, der Bearbeitung der Biographie und der persönlichen Betroffenheit gestellt werden. Dabei soll die lebendige Beziehung eines Menschen zu seinen Ressourcen, zu dem, was sein Leben trägt, gestärkt werden.

Seelsorge achtet den Leidens- und Sterbeweg als zutiefst sinn- und wertvollen Teil persönlicher Biographie und als aktiven Prozess des Lebens und unterstützt Betroffene in ihren eigenen Schritten. Sie zeichnet sich aus durch sorgfältiges Wahrnehmen der Bedürfnisse der Betroffenen, respektiert deren Autonomie und stärkt die Selbstverantwortung.

---

[2] Der Arbeitsgruppe “Seelsorge in der Palliative Care” gehören derzeit folgende Mitglieder an: Pfr. Markus Aeschlimann, Frauenfeld, Ingeborg Baumgartner, Weinfelden, Pfrn. Karin Kaspers-Elekes, Horn, Pfr. Theo Scherrer, Weinfelden, Brigitta Stahel, Märstetten, Pfrn. Esther Walch Schindler, Aadorf, Pfr. Lukas Weinhold, Oberaach.

[3] Saunders, Sterben und Leben, Zürich 2009, 15.

3. Die christliche Basis
Christliche Seelsorgerinnen und Seelsorger setzen den Auftrag um, Menschen in Zeiten der Krankheit und des Abschieds zu begleiten. Sie tun dies im Sinn von Jesus, der sagte: „Ich bin krank gewesen, und ihr habt mich besucht“ (Matthäus 25,36b).

Gottes Zuwendung in Jesus Christus gilt jedem Menschen und knüpft nicht an Bedingungen an. So achten Seelsorgerinnen und Seelsorger die Würde, die Biographie und die Werthaltungen jedes Menschen und sind dabei bestrebt, ein authentisches Gegenüber sein.

4. Angebote
Konkret ergeben sich daraus für die landeskirchliche seelsorgliche Begleitung folgende Angebote:
- Persönliche Seelsorgegespräche vor Ort (zu Hause, in Heimen, in Kliniken etc.)
- Angebot von Gebeten, Segnungen, Ritualen und Sakramenten
- Aufarbeitung lebensgeschichtlicher Fragen
- Stärkung der religiösen und seelischen Ressourcen
- Unterstützende Begleitung von Angehörigen
- Unterstützende Begleitung von allen in die Betreuung involvierten Personen
- Trauerbegleitung

5. Voraussetzungen zur Wahrnehmung der Aufgaben
Die Seelsorgerinnen und Seelsorger der beiden Landeskirchen wirken im interdisziplinären Team von Palliative Care mit.
Wichtig für die Erfüllung des Auftrages sind Kenntnisse und Erfahrung in:
- Kommunikation
- Gesundheitsethik
- Gestaltung von Ritualen und Symbolhandlungen
- Begleitprozessen

Es ist für diese Tätigkeit unabdingbar, die eigene Basis und den persönlichen Hintergrund gut zu kennen, reflektiert zu haben und sich kontinuierlich fortzubilden.

6. Anrecht auf Seelsorge
Im Rahmen von Palliative Care hat jede Person Anrecht auf Seelsorge, ebenso deren Angehörige. Sie erfolgt auf Wunsch der Betroffenen. Wichtig ist, dass das Angebot der Seelsorge auf unkomplizierte Art und Weise alle erreicht und bei Bedarf jederzeit im Verlauf des

Prozesses angefordert werden kann. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, welche Erkrankte medizinisch-pflegerisch begleiten, sollten die Betroffenen auf das Anrecht seelsorglicher Unterstützung aufmerksam machen.

7. Strukturen zur Abdeckung des Angebotes
Träger der Seelsorge in Palliative Care sind die beiden Landeskirchen in ökumenischer Zusammenarbeit.

a) wohnortsnah:
Kontaktstellen im konkreten Fall sind die Ortspfarrämter, die Teil des Palliative Care-Netzwerks sein sollen. Das Angebot wird umgesetzt von den Seelsorgerinnen und Seelsorger und - wenn vorhanden - seelsorglichen Besuchsdiensten in den Kirchgemeinden, Pfarreien und Institutionen in Zusammenarbeit mit den anderen an der Palliative Care Beteiligten. Der Arbeitsaufwand ist bei den Stellenplänen zu berücksichtigen.

b) stationär:
Das Angebot wird von der Spitalseelsorge wahrgenommen. Wird Palliative Care im stationären Bereich erweitert, ist es unabdingbar, die Spitalseelsorge auszubauen und im Kernteam zu verankern.[4]

8. Weiterbildung
Die beiden Landeskirchen stellen die entsprechende Weiterbildung zur Qualitätssicherung in der Seelsorge und für seelsorgliche Besuchsdienste sicher.

---

[4] Hier möchten wir auf die Praxis der Integration der Seelsorge ins Kernteam der Palliative-Care-Station im Kantonsspital Winterthur hinweisen. „Der positive Einfluss von Seelsorge auf das Wohlbefinden von Patienten ist offensichtlich und geht bis zu der Erfahrung, dass sogar die Schmerzmittelgaben reduziert werden können“ (Dr. med. Christoph Seitler, Leiter Palliative Care / Departement Medizin, Kantonsspital Winterthur).

C. Konzepte

In betriebsinternen Konzepten werden Haltungen zu Palliative Care und konkrete Vorgehensweisen, Massnahmen und Checklisten oder Formulare verbindlich festgehalten. Jede Organisation sollte sich mit der Thematik auseinandersetzen und mit der Erarbeitung im Team die Grundsätze der Palliative Care in der gesamten Organisation verankern. Betriebsinterne Konzepte sollen insbesondere folgende Punkte enthalten:

- Definition von Palliative Care (gemeinsames Verständnis im Betrieb)
- Konkretisierung der vier Ziele (Selbsthilfe, Selbstbestimmung, Sicherheit, Support) in den vier Dimensionen (körperlich, psychisch, sozial, spirituell), Massnahmen zur Umsetzung und Evaluation der Umsetzung
- Begleitung von unheilbar kranken Menschen und Sterbebegleitung
- Ethische, rechtliche Aspekte, Patientenverfügung
- Regelung der Beihilfe zum Suizid
- Abschiedskultur, Umgang mit Trauer
- Interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit (Ärztinnen und Ärzte, Pflege, Angehörige, Freiwillige, Hospizdienst, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Therapeutinnen und Therapeuten (Ergo-, Logo-, Physio-, Mal-, Musiktherapie, Psychologinnen und Psychologen/Psychiaterinnen und Psychiater, Krebsliga, Lungenliga, SRK Entlastungsdienst, Fahrdienst, Seelsorge, Psycho-Onkologie) formalisieren: wann wird wer wie durch wen einbezogen resp. informiert
- Einbezug Angehörige, nahestehende Personen, soziales Netzwerk
- Aus- Fort- und Weiterbildung, spezifische Schulungen (z. B. Palliative Care allgemein, spezielle Techniken der Symptomkontrolle und Überwachung, Sterbebegleitung, Sinnfragen, Rituale bei Sterben und Tod)
- Zuständigkeiten, Kompetenzregelungen, Vernetzung nach Aussen (andere Organisationen)
- Definition von Personalschlüssel und notwendiger Infrastruktur, damit der erhöhte Bedarf auf die Dauer abgedeckt werden kann
- Finanzierung der Leistungen
- Umgang mit Sprachproblemen und Menschen anderer Kulturkreise (Dolmetscherdienste, etc.)
- Alle Regelungen sind so auszugestalten, dass die Dauer der letzten Lebensphase auch mehrere Monate sein darf.
- Methoden und Form der internen Evaluation und Qualitätssicherung