

Palliative Care und Föderalismus:
Eine qualitative Untersuchung zum „Entwicklungsland“ Schweiz

Masterarbeit eingereicht der
Universität Bern

Betreuender Dozent: Prof. Dr. Fritz Sager

Kompetenzzentrum für Public Management
Schanzeneckstrasse 1
CH-3001 Bern

von:

Ladina Moser
aus Arni (BE)
05-730-718

Riedtlistrasse 19
8006 Zürich

Bern, 14. Januar 2014

Persönlicher Dank

Mein Dank richtet sich an Prof. Dr. Fritz Sager vom Kompetenzzentrum für Public Management der Universität Bern für die kompetente Unterstützung sowie an meine Eltern, Irene und Fritz, die sich des Lektorats angenommen haben.

Ein spezieller Dank gilt ausserdem allen Interviewpartnern, die durch ihre Zeit und ihre Bereitschaft mir Red und Antwort zu stehen, diese Arbeit überhaupt erst ermöglicht haben. Es sind dies in alphabetischer Reihenfolge Frau Eva Balmer, Oberärztin St. Claraspital Basel; Frau Daniela de la Cruz, Leiterin Abteilung Gesundheit, Departement Finanzen und Gesundheit Kanton Glarus; Frau Susanna Marti Calmell, Projektleiterin Abteilung Projekte und Entwicklung, Gesundheitsdirektion Kanton Zürich; Frau Katharina Möhl, Vorstandsmitglied Palliative Ostschweiz; Frau Monika Obrist, Geschäftsführerin Palliative Zürich/Schaffhausen; Herr Stefan Obrist, ärztlicher Leiter Kompetenzzentrum Palliative Care, Universitätsspital Zürich; Herr Lukas Ritz, Stationsarzt Hildegard Hospiz Basel und Herr Thomas von Allmen, Leiter Spitalversorgung, Gesundheitsdepartement Kanton Basel-Stadt.

Zusammenfassung und Ergebnisse

Die vorliegende Untersuchung geht dem Zusammenhang zwischen Föderalismus und Versorgungsrückständigkeit der schweizerischen Palliative Care auf den Grund. Vor dem Hintergrund von Pfadabhängigkeit und Prinzipal-Agent-Problematik wird die Behauptung aufgestellt, dass sich die Palliativversorgung in den Kantonen entlang von Pfaden entwickelt, die durch spezialisierte stationäre Einrichtungen vorgegeben werden, und dass es dem Bund nicht gelingt, diese anhand der Nationalen Strategie Palliative Care zu durchbrechen.

Die Überprüfung geschieht unter Zuhilfenahme zweier verschiedener Vorgehensweisen. Um eine grobe Einschätzung des Sachverhalts vornehmen zu können, wird zuerst ein Vergleich der Versorgungsstrukturen und gesetzlichen Grundlagen aller 26 Kantone zu zwei Zeitpunkten durchgeführt. Anschliessend erfolgt anhand von Fallstudien zu den Kantonen Basel-Stadt, Glarus und Zürich eine eingehendere Analyse, die den Vorteil mit sich bringt, dass der Gesamtkontext eines jeden Kantons stärker in den Fokus rückt und verschiedenste – zuvor unberücksichtigte – Faktoren miteinbezogen werden können. Die Methoden, die zur Anwendung kommen, sind qualitativ. Es handelt sich einerseits um die Auslegeordnung von Versorgungsstrukturen und gesetzlichen Grundlagen und andererseits um leitfadenbasierte Experteninterviews, die in Kombination mit einer Literatur- und Quellenanalyse durchgeführt werden.

Wenn die Untersuchung auch klar darauf hindeutet, dass der Föderalismus für die schweizerische Versorgungsrückständigkeit verantwortlich zeichnet, so offenbaren sich hinsichtlich Pfadabhängigkeit und Einflussnahme dennoch ambivalente Resultate. Es zeigt sich zwar, dass in den Kantonen tatsächlich Pfadabhängigkeiten vorliegen, ein Einfluss des Bundes kann jedoch nicht generell negiert werden: Wie die Fallstudien zu Basel-Stadt und Zürich demonstrieren, findet die Nationale Strategie Palliative Care in gewissen Kantonen durchaus Anklang – wenn auch in unterschiedlichem Ausmass. Es wird ersichtlich, dass das Wohlwollen von Seiten der Entscheidungsträger auf Ebene der Kantone, der Gemeinden und der Anbieter eine notwendige Bedingung ist, damit der Bund sein Anliegen durchsetzen kann. Für das der Untersuchung zugrunde liegende theoretische Konstrukt geht diese Erkenntnis mit der Konsequenz einher, dass das gewählte zweistufige Prinzipal-Agent-Modell aus Bund und Kantonen zu kurz greift.

Nebst dieser Erkenntnis offenbart sich zudem eine Schwierigkeit im Hinblick auf die Beurteilung von Pfadabhängigkeiten. Wenn auch spezialisierte stationäre Einrichtungen die Palliativversorgung in Basel-Stadt, Glarus und Zürich durchaus zu prägen scheinen, so lässt

sich dennoch kein abschliessendes Fazit für alle 26 Kantone ziehen. Um ein solches verantworten zu können, müssten weitere Fallstudien vorgenommen werden.

Keywords: Federalism, Historical Institutionalism, Path Dependence, Principal Agent Theory, Public Health Policy, Palliative Care Policy

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	7
Tabellenverzeichnis	8
Abkürzungsverzeichnis	9
Anhangverzeichnis	11
1 Einleitung	12
1.1 Ausgangslage	12
1.2 Ziel, Fragestellung und Grenzen der Untersuchung	13
1.3 Forschungsstand	15
1.4 Aufbau der Arbeit.....	16
2 Hintergrund: historische Anfänge, das föderale Gesundheitssystem und die Nationale Strategie Palliative Care	16
2.1 Historische Anfänge.....	16
2.2 Palliative Care im Kontext des föderalen Gesundheitssystems	18
2.3 Nationale Strategie Palliative Care und integrierte Versorgung	20
2.3.1 Nationale Strategie Palliative Care 2010-2012	20
2.3.2 Nationale Strategie Palliative Care 2013-2015	22
2.3.3 Integrierte Versorgung	27
3 Analytischer Rahmen und Hypothesen	28
3.1 Historischer Institutionalismus und Pfadabhängigkeit.....	29
3.2 Prinzipal-Agent-Theorie.....	33
3.3 Hypothesen	34
4 Untersuchungsdesign	35
4.1 Methodisches Vorgehen.....	35
4.2 Wahl der Kantone.....	38
5 Analyse der spezialisierten Palliativversorgung vor dem Hintergrund von Pfadabhängigkeit und Prinzipal-Agent-Problematik	40
5.1 Gesetzliche Grundlagen und Versorgungsstrukturen.....	40
5.1.1 Gesetzliche Grundlagen	40
5.1.2 Versorgungsstrukturen	42
5.1.3 Zwischenfazit	45
5.2 Vertiefende Analyse anhand dreier Fallstudien: die Kantone Zürich, Basel-Stadt und Glarus	46
5.2.1 Kanton Basel-Stadt	46
5.2.2 Kanton Glarus	50
5.2.3 Kanton Zürich	52
5.2.4 Zwischenfazit	57
6 Schlussfolgerungen	59
6.1 Zusammenfassung der Ergebnisse	59
6.2 Fazit, Grenzen der Untersuchung und künftige Forschung	60
Anhang	62
Literaturverzeichnis	69
Quellenverzeichnis	72
Rechtsquellenverzeichnis	76

Selbständigkeitserklärung77
Einverständniserklärung zur Veröffentlichung der Masterarbeit78

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Versorgungsstrukturen Palliative Care in der Schweiz	23
Abbildung 2: Theoretisches Konstrukt aus Prinzipal-Agent-Modell und Pfadabhängigkeit	29

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Vergleich der gesetzlichen Grundlagen 2009 und 2013	41
Tabelle 2:	Vergleich der kantonalen Konzepte und Strategien 2009 und 2013	42
Tabelle 3:	Auslegeordnung der gesetzlichen Grundlagen in den Kantonen	62
Tabelle 4:	Auslegeordnung der spezialisierten Palliative-Care-Angebote	65
Tabelle 5:	Kantone, die über kein spezialisiertes Angebot verfügen	66

Abkürzungsverzeichnis

AG	Aargau
AI	Appenzell Innerrhoden
AR	Appenzell Ausserrhoden
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BE	Bern
BL	Basel-Landschaft
BS	Basel-Stadt
BV	Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft
CESCO	Centre des soins continus
EAPC	Europäische Gesellschaft für Palliative Care
FDP	Freisinnig-Demokratische Partei
FR	Freiburg
GD	Gesundheitsdirektion
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
GE	Genf
GesG	Gesundheitsgesetz
GL	Glarus
GLP	Grünliberale Partei
GR	Graubünden
JU	Jura
KLS	Krebsliga Schweiz
KLV	Verordnung des Eidgenössischen Departements des Innern über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
KSW	Kantonsspital Winterthur
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
LU	Luzern
NE	Neuenburg
NW	Nidwalden
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
OW	Obwalden

SG	St. Gallen
SGPMPB	Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung
SH	Schaffhausen
SO	Solothurn
Spitex	Spitalexterne Pflege
SZ	Schwyz
TG	Thurgau
TI	Tessin
UR	Uri
USZ	Universitätsspital Zürich
VD	Waadt
VS	Wallis
ZG	Zug
ZH	Zürich

Anhangverzeichnis

Anhang I:	Tabellen	62
Anhang II:	Leitfaden für Experteninterviews	66
Anhang III:	Liste der geführten Experteninterviews	67

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

Die demographische Entwicklung, die Zunahme chronischer Krankheiten sowie moralische Debatten über die Grenzen kurativer Behandlungen am Lebensende werden die Nachfrage nach Palliative Care rasant ansteigen lassen (ten Have & Janssen, 2001, S. 2). Konkret wird für die Schweiz ein Wachstum der Mortalitätsrate um fünfzig Prozent innerhalb der nächsten vierzig Jahre prognostiziert (Centeno et al., 2013, S. 311).

Dass der Ausbau der Palliative Care eine gesundheitspolitische Antwort auf diese künftigen Herausforderungen bedeutet, hat der Bund sichtlich spät erkannt. Als am 22. Oktober 2009 von der Plattform Dialog Nationale Gesundheitspolitik die erste Nationale Strategie Palliative Care für die Jahre 2010 bis 2012 verabschiedet wurde, bestanden nicht nur erhebliche Lücken in den Bereichen Versorgung, Finanzierung, Bildung, Forschung und Information (BAG, 2009b, S. 2) – die Schweiz lag auch im internationalen Vergleich im Hintertreffen. So illustriert der *Atlas of Palliative Care in Europe*, der als erster „(...) valide Vergleichsdaten zum Stand der Palliativversorgung in den europäischen Ländern liefert“ (Radbruch & Payne, 2011a, S. 216), die hiesige Rückständigkeit nicht nur bezüglich der Anzahl Betten, sondern auch im Hinblick auf die Gesamtheit an Dienstleistungen und deren Diversität (Centeno et al., 2007). Ein noch düsteres Bild zeichnet der Bericht *„The quality of death“*, der die Qualität des Sterbens in verschiedenen Ländern anhand eines Index vergleichbar macht. Insbesondere in der Kategorie *„Quality of end-of-life-care“*¹ landet die Schweiz mit dem dreissigsten von vierzig möglichen Plätzen in den hinteren Reihen (Economist Intelligence Unit, 2010).

Mit der Nationalen Strategie Palliative Care 2010-2012 galt es daher primär, Palliative Care durch die Zusammenarbeit von Bund, Kantonen und den wichtigsten Akteuren² des Gesundheitswesens zu verankern. Schwerkranke und sterbende Menschen sollten in der Folge ihren Bedürfnissen entsprechende Palliativversorgung erhalten und letztendlich ihre Lebensqualität verbessern können (BAG, 2009b, S. 2). Obwohl ein Grossteil der in der Strategie festgelegten Massnahmen innerhalb der dreijährigen Zeitspanne umgesetzt werden konnte, versäumte man die vollständige Erreichung des Hauptziels: Die breite Implementierung der

¹ Neben der Kategorie *„Quality of end-of-life-care“* enthält der Index drei weitere Kategorien: *„Basic end-of-life healthcare environment, availability of end-of-life care“* und *„cost of end-of-life care“*. Das Abschneiden der Schweiz innerhalb der Kategorien ist unterschiedlich gut – in der Gesamtplatzierung landet sie mit Rang 19 von 40 im Mittelfeld. Für mehr Informationen siehe www.eiu.com/sponsor/lienfoundation/qualityofdeath.

² Zugunsten der Leserfreundlichkeit wird in dieser Arbeit ausschliesslich die maskuline Form verwendet. Es sind jedoch Frauen und Männer gleichermaßen gemeint.

erarbeiteten Grundlagen fehlt in verschiedensten Bereichen nach wie vor (BAG, 2012, S. 6). Insbesondere auf dem Gebiet der Versorgung mangelt es an einem flächendeckenden Angebot an Palliative-Care-Leistungen. Eindrücklich zeigt sich diese Tatsache im Hinblick auf das Verhältnis empfohlener und tatsächlich vorhandener Betten in akut-stationären Einrichtungen: Laut Schätzungen der Europäischen Gesellschaft für Palliative Care (EAPC) liegt der Bedarf für die gesamtschweizerische Bevölkerung bei ca. 720 Palliativbetten³ (Radbruch & Payne, 2011b, S. 264) – im Jahr 2011 konnten landesweit jedoch gerade mal 317 gezählt werden (GDK, 2012a, S. 4).

Bei genauerer Betrachtung zeigen sich zudem markante Unterschiede in Bezug auf die Entwicklung der Palliativversorgung in den einzelnen Kantonen. Ende 2011 bestand in den Kantonen der Westschweiz, in Zürich und St. Gallen ein breites Angebot an Versorgungsstrukturen, während das Mittelland und die Zentralschweiz diesbezüglich nach wie vor in den Kinderschuhen steckten. Obwohl die Palliativversorgung in gewissen Gebieten ausgebaut werden konnte, erhielten zum damaligen Zeitpunkt noch immer nicht alle bedürftigen Menschen die für sie adäquate Betreuung (BAG, 2012, S. 4).

Ein ebenso uneinheitliches Bild zeigt sich im Hinblick auf die gesetzlichen und strategischen Grundlagen. 2011 verfügten nur fünfzehn Kantone über eine explizite rechtliche Grundlage zur Förderung von Palliative Care und gerade mal deren neun über ein Konzept oder eine Strategie (BAG, 2012, S. 17). Was Clark zusammenfassend für weltweit verschiedenste Länder auf den Punkt bringt, scheint also auch für die Schweiz zuzutreffen:

„There’s a lot of interest in the symbolic language of getting palliative care into these high-level statements of policy. But it also has to get into the bloodstream of policy (...) and most countries are struggling to move forward from high-level statements to real action and investment on the ground.” (Clark, zit. n. Economist Intelligence Unit, 2010, S. 29)

In Anbetracht der erwähnten Umstände erstaunt es denn nicht, dass am 19. April 2012 durch Bund und Kantone der Entscheid gefällt wurde, die Nationale Strategie Palliativ Care auch für die Jahre 2013 bis 2015 fortzusetzen.

1.2 Ziel, Fragestellung und Grenzen der Untersuchung

Neben der Darstellung der Palliativversorgung in der Schweiz, ist das Ziel dieser Untersuchung insbesondere einen Erklärungsbeitrag zur eidgenössischen Versorgungsrückständigkeit

³ Laut EAPC beträgt der Bedarf für eine gute Palliativversorgung 80 bis 100 Betten pro 1 Mio. Einwohner. Die Zahl 720 ergibt sich aus dem Produkt des Mittelwerts und der gerundeten Anzahl Schweizer Einwohner: 90 x 8 Mio.

zu leisten und hierbei das Potenzial der zu einem späteren Zeitpunkt zu erläuternden Theorien aufzuzeigen.

In Anbetracht des Angebotsungleichgewichts zwischen den Kantonen wird die Entwicklung der Palliativversorgung jedoch nicht primär mit Ereignissen auf nationaler Ebene in Zusammenhang gebracht, sondern vielmehr anhand individuell-kantonaler Charakteristika erklärt. Konkret bedeutet dies einerseits, dass die Untersuchung auf die Ebene der Kantone heruntergebrochen wird, und andererseits, dass im föderativen System die Ursache der gesamtschweizerischen Missstände vermutet wird. Diese Vermutung fusst auf zweierlei Gründen, wobei ersterer an eine politisch-strukturelle Eigenheit des schweizerischen Gesundheitssystems anknüpft und letzterer dem politikwissenschaftlichen Paradigma des historischen Institutionalismus entspringt: (1) Aufgrund des ausgeprägten Vollzugsföderalismus ist der Bund bei der Verwirklichung von gesundheitspolitischen Zielen auf die Kantone angewiesen. Die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung liegt weitestgehend in deren Händen (Rüefli & Sager, 2004, S. 216). Die Möglichkeit der autonomen Programmgestaltung durch die Kantone und die daraus resultierende Varianz an öffentlichen Politiken, trägt dem Bund – nebst diversen Vorteilen – das Risiko von Ungleichheiten und Versorgungsungerechtigkeiten ein (Rüefli & Sager, 2004, S. 217). Zwar unterstehen die Kantone bei der Wahrnehmung der an sie übertragenen Aufgaben der Aufsicht des Bundes, doch sind dieser Aufsicht enge Grenzen gesetzt. Diese Tatsache führt zu Prinzipal-Agent-Problemen (Sager & Rüefli, 2005, S. 103), wobei der Kanton als Agent das Recht besitzt, im Namen des Bundes zu handeln und zu entscheiden (Braun, 1993, S. 137; Sager & Rüefli, 2005, S. 103). (2) Vor dem konzeptionellen Hintergrund von Pfadabhängigkeit und positiver Rückkoppelung lässt sich für föderative Systeme zeigen, wie institutionelle Arrangements unterschiedliche Entwicklungspfade einschlagen, divergierende Logiken ausbilden und in der Folge auf jeweils individuelle Weise reformresistent werden (Broschek, 2011, S. 29).

In Anbetracht von Vollzugsföderalismus und der damit einhergehenden Prinzipal-Agent-Problematik, sowie von Pfadabhängigkeiten in föderalen Subsystemen, lässt sich für die Palliativversorgung in den einzelnen Kantonen nicht nur eine jeweils spezifische Entwicklung vermuten – es drängen sich auch kritische Überlegungen bezüglich der Bedeutung der Nationalen Strategie⁴ bei der Ausgestaltung der kantonalen Gesundheitspolitiken auf. Nebst der dieser Untersuchung zugrunde liegenden, durchaus weit gefassten Forschungsfrage, **in-**

⁴ Wird ausschliesslich von „Nationaler Strategie“ oder „Nationaler Strategie Palliative Care“ gesprochen, ohne dabei auf Jahreszahlen zu verweisen, so bezieht sich dies sowohl auf die ursprüngliche Strategie (2010-2012) als auch auf deren Fortsetzung (2013-2015).

wiefern das föderative System für die Rückständigkeit der Schweizerischen Palliative Care verantwortlich zeichnet, soll daher auch zwei spezifischeren Fragen nachgegangen werden: (1) Welchen Einfluss übt die Nationale Strategie Palliative Care auf die Ausgestaltung kantonaler Versorgungsarrangements? (2) Inwiefern zeigt sich die Entwicklung in den Kantonen pfadabhängig?

Obwohl die langfristige Verankerung der Palliative Care die verschiedensten Aspekten – Versorgung, Finanzierung, Bildung, Forschung, Sensibilisierung, Freiwilligenarbeit und Angehörigenunterstützung – umfasst (BAG, 2012), liegt der Fokus dieser Untersuchung auf der Versorgung. Nebst der Tatsache, dass die vollumfängliche Untersuchung aller Bereiche den Rahmen der vorliegenden Arbeit sprengen würde, basiert diese Entscheidung insbesondere auf dem Argument, dass die Versorgung in die Zuständigkeit der Kantone fällt, während dem beispielsweise Bildung und Forschung in den Händen des Bundes liegen (BAG, 2012, S. 31).

1.3 Forschungsstand

Die schweizerische Palliative Care ist bis anhin nicht im politikwissenschaftlichen Kontext untersucht worden. Dies dürfte insbesondere darauf zurückzuführen sein, dass dieses Gebiet lange Zeit datenmässig äusserst schlecht belegt war. Noch im Jahr 2007 stellten Centeno et al. (2007, S. 154) fest: „*Switzerland has no official record of data concerning palliative care services, in patients, home patients, etc.*“. Die in Zusammenhang mit dieser Arbeit vorgenommene Recherche zeigte denn auch, dass es hinsichtlich der Datenerfassung erst im Rahmen der Verabschiedung der Nationalen Strategie 2010-2012 zu substantiellen Veränderungen kam (vgl. GDK, 2012a; Waldmann & Schneider 2009; Wyss & Coppex, 2013).

Bezieht man das internationale Umfeld mit ein, so wird ein grösseres Forschungsinteresse an Palliative Care ersichtlich. Es handelt sich hierbei jedoch praktisch ausschliesslich um Themen der Implementation (vgl. Stjernswärd et al., 2007; Webster et al., 2007) oder der Evaluation von Palliative-Care-Programmen in einzelnen Staaten (vgl. Gomez-Batiste et al., 2002; Stjernswärd, 2007). Studien, die den Entwicklungsstand der Palliative Care anhand politikwissenschaftlicher Theorien – und insbesondere anhand von Pfadabhängigkeit und Prinzipal-Agent-Problematik – zu erklären suchen, finden sich hingegen auch hier keine.

Die erwähnten Theorien werden jedoch sehr wohl von Politikwissenschaftlern herangezogen, um andere Sachverhalte im Bereich der öffentlichen Gesundheit zu erklären. Kumpers (2007) beispielsweise erforscht die Steuerung der Demenzversorgung in England und

den Niederlanden unter Zuhilfenahme nationaler und lokaler Pfadabhängigkeiten, Krantz und von Knoch (2013) führen die Schwierigkeit innerhalb von Krankenhäusern Reorganisationen vorzunehmen auf Pfadabhängigkeiten zurück, und Sager und Rüefli (2005) erklären die Ausgestaltung kantonaler präventivmedizinischer Leistungen anhand des Prinzipal-Agent-Modells.

1.4 Aufbau der Arbeit

Die Arbeit ist wie folgt aufgebaut: Im folgenden Kapitel 2 soll dem Leser Palliative Care anhand von Hintergrundinformationen nähergebracht werden. Die historischen Anfänge werden aufgezeigt, die Zuständigkeiten im Rahmen des föderalen Gesundheitssystems dargelegt und die Nationale Strategie Palliative Care präsentiert. Anschliessend werden in Kapitel 3 die bereits angesprochenen Theorien eingehend erläutert und die zu überprüfenden Hypothesen abgeleitet. Kapitel 4, das sich dem Untersuchungsdesign widmet, gibt sowohl Aufschluss über das methodische Vorgehen als auch über die zu berücksichtigenden Indikatoren. Im darauffolgenden Hauptteil, Kapitel 5, werden die eingeführten Hypothesen anhand zweier verschiedener Vorgehensweisen – Vergleich und Fallstudien – überprüft. Ihren Schluss findet diese Arbeit in Kapitel 6, worin die gemachten Befunde zusammengeführt und abschliessend beurteilt werden.

2 Hintergrund: historische Anfänge, das föderale Gesundheitssystem und die Nationale Strategie Palliative Care

2.1 Historische Anfänge

Palliative Care entstand Ende der sechziger Jahre in Grossbritannien als Gegenbewegung zu einer Medizin, die sich auf das Machbare anstelle des Sinnvollen konzentrierte. Dementsprechend standen keine lebensverlängernde, intensivmedizinische Praktiken im Vordergrund sondern die umfassende Linderung oft mehrdimensionalen Leidens (Stiefel, 2011). Als Gründerin der Palliative Care gilt Cicely Saunders, die mit der Eröffnung des St. Christopher's Hospice in London 1967 den Grundstein für eine weltweite Hospizbewegung legte. Das St. Christopher's Hospiz war nicht nur das erste seiner Art – es zeichnete sich insbesondere durch seinen akademischen Hintergrund aus. Das Versorgungskonzept integrierte klinische Inter-

vention, Lehre und Forschung und stellte für die Patienten und deren Angehörigen ein umfassendes medizinisch-psychologisches Netzwerk bereit (Knipping, 2003, S. 9).

Die Geschichte der schweizerischen Palliativversorgung geht auf eine jüngere Tradition zurück. 1988 gründeten Vertreter verschiedenster medizinischer Disziplinen in Lausanne die Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, die jedoch später aufgrund einer holistischeren Betrachtungsweise in Schweizerische Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung (SGPMPB)⁵ umbenannt wurde (Knipping, 2003, S. 22) und heute zunehmend als Palliative.ch bekannt ist. In den Neunzigerjahren war die Palliativ- und Hospizbewegung der Schweiz durch vereinzelte Initiativen und Projekte gekennzeichnet: So entstanden mit der Fondation Rive-Neuve in Villeneuve und dem Hildegard-Hospiz in Basel die ersten Hospize mit Pflegeheimstatus und mit der Chrysalide in La-Chaux-de-Fonds das erste Hospiz mit Spitalstatus. Am Kantonsspital St. Gallen wurde ausserdem die erste Palliativstation gegründet und das Universitätsspital Genf erhielt mit dem Centre des soins continus (CESCO) die erste spezialisierte Langzeiteinrichtung in der geriatrischen Versorgung (Eychmüller et al., 2009, S. 2).

Im März 2001 wurde von der Association François-Xavier Bagnoud unter dem Titel „Palliative Care in der Schweiz 1999-2000“ eine erste Bestandsaufnahme zur Situation der Palliativversorgung in der Schweiz vorgelegt. Die Studie deckte nicht nur gravierende kantonale Diskrepanzen bezüglich des Angebots an spezialisierter Palliative Care auf, sondern verwies auch auf schwerwiegende definitorische Unterschiede und entsprechenden Klärungsbedarf hinsichtlich palliativer Strukturen und Qualitätsstandards (Raemy-Bass et al., 2001). Die Befunde der Bestandsaufnahme mündeten seitens der SGPMPB und der Krebsliga Schweiz (KLS) in der Formulierung des Freiburger Manifests, das im Februar 2001 veröffentlicht wurde. Unter dem Titel „Eine nationale Strategie für die Schweiz“ sollte ein Impuls für die Entwicklung und Förderung der Palliative Care gegeben werden. Kern des Manifests war die Formulierung mehrerer Ziele, die es in den nächsten fünf Jahren zu verfolgen und wiederholt zu überprüfen galt. Neben der Gewährung des fairen Zugangs zu Palliativversorgung für alle Patienten mit chronischen oder unheilbaren Krankheiten, ging es vor allem auch darum, die Verantwortungsbereiche von Bund, Kantonen und Anbietern festzulegen (Eychmüller et al., 2009, S. 3).

Der Bund wurde aufgefordert die Leistungen von Palliative Care – insbesondere des ambulanten Sektors – in den Leistungskatalog des Bundesgesetz über die Krankenversiche-

⁵ Die Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung zählt heute gegen 2000 Mitglieder, rekrutiert aus verschiedensten Berufsgruppen. Für weitere Informationen siehe <http://www.palliative.ch/>.

zung (KVG) zu integrieren und die medizinische und pflegerische Ausbildung zu fördern. Die Kantone sollten Strukturen für Palliative Care bereitstellen, die spitalexterne Pflege (Spitex) forcieren und kantonale Geschäftsstellen für den Aufbau von Netzwerken eröffnen. Für die Anbieter hingegen wurde zum Ziel gesetzt die Kooperationen mit Fachgesellschaften, Freiwilligenorganisationen, politischen Instanzen und Versicherungen zu verstärken (Jaspers & Schindler, 2004, S. 370-371).

Das Freiburger Manifest stellte sich in der weiteren Entwicklung der schweizerischen Palliative Care als hilfreiches Dokument heraus und hat zweifellos auch dazu beigetragen, die politische Wahrnehmung für Defizite im Bereich der Versorgung schwerkranker Menschen zu schärfen. Dennoch konnte nur ein Teil der erhobenen Forderungen realisiert werden. Insbesondere die gravierenden Unterschiede hinsichtlich des Versorgungsangebots in den verschiedenen Landesteilen blieben bestehen (Jaspers & Schindler, 2004, S. 373-375). In der Folge wurde denn von Seiten verschiedenster politischer Verantwortlicher eine nationale Koordination der Entwicklung der Palliative Care hin zu einem flächendeckenden Angebot gemäss internationalem Vorbild gefordert. Die Gesundheitsdirektorin des Kantons Tessin, Patrizia Pesenti, brachte dieses Anliegen anlässlich einer Nationalen Palliative-Care-Tagung Ende 2003 wie folgt auf den Punkt:

„Wir müssen zugeben, dass die föderalistische Struktur und die Tatsache, dass in der Schweiz 26 verschiedene Gesundheitssysteme nebeneinander existieren, der Entwicklung einer öffentlichen Gesundheitspolitik, die diesen Namen auch verdient, nicht gerade helfen. (...) Zur Entwicklung von Palliative Care in der Schweiz braucht es eine nationale Strategie.“ (Pesenti, 2003, zit. n. Jaspers & Schindler, 2004, S. 375-376)

Bevor die beiden Nationalen Strategien Palliative Care 2010-2012 und 2013-2015 präsentiert und die darin enthaltenen geplanten Versorgungsstrukturen dargelegt werden, folgt in einem nächsten Abschnitt ein kurzer Überblick über die Einbettung der Palliative Care im schweizerischen Gesundheitssystem.

2.2 Palliative Care im Kontext des föderalen Gesundheitssystems

Der Föderalismus ist eines der hervorstechenden Merkmale des schweizerischen politischen Systems. Gesundheitsleistungen und Gesundheitspolitik verteilen sich über die drei Ebenen Bund, Kantone und Gemeinden (BAG, 2005, S. 5), wobei die Verteilung der Kompetenzen zwischen dem Bund und den 26 Gliedstaaten durch die Bundesverfassung wie folgt geregelt ist: „Die Kantone sind souverän, soweit ihre Souveränität nicht durch die Bundesverfassung beschränkt ist; sie üben alle Rechte aus, die nicht dem Bund übertragen sind“ (Art. 3 BV). In

Anwendung auf das Gesundheitswesen führt dieses Prinzip zu einem komplexen System, in dem Überschneidungen und Zersplitterung kaum zu vermeiden sind. Die Kompetenzen der einzelnen Ebenen gestalten sich wie folgt:

- **Bund**

Durch den Erlass von Gesetzen und Verordnungen zeichnet der Bund für die Ausrichtung der schweizerischen Gesundheitspolitik verantwortlich (BAG, 2005, S.7). Neben der Bildung und Forschung fallen ihm insbesondere im Bereich der Finanzierung, respektive der Krankenversicherung, wichtige Kompetenzen zu: Er definiert den Leistungskatalog, den Zugang der Leistungserbringer zum Versicherungssystem, die grundlegenden Finanzierungsmechanismen sowie die Regeln der Qualitätssicherung (Sager & Rüefli, 2013, S. 3). Die auf die Palliative Care anwendbaren Finanzierungsbestimmungen sind im KVG in der Verordnung des Eidgenössischen Departements des Innern über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) enthalten. Der Begriff „Palliative Care“ wird jedoch im KVG nicht explizit erwähnt und es bestehen keine spezifischen Leistungs- und Finanzierungsregelungen. Erbrachte Palliative Care Leistungen werden jeweils dann von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) vergütet, wenn es sich um Pflichtleistungen des KVG handelt. Nicht vergütet werden jedoch psychologische und spirituelle Unterstützung sowie hauswirtschaftliche Betreuungsleistungen (BAG, 2009a, S. 43).

- **Kantone**

Die Kantone sind zwar verpflichtet die Erlasse des Bundes zu implementieren – sie sind jedoch legitimiert diese zu modifizieren und Ergänzungen vorzunehmen (Linder, 1987, S. 224): „Im Vollzug der gesetzlichen Vorgaben sind die Kantone autonom“ (BAG, 2005, S. 10). Den Kantonen fallen insbesondere folgende Aufgaben zu: Die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung anhand der Spitalplanung, der spitalexternen Krankenpflege und des Baus und Betriebs kantonaler Spitäler und Heime. Weiter die Gesundheitsförderung, die Berufszulassung für medizinische und paramedizinische Berufe, die Finanzierung verschiedener medizinischer und pflegerischer Einrichtungen sowie die Prämienverbilligung für finanzschwache Personen (BAG, 2005, S. 10).

- **Gemeinden**

Die Aufgaben der Gemeinden variieren je nach Grösse erheblich und werden teilweise im Verbund mit Nachbargemeinden wahrgenommen oder an Private delegiert. Die Gemeinden

sind insbesondere dafür verantwortlich, die Gesundheitsversorgung über Spitäler, Heime, Spitex oder Sozialdienste sicherzustellen. Des Weiteren sind sie in Zusammenarbeit mit Bund und Kantonen für die Prävention und die Gesundheitsförderung verantwortlich (BAG, 2005, S. 12).

Die Kompetenzverteilung im Gesundheitswesen und insbesondere die Tatsache, dass die Kantone sowohl bei der Finanzierung als auch bei der Organisation die zentrale Rolle spielen (Raemy-Bass et al., 2001, S. 20), führt zu 26 verschiedenen Gesundheitssystemen, die unter dem nationalen Krankenversicherungssystem subsummiert sind (Sager & Rüefli, 2013, S. 4). Für die Palliative Care bedeutet dies, dass bezüglich *Support*, konzeptueller Integration, Versorgungsstruktur und -angebot je nach Kanton enorme Differenzen bestehen (Eychmüller et al., 2009, S. 43) – denn schliesslich sind es die Kantone, die über Subventionen für Palliativeinrichtungen oder über Leistungsaufträge für Spitäler, Alters- und Pflegeheime bestimmen. Kurzum, die Kantone haben die Möglichkeit „(...) Palliative Care in ihrer Gesetzgebung den Stellenwert einzuräumen, den sie im Gesundheitswesen einnehmen soll“ (Raemy-Bass, 2001, S. 20).

Es muss jedoch angefügt werden, dass sich die Regulierungsbemühungen der Kantone praktisch ausschliesslich auf den stationären Bereich der Versorgung beziehen. Aufgrund der mangelnden Finanzierungskompetenz im ambulanten Sektor, entzieht sich dieser weitestgehend der öffentlichen Planung (Sager & Rüefli, 2013, S. 4). Im Falle der Palliative Care wird die ambulante Versorgung über frei praktizierende, private Leistungserbringer, wie Haus- und Fachärzte, gewisse Spitexorganisationen oder onkologische Ambulatorien sichergestellt (Knipping, 2003, S. 31). Die Regulierungskompetenz der Kantone ist somit im ambulanten Bereich hauptsächlich auf die Zulassung und Überwachung der Leistungserbringer beschränkt. Um das Versorgungsangebot zu beeinflussen, d.h. Veränderungen zu initiieren, unerwünschte Entwicklungen zu unterbinden, oder das Angebot zu erweitern, können die Kantone laut Sager und Rüefli (2013, S. 4) jedoch auch von der Möglichkeit finanzielle Anreize zu setzen Gebrauch machen.

2.3 Nationale Strategie Palliative Care und integrierte Versorgung

2.3.1 Nationale Strategie Palliative Care 2010-2012

Die Nationale Strategie Palliative Care 2010-2012 wurde vom Bund und den Kantonen im Rahmen der Plattform „Nationale Gesundheitspolitik“ im Oktober 2009 verabschiedet. Als

Hauptziel galt es, Palliative Care in Zusammenarbeit mit den wichtigsten Akteuren im Gesundheits-, Sozial-, Bildungs- und Forschungswesen zu verankern, um „erhebliche Lücken“ (BAG, 2009b, S. 2) in den Bereichen Versorgung, Finanzierung, Sensibilisierung, Bildung und Forschung zu schliessen. Um die Schliessung dieser Lücken zu erzielen wurde der Ist-Zustand für alle Bereiche erhoben und anschliessend jeweils ein strategisches Ziel definiert.

Für die in dieser Untersuchung im Zentrum stehende Versorgung konnte bezüglich des Ist-Zustandes insbesondere festgestellt werden, dass sich die Zugangschancen zu den Angeboten der Palliative Care je nach Region, Alter, sozioökonomischem Status oder Krankheitsbild unterschiedlich gestalteten. Als Grund hierfür wurde das ungleiche Angebot an Palliative-Care-Leistungen in den einzelnen Kantonen und Regionen identifiziert. In den meisten Kantonen fehlte es zudem an einer umfassenden Versorgungsplanung und an Indikationskriterien, die erfüllt werden müssen, um gewisse Leistungen in Anspruch nehmen zu können. Das in der Nationalen Strategie 2010-2012 festgelegte Hauptziel für den Bereich Versorgung lautete denn auch schlicht „In der ganzen Schweiz genügend Angebote der Palliative Care zur Verfügung (zu stellen)“ (BAG, 2009b, S. 4).

Dass sich der Bund überhaupt gezwungen sah die Entwicklung auf dem Gebiet der Palliative Care voranzutreiben, ist insbesondere auf demographische Veränderungen zurückzuführen: Heute scheiden nur ca. zehn Prozent der Menschen, die in der Schweiz pro Jahr sterben, unerwartet aus dem Leben – die Mehrheit stirbt nach einer über längere Zeit andauernden Pflegebedürftigkeit. Aufgrund der immer älter werdenden Gesellschaft, werden inskünftig unheilbare chronische Krankheiten zunehmen, wodurch sich auch der Anteil der auf Pflege angewiesenen Bevölkerung vergrössern wird. Hinzu kommt, dass Multimorbidität, als charakteristisches Phänomen des Alterns, ebenfalls vermehrt vorkommen und die Behandlung deutlich komplexer machen wird. Um diese Herausforderungen zu meistern, so hat der Bund erkannt, werden innovative gesundheitspolitische Modelle wie Palliative Care immer notwendiger (BAG, 2009b, S. 2-6).

Laut Nationaler Strategie 2010-2012 soll Palliative Care bei allen fortschreitenden Krankheiten ohne Heilungsaussicht oder mit unklarem Verlauf zur Anwendung kommen – unabhängig vom Alter, für alle Patienten und deren Angehörige. Die in der Strategie vorzufindende Definition von Palliative Care lautet somit wie folgt:

„Palliative Care verbessert die Lebensqualität von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und chronisch fortschreitenden Krankheiten. Sie umfasst medizinische Behandlungen, pflegerische Interventionen, psychische, soziale und spirituelle Unterstützung in der letzten Lebensphase.“ (BAG, 2009b, S. 20)

Neben der Verfügbarkeit für alle bedürftigen Menschen wurde in der Nationalen Strategie zudem die Ortsunabhängigkeit als weiteres wichtiges Kriterium hervorgehoben. Der Patient sollte demnach nicht an einen bestimmten Betreuungsort gebunden sein, sondern selbst entscheiden können, in welchem Umfeld er seine letzte Lebensphase verbringen möchte. Hierzu wurde vom Verein Palliative.ch ein Modell der Versorgungsstrukturen ausgearbeitet, das zwischen Angeboten der Grundversorgung, unterstützenden und spezialisierten Angeboten unterscheidet (BAG, 2009b, S. 21).⁶

2.3.2 Nationale Strategie Palliative Care 2013-2015

Obwohl der Bund und die Kantone mit der Nationalen Strategie Palliative Care 2010-2012 wichtige Grundlagen zur Förderung der Palliativversorgung in der Schweiz geschaffen und gewisse Kantone in der Folge ihr Angebot erweitert haben, konnte das Hauptziel – Palliative Care im Gesundheitswesen und in der Bildung zu verankern und schwerkranken Menschen ihren Bedürfnissen entsprechende Versorgung zukommen zu lassen – nicht vollständig erreicht werden. Als Konsequenz hieraus wurde am 25. Oktober 2012 die Nationale Strategie für die Jahre 2013-2015 verabschiedet (BAG, 2012, S. 3).

Neben einer Beurteilung zur Umsetzung der vorangegangenen Strategie und dem Handlungsbedarf für die kommenden Jahre finden sich im neuen Dokument insbesondere Änderungen bezüglich der Definition des Begriffs „Palliative Care“, der Versorgungsstrukturen und der Zielgruppen (vgl. BAG, 2012). Insgesamt scheint die Koordination und Vernetzung, also die Integration einzelner Palliativdienste in ein Netzwerk, dem auch nahestehende Bezugspersonen angehören, an Relevanz gewonnen zu haben (GDK, 2012b, S. 3). Palliative Care wird neu wie folgt definiert:

„(Die Palliative Care umfasst) die Betreuung und die Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten. Sie wird vorausschauend miteinbezogen, ihr Schwerpunkt liegt aber in der Zeit, in der die Kuration der Krankheit als nicht mehr möglich erachtet wird und kein primäres Ziel mehr darstellt. Patientinnen und Patienten wird eine ihrer Situation angepasste optimale Lebensqualität bis zum Tode gewährleistet und die nahestehenden Bezugspersonen werden angemessen unterstützt. Die Palliative Care beugt Leiden und Komplikationen vor. Sie schliesst medizinische Behandlungen, pflegerische Interventionen sowie psychologische, soziale und spirituelle Unterstützung mit ein.“ (BAG, 2012, S. 6-7)

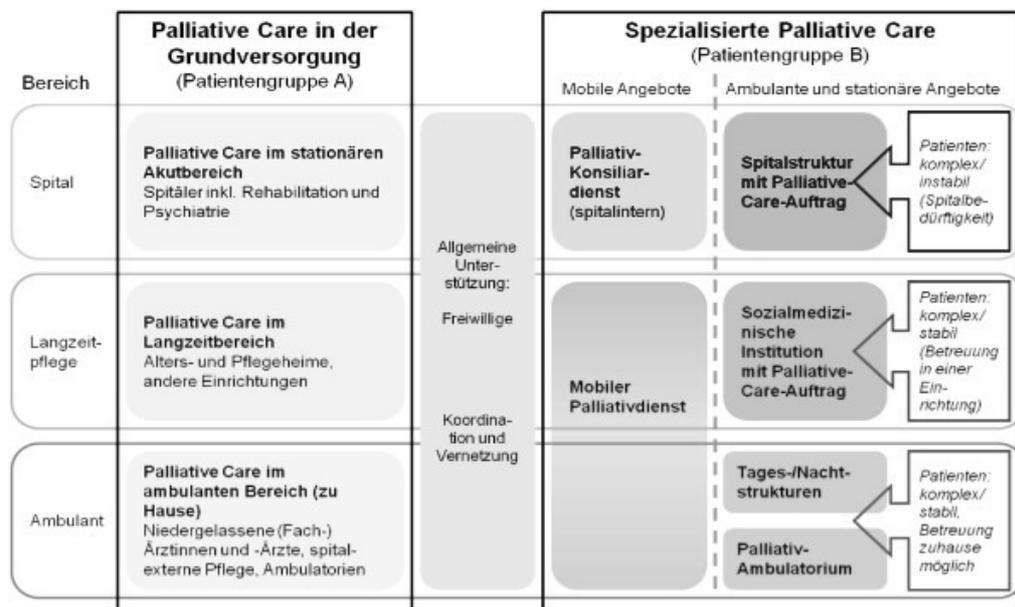
Laut Definition soll sich Palliative Care also an den Symptomen und Bedürfnissen der Patienten und ihren Bezugspersonen ausrichten. Aufgrund der unterschiedlichen Bedürfnisse werden die Patienten in der Strategie 2013-2015 neu in zwei Gruppen eingeteilt: Patienten in der

⁶ Eine eingehendere Umschreibung des Versorgungsmodells findet sich auf den Seiten 23 bis 26 dieser Untersuchung in Zusammenhang mit der Nationalen Strategie Palliative Care für die Jahre 2013-2015.

Grundversorgung (Patientengruppe A) und Patienten in der spezialisierten Palliative Care (Patientengruppe B). Die Patientengruppe A umfasst Patienten, die sich aufgrund ihres Krankheitsverlaufs mit dem Lebensende vorausschauend auseinandersetzen müssen, jedoch grösstenteils im Rahmen der Grundversorgung – also durch niedergelassene Ärzte, Spitexorganisationen, Akutspitäler, Alters- und Pflegeheime – betreut werden können. Die zahlenmässig kleinere Patientengruppe B hingegen ist auf Unterstützung durch ein spezialisiertes Palliative-Care-Team angewiesen. Dies, weil Patienten dieser Gruppe komplexe Behandlungen benötigen, instabile Krankheitssituationen aufweisen oder nahestehende Bezugspersonen die Belastungsgrenze zu überschreiten drohen. Da eine Person im Verlauf ihrer Krankheit beiden Patientengruppen angehören kann, ist der Übergang fließend (GDK, 2012b, S. 4).

Die in der Nationalen Strategie 2013-2015 angestrebten Versorgungsstrukturen gestalten sich als ein komplexes Netzwerk, dessen Bereiche „Spital“, „Langzeitpflege“ und „ambulante Versorgung“ entsprechend der Patientengruppe in weitere Unterbereiche aufgespaltet werden (vgl. Abbildung 1).

Abbildung 1: Versorgungsstrukturen Palliative Care in der Schweiz



Quelle: GDK, 2012b, S. 13

Der linke Teil der Abbildung 1 zeigt die Situation für Palliativpatienten der Patientengruppe A, also für jene, die auf keine komplexe Behandlung angewiesen sind. Diese können von den Leistungserbringern der Grundversorgung im akut-stationären Bereich, im Langzeitbereich oder im ambulanten Bereich betreut werden. Es handelt sich hierbei um Ärzte oder Pfleger, die vermehrt in Palliativsituationen involviert sind und über ein solides Grundwissen und Ba-

sisfertigkeiten verfügen – wie beispielsweise Geriater oder Onkologen –, deren Haupttätigkeitsfeld jedoch nicht die Palliativversorgung ist (Radbruch & Payne, 2011a, S. 223).

Der rechte Teil der Grafik hingegen bildet die Lage der auf eine komplexe Behandlung angewiesenen Patientengruppe B ab. Auch hier findet sich die Unterteilung nach Spitalbereich, Langzeitbereich und ambulanten Bereich. Es kann jedoch weiter nach ambulanten, stationären und mobilen Angeboten unterschieden werden (GDK, 2012b, S. 5-6). Da für diese Untersuchung praktisch ausschliesslich die spezialisierten Palliative-Care-Angebote relevant sind⁷ – Palliative Care in der Grundversorgung wird höchstens im Rahmen der integrierten Versorgung berücksichtigt –, diese dem Laien jedoch nicht intuitiv zugänglich sind, werden sie an dieser Stelle kurz erläutert.

- Mobile Angebote

Die mobilen Angebote, Palliativ-Konsiliardienst und mobiler Palliativdienst, unterstützen die Leistungserbringer der Grundversorgung mit spezialisiertem Fachwissen. Das Ziel hierbei ist es, Patienten mit instabilem Krankheitsbild oder phasenweisem Anspruch auf eine komplexe Behandlung, an ihrem jeweiligen Aufenthaltsort den Zugang zu spezialisierter Palliative Care zu ermöglichen und eine Verlegung des Patienten in eine andere Institution zu vermeiden (GDK, 2012b, S. 6).

- Palliativ-Konsiliardienst (spitalintern)

Der Palliativ-Konsiliardienst setzt sich aus einem spezialisierten, interprofessionellen Team im Spital zusammen und wendet sich nicht primär an die Patienten und deren Angehörige, sondern an das betreuende medizinische Personal in den Stationen und Ambulatorien. Er übernimmt eine beratende Tätigkeit und wirkt unterstützend bei komplexen Situationen von Patienten mit fortgeschrittenen Erkrankungen. Die Konsiliardienste sind ausserdem von Bedeutung für die Verbindung zu lokalen Palliative-Care-Netzwerken sowie für den erleichterten Übergang zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Sie erfüllen damit die sogenannte Brückenfunktion (GDK, 2012b, S. 13).

- Mobiler Palliativdienst (spitalextern)

Der mobile Palliativdienst besteht ebenfalls aus einem spezialisierten, interprofessionellen Team. Im Gegensatz zum Konsiliardienst richtet er sich in seiner beratenden Funktion je-

⁷ Grund hierfür ist, dass Palliative Care in der Grundversorgung durch niedergelassene Ärzte, Spitex, Alters- und Pflegeheime, Akutspitäler sowie Institutionen für Menschen mit Behinderungen abgedeckt wird. Diese verfügen über kein spezifisches Fachwissen und sind nicht exklusiv der Palliativversorgung zuzuordnen (BAG, 2010, S. 19). Ihre Berücksichtigung für den empirischen Teil dieser Arbeit würde daher zu einer Verzerrung der Ergebnisse führen.

doch nicht an die professionellen Betreuenden in den Spitälern sondern an jene zu Hause oder in Pflegeheimen. Für Hausärzte und Pflegepersonal ist er anleitend tätig und vermittelt seine Erfahrung auf dem Niveau der spezialisierten Palliativversorgung. Sein Hauptziel ist es denn auch, das spezialisierte *Know-how* im jeweiligen Umfeld verfügbar zu machen. In gewissen Situationen kann sich der mobile Palliativdienst jedoch auch direkt an den Patienten richten, nämlich dann, wenn er von den Grundversorgern angefragt wird, sich an der Behandlung des Patienten zu beteiligen. Aufgrund der Tatsache, dass der mobile Palliativdienst die einzelnen Bestandteile eines Palliativnetzes verbinden und den Übergang zwischen ambulanter und stationärer Betreuung erleichtern soll, kommt auch ihm eine Brückenfunktion zu (GDK, 2012b, S. 14).

- Ambulante Angebote

Im Bereich ambulanter Angebote – Tages- und Nachtstrukturen sowie Palliativ-Ambulatorium – werden Patienten betreut die zwar eine stabile Krankheitssituation aufweisen, jedoch auf eine komplexe Behandlung angewiesen sind. Durch die ambulanten Angebote soll die Kontinuität der Betreuung und der Verbleib im privaten Umfeld sichergestellt werden.

- Tages- und Nachtstrukturen (Tages- und Nachthospiz)

Dieses Angebot ist zeitlich limitiert und bietet den Palliativpatienten die Möglichkeit, tagsüber an verschiedenen Aktivitäten teilzunehmen oder die Nacht in einem professionellen Umfeld zu verbringen. Tages- und Nachtstrukturen sind zumeist an eine sozialmedizinische Institution mit Palliative-Care-Auftrag angeschlossen und bieten Betreuung durch ein spezialisiertes, interprofessionelles Team, dem auch freiwillige Mitarbeitenden angehören. Neben der Förderung der Lebensqualität dienen sie insbesondere der Entlastung nahestehender Bezugspersonen (GDK, 2012b, S. 11).

- Palliativambulatorium

Palliativambulatorien finden sich innerhalb von Akutspitälern oder aber im Verbund mit diesen. Ein spezialisiertes, interprofessionelles Team begleitet Patienten mit oftmals weit fortgeschrittenem Leiden, die auf ein kontinuierliches Betreuungsnetz angewiesen sind. Die Sicherstellung der Kontinuität der Betreuung im Palliative-Care-Netzwerk zählt somit zu den Hauptaufgaben eines jeden Palliativambulatoriums (GDK, 2012b, S.12).

- Stationäre Angebote

Die stationären Angebote – Spitalstruktur mit Palliative-Care-Auftrag und Sozialmedizinische Institution mit Palliative-Care-Auftrag – richten sich an Patienten, die laufend auf Versorgung durch spezialisierte Palliative Care angewiesen sind.

- Spitalstruktur mit Palliative-Care-Auftrag (Palliativstation oder Hospiz mit Spitalstatus)

Unter Spitalstruktur mit Palliative-Care-Auftrag versteht sich entweder eine Station innerhalb eines Krankenhauses oder eine eigenständige Institution, die stationäre Palliativversorgung selbständig oder im Verbund mit einem Akutspital anbietet. Ein spezialisiertes, interprofessionelles Team kümmert sich mit einem ganzheitlichen Fokus um die Patienten und deren Bezugspersonen. Dieses Angebot richtet sich an Patienten, die eine instabile Krankheitssituation aufweisen und auf eine komplexe Behandlung angewiesen sind (GDK, 2012b, S. 7-8).

- Sozialmedizinische Institution mit Palliative-Care-Auftrag (Hospiz mit Pflegeheimstatus)

Sozialmedizinische Institutionen mit Palliative-Care-Auftrag sind Einrichtungen der Langzeitpflege, die entweder eigenständig oder als Abteilung einer anderen Institution angegliedert sind. Auch hier werden die Patienten und ihre Angehörigen durch ein spezialisiertes, interprofessionelles Team mit ganzheitlichem Fokus betreut, neben den professionellen Betreuenden sind allerdings auch freiwillige Mitarbeitende integraler Bestandteil der Teams. Sozialmedizinische Institutionen richten sich an Patienten mit vorwiegend stabilem Krankheitsbild, deren Behandlung jedoch grosse Komplexität aufweist und daher stationär erfolgt (GDK, 2012b, S. 9).

Nebst den im Modell aufgeführten Versorgungsangeboten gilt es ausserdem auf Palliative Kompetenzzentren als möglichen zusätzlichen Teil der spezialisierten Versorgung hinzuweisen. Die Aufgabe Palliativer Kompetenzzentren ist es, spezialisierte Versorgung in einer breiten Vielfalt von Angeboten bereitzustellen, einschliesslich stationärer, ambulanter und mobiler Betreuung. Des Weiteren sollten sie Möglichkeiten zur Forschung sowie Aus- und Weiterbildung im Bereich der Palliative Care bieten und für die Entwicklung von neuen Methoden und Standards zuständig sein (Radbruch & Payne, 2011a, S. 224).

2.3.3 Integrierte Versorgung

Integrierte Versorgung ist in den letzten zwanzig Jahren zu einem relevanten gesundheitspolitischen Thema der meisten OECD Staaten geworden. „(Sie) beschreibt konzeptionell eine Versorgung in der Einzelakteure in koordinierter Weise agieren, um gesundheitsbezogene Dienstleistungen zu umfassenden Versorgungspfaden zusammenzufügen“ (Kümpers, 2007, S. 9) und kann als Antwort auf Veränderungen des Versorgungsbedarfs grosser Patientengruppen verstanden werden. Laut Kümpers (2007, S. 9-10) lässt sich integrierte Versorgung aus verschiedenen, jedoch oftmals miteinander in Verbindung stehenden Perspektiven begreifen:

- aus Patientenperspektive ist sie ein Versorgungskonzept und garantiert nahtlose Versorgung an den Schnittstellen;
- aus Organisationsperspektive steht sie für inter- und intraorganisationelle Koordination und umfasst sowohl *Case Management* als auch interprofessionelle Teams;
- als logistisches Konzept definiert sie Versorgungspfade von Patienten sowie die Verbindung zwischen den einzelnen Angeboten;
- als politisches Konzept verweist sie auf Gesetzgebung, Strategien und Programme;
- aus ökonomischer Perspektive steht der Aspekt der Effizienz, und damit die Vermeidung von Unter-, Über- und Fehlversorgung, im Vordergrund.

Zu den relevanten Zielgruppen der integrierten Versorgung zählen neben alten Menschen und solchen mit Behinderung auch Palliativpatienten. Insbesondere im Bereich der spezialisierten Palliativversorgung, die sowohl physische, psychische, soziale als auch spirituelle Unterstützung leisten kann, sind die Patienten auf die kontinuierliche Zusammenarbeit und Kommunikation der verschiedenen Professionen angewiesen (Radbruch & Payne, 2011a, S. 222). Palliativversorgung versteht sich somit als integraler Bestandteil aller Strukturen des Gesundheitssystems – von der Pflege zu Hause über Einrichtungen des betreuten Wohnens bis zum Akutspital (Radbruch & Payne, 2011b, S. 261).

Es liegt folglich auf der Hand, dass der Zugang zu Palliative Care sowie die Versorgungsqualität in einer Region nicht ausschliesslich von den Kompetenzen einzelner Institutionen abhängt, sondern massgeblich auch von der Koordination der Angebote. Um diese Koordination zu gewährleisten spielt laut Experten wie Knipping (2006, S. 63) oder Radbruch und Payne (2011b, S. 263) einerseits die Vernetzung zwischen den Anbietern eine zentrale Rolle und andererseits das Vorhandensein eines *Case Managers*. Diesem kommt in der Funktion eines Fallkoordinators die Rolle zu, den Informationsfluss und die Kontinuität der Versorgung über die einzelnen Angebote hinweg zu gewährleisten. Die Individualität der Krankheitsverläufe und die oft rasche Zustandsveränderung der Patienten macht schliesslich eine

hohe Versorgungsflexibilität notwendig, die in Abwesenheit eines *Case Managers* kaum zu realisieren wäre (Knipping, 2006, S. 63).

Dass Defizite in der Versorgung oftmals mit mangelnder Kommunikation und Koordination über mehrere Schnittstellen hinweg einhergehen, hat auch der Bund erkannt. Die Stärkung der integrierten Versorgung anhand der Optimierung der Arbeits- und Kompetenzverteilung und der Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen findet daher in der Nationalen Strategie Palliative Care 2013-2015 wie folgt Erwähnung:

„Bei der Palliative Care wird die Versorgung an den Schnittstellen besonders beachtet, um eine kontinuierliche Behandlung zu gewährleisten. (...) Palliative Care setzt Koordination bzw. Vernetzung der verschiedenen Leistungserbringer im Sinne einer interdisziplinären oder intersektoriellen Zusammenarbeit voraus.“ (BAG, 2012, S. 8)

3 Analytischer Rahmen und Hypothesen

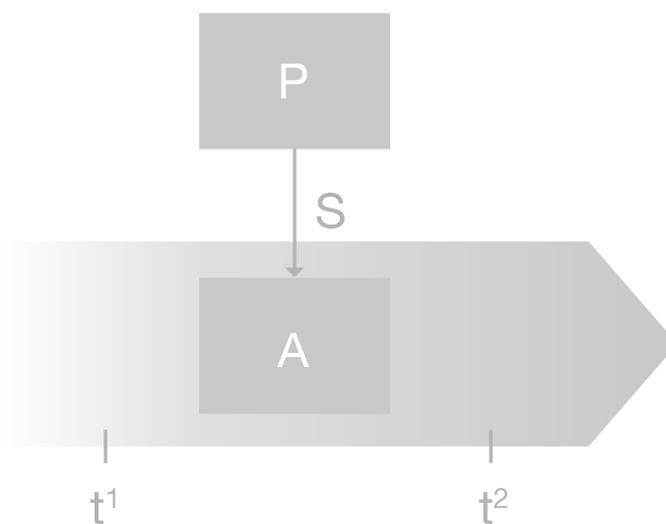
Das theoretische Fundament dieser Arbeit ist ein eklektisches: Als primärer Analyserahmen dient der historische Institutionalismus und das ihm entlehene Konzept der Pfadabhängigkeit. Durch die äusserst distinktive Sichtweise des historischen Institutionalismus, politische und soziale Arrangements nicht als Momentaufnahmen sondern als Ergebnisse langwieriger Prozesse zu verstehen (Broschek, 2011, S. 28), wird er als geeignet erachtet, der föderalismusbedingten Komplexität der Schweizer Palliativversorgung Rechnung zu tragen.

Das theoretische Fundament wird komplettiert durch das Prinzipal-Agent-Modell, das via *rational choice* Institutionalismus Eingang in die politikwissenschaftlichen Debatten fand (Braun, 1993, S. 136). Es muss erwähnt werden, dass der historische und der *rational choice* Institutionalismus – obwohl zusammen mit dem soziologischen Institutionalismus unter der Bezeichnung Neo-Institutionalismus subsummiert – traditionell als konkurrierende Ansätze erachtet werden. Die drei Schulen unterscheiden sich denn auch hinsichtlich der Konzeptualisierung von Institutionen, der Rolle der Akteure sowie der Bildung von Präferenzen (Kümpers, 2007, S. 14). In letzter Zeit wurde jedoch von Seiten verschiedener Autoren, wie Scharpf (2000) oder Thelen (1999), auf Konvergenzen anstelle von Inkompatibilität hingewiesen.

In der vorliegenden Arbeit soll durch Einflechtung des Prinzipal-Agent-Modells in den historisch-institutionalistisch gefärbten Kontext, der Bezug zwischen den beiden Ebenen Bund und Kanton hergestellt und der Einfluss des Ersteren während einer klar umrissenen Zeitspanne erörtert werden. Die unten aufgeführte Abbildung 2 veranschaulicht das theoreti-

sche Konstrukt: Der Bund als Prinzipal P und der Kanton als Agent A stehen hierbei in einer hierarchischen Beziehung, wobei der Prinzipal anhand der Nationalen Strategie Palliative Care S auf den Agenten und dessen Palliativversorgung Einfluss zu üben sucht. Die als Pfeil dargestellte Horizontale steht für die Entwicklung der Palliativversorgung des Kantons im Sinne der Pfadabhängigkeit und die beiden Zeitpunkte t_1 , Beginn der Laufzeit der Nationalen Strategie im Jahr 2010, und t_2 , Auslaufen der Nationalen Strategie im Jahr 2015, stecken den zeitlichen Rahmen der Einflussnahme ab.

Abbildung 2: Theoretisches Konstrukt aus Prinzipal-Agent-Modell und Pfadabhängigkeit



Legende:

- P: Prinzipal (Bund)
- A: Agent (Kanton)
- S: Nationale Strategie Palliative Care
- t_1 : 2010
- t_2 : 2015

Quelle: eigene Darstellung

Die genannten Theorien und Konzepte werden nun in den beiden folgenden Kapiteln eingehend erläutert und ihre Tauglichkeit als Analyserahmen für die zu ergründende Fragestellung diskutiert. Des Weiteren wird das der Untersuchung zugrunde liegende Verständnis von Institutionen dargelegt und die zu überprüfenden Hypothesen abgeleitet.

3.1 Historischer Institutionalismus und Pfadabhängigkeit

Der historische Institutionalismus entwickelte sich in den 1960er und 1970er Jahren parallel zu den beiden weiteren neo-institutionalistischen Schulen, dem soziologischen und dem *rational choice* Institutionalismus (Hall & Taylor, 1996, S. 936). Wie erwähnt stehen im Fokus

dieses Theoriestrangs nicht Momentaufnahmen sondern politische Prozesse, die sich über einen längeren Zeithorizont hinweg manifestieren (Broschek, 2011, S. 28). Laut Kümpers (2007, S. 14) bietet der historische Institutionalismus dadurch die geeignete Grundlage für die Analyse transnationaler Divergenzen in der Politikimplementierung. Es wird ermöglicht, die Kontextspezifität von Entwicklungen und Ergebnissen aufzuzeigen und zu erklären. Zwar stehen im Zentrum der hier vorliegenden Untersuchung keine Staaten sondern Kantone – in Anbetracht ihrer weitgehenden Kompetenzen als Vollzugs- und Programminstanzen (Linder, 1987, S. 224) werden jedoch auch diese als geeignete Untersuchungseinheit erachtet.

Dem Verständnis von Institutionen kommt im historischen Institutionalismus, wie auch in den übrigen beiden Schulen, die zentrale Rolle zu (Thelen & Steinmo, 1992; Hall & Taylor, 1996; Kümpers, 2007). Laut Thelen und Steinmo (1992, S. 2) sowie Hall und Taylor (1996, S. 938) bedienen sich historische Institutionisten zumeist einer Definition von Institution, die sowohl formelle Organisationen als auch informelle Regeln und Prozeduren einschliesst. In Anbetracht der zu untersuchenden Palliativversorgung, die neben den Prozeduren der integrierten Versorgung insbesondere tangible organisationelle Einrichtungen wie Ambulatorien oder mobile Palliativdienste umfasst, erscheint es sinnvoll, folgende breite Definition von Institutionen heranzuziehen: „(...) *the formal or informal procedures, routines, norms and conventions embedded in the organizational structure of the polity or political economy*“ (Hall & Taylor, 1996, S. 938). Institutionen werden somit mit Organisationen und den durch diese Organisationen proklamierten Regeln und Normen assoziiert (Hall & Taylor, 1996, S. 938).

Der historische Institutionalismus zeichnet sich des Weiteren durch seine distinktive Sicht auf historische Abläufe aus. Der sequentiellen Abfolge von Ereignissen sowie der Rekonstruktion von Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen kommt eine unabdingbare Rolle zu (Broschek, 2011, S. 28-29). Dies manifestiert sich im Konzept der Pfadabhängigkeit: Prozesse beginnen nicht bei Null – sie basieren auf historisch vorgelagerten Ereignissen, auf Erbschaften, die von Entscheidungen der Vergangenheit her rühren (Kümpers, 2007, S. 15). Pfadabhängigkeit wird somit mit Historizität in Verbindung gebracht: Welches Ergebnis – im vorliegenden Fall welches Arrangement von Palliativversorgung – schlussendlich zustande kommt, hängt davon ab, welchen historischen Pfad ein Prozess einschlägt. Dass den Ereignissen zu Anfang des Prozesses besondere Bedeutung zukommt, liegt auf der Hand. Sie legen die Grundrichtung eines Pfades fest und prägen ihn derart, dass der Einfluss der nachfolgenden Ereignisse zunehmend vernachlässigbar wird (Ackermann, 2001, S. 10-12).

Besonders schön veranschaulicht dies das Urnenmodell, welches als repräsentativ für die Pfadabhängigkeitsdiskussion angesehen wird. Hierbei befinden sich eine rote und eine weisse Kugel in einer Urne, wobei in der Folge eine der beiden Kugeln blind gezogen wird. Die Wahrscheinlichkeit weiss oder rot zu ziehen beträgt jeweils einhalb. Wird beim ersten Mal weiss gezogen, so wird anschliessend eine zusätzliche weisse Kugel in die Urne gelegt, was die Wahrscheinlichkeit erneut weiss zu ziehen auf zwei Drittel erhöht, während dem die Wahrscheinlichkeit für rot auf ein Drittel sinkt. Führt man dieses Spiel in der gleichen Manier fort, vergrössert sich die Wahrscheinlichkeit weiss zu ziehen zusehends – der „weisse Pfad“ verfestigt sich (Ackermann, 2001, S. 11-12).

Laut Arthur (1994, S. 112) ist das Vorliegen von positiven Rückkopplungen oder von selbstverstärkenden Effekten⁸ die Ursache von Pfadabhängigkeit, denn sie treiben die Entwicklung auf dem eingeschlagenen Pfad voran. Im Urnenmodell etwa liegt eine positive Rückkopplung vor, da die Wahrscheinlichkeit eine bestimmte Farbe zu ziehen zunimmt, je häufiger diese Farbe zuvor gezogen wurde (Ackermann, 2001, S. 16). Die Tatsache, dass sich ursprünglich eingeschlagene Pfade verfestigen, trifft jedoch unabhängig von qualitativen Eigenschaften zu. Auch unerwünschte Zustände, die zumeist als Ineffizienzen bezeichnet werden, sind möglich und können von Dauer sein (Ackermann, 2001, S. 20-21).

Es drängt sich nun die Frage auf, inwiefern Institutionen und Pfadabhängigkeit miteinander in Verbindung stehen. Institutionen, so scheint man sich in der einschlägigen Literatur (vgl. Ackermann, 2001; Clemens & Cook, 1999; Hall & Taylor, 1996) einig, sind von Dauer. Laut Ackermann (2001, S. 86) müssen „Institutionen notwendigerweise eine gewisse Stabilität über die Zeit aufweisen (...), um ihre Funktion als Ordnungsfaktoren zu erfüllen“. Institutionen verweisen somit auf Kontinuität in der Gesellschaft. Sie haben „strukturelle und einschränkende Charakteristika“ (Aspinwall & Schneider, 2000, S. 7, zit. n. Kümpers, 2007, S. 15). Sie sind die treibende Kraft in der historischen Entwicklung, in dem sie diese entlang bestimmter Pfade vorantreiben (Hall & Taylor, 1996, S. 941). Institutionen können also als Ausgangspunkt von Pfaden und letztendlich von Pfadabhängigkeiten verstanden werden.

In der Folge erstaunt es nicht, dass historische Institutionen der Frage, wie Institutionen diese Pfade produzieren, grosse Aufmerksamkeit schenken (Hall & Taylor, 1996, S. 941). Wie zuvor dargelegt, sind positive Rückkopplungen die Ursache von Pfadabhängigkeiten. Laut Ackermann (2001, S. 97) lassen sich bei Institutionen drei Arten von positiven Rückkopplungen identifizieren: (1) Lerneffekte, (2) Koordinationseffekte und (3) Komple-

⁸ Arthur (1994, S. 112) weist darauf hin, dass in der Wissenschaft verschiedenste Begriffe für dasselbe Phänomen verwendet werden. Die vorliegende Arbeit beschränkt sich jedoch auf „selbstverstärkende Effekte“ und „positive Rückkopplungen“.

mentarität von Institutionen. (1) Lerneffekte bedeuten, dass einerseits Institutionen das Denken von Individuen prägen und andererseits Individuen durch ihr Handeln Institutionen beeinflussen. Es lässt sich hier somit von einer „pfadverstärkenden Wechselwirkung“ zwischen Individuen und Institutionen sprechen. (2) Positive Rückkopplungen aufgrund von Koordinationseffekten hingegen entstehen durch die Funktion von Institutionen Interaktionen zwischen Individuen zu gestalten – oder eben zu koordinieren. „Sie erzeugen ‚Kompatibilität‘ bei Interaktionen, indem sie den Kommunikationsaspekt menschlichen Handelns in der Gesellschaft ‚standardisieren‘“ (Ackermann, 2001, S. 92). Ackermann (2001, S. 93) argumentiert, dass es im Interesse jedes Einzelnen liege, sich an jene Institutionen zu halten, die die Interaktion mit anderen erleichtern, womit davon ausgegangen werden könne, dass aus der Koordinationsfunktion von Institutionen positive Rückkopplungen entstünden. Zu guter Letzt bedeutet (3) Komplementarität von Institutionen, dass neu hinzukommende Institutionen mit bereits Existierenden kompatibel sein müssen. Dies hat zur Folge, dass „die historisch gewachsene institutionelle Struktur einer Gemeinschaft zu jedem gegebenen Zeitpunkt die Möglichkeit institutioneller Innovation beschränkt“ (Ackermann, 2001, S. 96).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass positive Rückkopplungen zu Pfadabhängigkeiten führen und dadurch eine Anpassung der Institutionen an die sich wandelnde Umwelt erschwert wird. Kümpers (2007, S. 17) spricht in diesem Zusammenhang von „institutioneller Trägheit“, durch die die Institutionen einen *Taken-for-granted*-Status annehmen und reformresistent werden.

Die Betonung institutioneller Trägheit wiederum wirft die Frage auf, ob und unter welchen Umständen institutioneller Wandel zustande kommen kann. Laut Hall und Taylor (1996, S. 942) unterscheiden historische Institutionen hier bei zwischen Zeiten inkrementeller Entwicklung und Zeiten kritischer Weichenstellung. Letztere sind tiefgreifende Umbrüche, die während eines kurzen Zeitraumes ein aussergewöhnliches Mass an historischer Offenheit kreieren und dadurch grundlegenden institutionellen Wandel ermöglichen (Broschek, 2011, S. 29). Verschiedenen Autoren (Clemens & Cook, 1999, S. 442; Hall und Taylor, 1996, S. 942; Thelen & Steinmo, 1992, S. 15) zufolge, kommen kritische Weichenstellungen durch externe Erschütterungen – genannt werden Wirtschaftskrisen, militärische Konflikte, Naturkatastrophen oder auch starke Unzufriedenheit in der Bevölkerung – zustande. Diese bewirken nicht nur ein Missverhältnis zwischen bestehenden Institutionen und neuen gesellschaftlichen Anforderungen, sondern erzeugen einen Veränderungsdruck, der dazu führt, dass sich die historische Entwicklung auf einen neuen Pfad verlagert (Kümpers, 2007, S. 17).

3.2 Prinzipal-Agent-Theorie

Die Prinzipal-Agent-Theorie⁹ entstammt ursprünglich der Institutionenökonomik und diente dazu, die während einer Verhandlung zwischen dem auftraggebenden Prinzipal und dem Kontraktpartner, dem Agenten, entstehenden Transaktionskosten zu erklären. Wie bereits erwähnt, fand sie im Laufe der Zeit auch von Seiten des *rational choice* Institutionalismus Zuspund und wurde dadurch zum Thema politikwissenschaftlicher Debatten (Braun, 1993, S. 136).

Untersuchungsgegenstand der Theorie ist eine Konstellation mit mindestens zwei Parteien, Prinzipal und Agent, wobei Letzterer durch Ersteren damit beauftragt wird, eine Tätigkeit für ihn auszuführen. Für die Erledigung dieser Tätigkeit wird dem Agenten ein gewisser Entscheidungsspielraum gewährt, der jedoch mit der Gefahr einhergeht, dass nicht im bestmöglichen Interesse des Prinzipals gehandelt wird. Die diese Gefahr mit sich bringenden sind gleichzeitig auch die der Theorie zugrunde liegenden Annahmen: Informationsasymmetrie und Opportunismus. Informationsasymmetrie bedeutet, dass der Agent im Hinblick auf das Ausführen des Auftrages dem Prinzipal gegenüber einen gewissen Informationsvorsprung genießt. Dieser Informationsvorsprung kann auf verschiedene Arten zustande kommen. Beispielsweise dadurch, dass der Prinzipal das Verhalten des Agenten und das Ausmass seiner Anstrengungen nicht oder nur begrenzt beobachten kann. Oder auch aufgrund der Tatsache, dass sich der Prinzipal nicht sicher sein kann, ob der Agent tatsächlich in seinem Interesse handelt. Des Weiteren kann der Prinzipal aus dem Resultat der Bemühungen des Agenten nicht auf dessen Verhalten schliessen, da das Resultat aufgrund exogener, zufälliger Ereignisse zustande gekommen sein könnte. In Kombination mit der zweiten der Theorie zugrunde liegenden Annahme, dem Opportunismus, ergibt sich die Gefahr des eigennütigen Verhaltens durch den Agenten. Es wird unterstellt, dass der Agent primär seine eigenen Interessen verfolgt und nicht altruistisch im Sinne des Auftraggebers handelt (Richter & Furubotn, 2003, S. 163).

Verschiedenen Autoren zufolge (Braun, 1993; Pratt & Zeckhauser, 1991) lassen sich Prinzipal-Agent-Beziehungen nicht nur im ökonomischen Kontext sondern durchaus auch in politischen Systemen identifizieren.

„Obviously one might view the parliamentarian as the agent of the electorate, the Department as the agent of the Cabinet and, for example, the National Health Service

⁹ In der einschlägigen Literatur finden sich verschiedene Ausdrücke für das gleiche Phänomen – es wird von Prinzipal-Agent-Theorie, -Modell oder auch -Problem gesprochen. In der vorliegenden Arbeit werden die Begriffe folglich synonym verwendet.

as the agent of the Department of Health or the Research Councils as the agents of the Office of Science and Technology.“ (Braun, 1993, S. 138)

In allen genannten Fällen geniessen die Agenten ein gewisses Vertrauen von Seiten des Prinzipals und es wird ihnen der nötige Spielraum zugestanden eigenmächtig zu entscheiden und zu handeln.

Dass sich neben den erwähnten Beispielen insbesondere auch der Schweizerische Vollzugsföderalismus zur Anwendung der Prinzipal-Agent-Theorie anbietet, liegt auf der Hand. Die funktionsmässig organisierte Arbeitsteilung, bei der der Bund für die Rahmengesetzgebung zuständig ist, der Vollzug jedoch durch die Kantone wahrgenommen wird, führt laut verschiedener Autoren (Kissling-Näf & Wälti, 2006, S. 529; Sager & Rüefli, 2005, S. 103) zu einer Beziehung, bei der die Bundesbehörden die Rolle des Prinzipals übernehmen und die kantonalen Behörden jene des Agenten. Für den Bund geht dieses Schema zwar mit dem Vorteil der Entlastung einher, die autonome Programmgestaltung durch die Gliedstaaten und die limitierten Vollzugskontrollen von Seiten des Prinzipals führen jedoch nicht nur zu einer breiten Varianz an Politikergebnissen sondern vermehrt auch zu Vollzugsdefiziten und Ungleichheiten bezüglich der Behandlung von Politikadressaten und -betroffenen (Sager & Rüefli, 2005, S. 102-104).

3.3 Hypothesen

In Zusammenhang mit der eingangs erwähnten Forschungsfrage und vor dem soeben präsentierten theoretischen Hintergrund aus Pfadabhängigkeit und Prinzipal-Agent-Modell ergeben sich nun folgende zwei Hypothesen:

- H1:** Die Entwicklung der spezialisierten Palliativversorgung in den Kantonen verläuft pfadabhängig: Kantone, die über spezialisierte stationäre Einrichtungen verfügen, gelingt es, ihr Angebot zu diversifizieren. Kantone, die keine solchen Einrichtungen vorweisen können, verbleiben gänzlich ohne Angebot.

- H2:** Der Bund vermag es nicht, anhand der Nationalen Strategie Palliative Care auf die spezialisierte Palliativversorgung der Kantone Einfluss zu üben und deren Versorgungspfade zu durchbrechen.

Wie H1 aufzeigt, wird das Vorhandensein einer spezialisierten stationären Einrichtung – sei dies nun in Form einer sozial-medizinischen Institution oder einer Spitalstruktur – als vorgelegertes Ereignis vermutet, das den Entwicklungspfad einer jeden kantonalen Palliativversorgung nachhaltig prägt. Diese Vermutung rührt daher, dass, wie unter Abschnitt 2.3.2 dargelegt, spezialisierte ambulante und mobile Angebote vermehrt in Verbindung mit stationären Einrichtungen entstehen. Im Hinblick auf die gesamtschweizerischen Versorgungsstrukturen bedeutet dies, dass sich das Angebot in gewissen Kantonen diversifiziert und verdichtet, während dem in anderen nach wie vor eine „Versorgungswüste“ herrscht.

Aufgrund der Tatsache, dass im schweizerischen Gesundheitswesen die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung weitestgehend der Kompetenz der mit grosser Autonomie ausgestatteten Kantone untersteht (Rüefli & Sager, 2004, S. 216), wird durch H2 ausserdem prognostiziert, dass es dem Bund nicht gelingt, anhand der Nationalen Strategie Einfluss auf die kantonalen Versorgungssettings zu üben. Die spezialisierte Palliativversorgung entwickelt sich in den Kantonen somit entlang der von den stationären Einrichtungen vorgegebenen Pfaden – fern von den Plänen des Prinzipals.

4 Untersuchungsdesign

4.1 Methodisches Vorgehen

Um die präsentierten Hypothesen zu erörtern, wird der empirische Abschnitt dieser Arbeit in zwei Teile aufgespalten und eine gemischtmethodische Herangehensweise gewählt. In einem ersten Teil soll anhand vorwiegend aggregierter Daten eine gesamthafte Beurteilung des Einflusses der Strategie auf die Palliativversorgung in den Kantonen und der Entwicklung innerhalb bestehender Pfade vorgenommen werden. Konkret bedeutet dies, dass die Rechtsgrundlagen, die Konzepte und Strategien sowie das tatsächlich existierende Versorgungsangebot aller 26 Kantone erhoben und an zwei Zeitpunkten miteinander verglichen werden. Der erste Zeitpunkt kommt vor der Verabschiedung der Nationalen Strategie Palliative Care 2010-2012 zu liegen, der zweite entspricht der Gegenwart. Ziel dieses Vorgehens ist es nicht, die kantonalen Arrangements einander gegenüber zu stellen und zu bewerten, sondern Tendenzen der Entwicklung aufzuzeigen. Der Autorin ist bewusst, dass dieses Verfahren nur oberflächliche Erkenntnisse liefern dürfte – dennoch bietet es sich an, um eine erste Einschätzung bezüglich H1 und H2 vorzunehmen.

Um diese erste Einschätzung vornehmen zu können, müssen Indikatoren herangezogen werden, die über die Ausgestaltung der Palliativversorgung Aufschluss geben und einen Vergleich an zwei Zeitpunkten zulassen. Analog zu Centeno et al. (2013) sind dies folgende zwei Indikatoren¹⁰:

- (1) Gesamtheit an Angeboten der spezialisierten Palliativversorgung (d.h. Gesamtsumme aller spezialisierten Einrichtungen)
- (2) Diversität der spezialisierten Palliativversorgung (d.h. das Vorhandensein spezialisierter Angebote unterschiedlichen *Genres*)¹¹

Aufgrund der Tatsache, dass in der vorliegenden Arbeit Kantone als Untersuchungseinheit dienen, wird ein weiterer Indikator miteinbezogen, der deren weitreichender Programmierungskompetenz (Linder, 1987, S. 224) Rechnung tragen soll.

- (3) Kantonale Rechtliche Grundlagen sowie Konzepte oder Strategien: Bezüglich der rechtlichen Grundlagen wird eine Unterscheidung zwischen explizit und implizit vorgenommen. „Explizit“ bedeutet, dass der Begriff Palliative Care – oder auch Palliativmedizin, Palliativpflege etc. – im entsprechenden Artikel genannt wird. „Implizit“ hingegen heisst, dass der Begriff nicht genannt, jedoch unter einem anderen Begriff subsummiert werden kann (GDK, 2012a, S. 3).

Zur Überprüfung von H1 wird einzig die Diversität berücksichtigt. Zeigt sich bei diesem Indikator ausschliesslich in jenen Kantonen eine Zunahme, die über ein stationäres Angebot verfügen, dann kann dies als eine erste Bekräftigung der Hypothese gewertet werden. Zur Überprüfung von H2 hingegen werden alle drei Indikatoren betrachtet. Lassen sich keine Veränderungen feststellen, ist dies ein Hinweis darauf, dass der Bund keinen Einfluss auf die kantonale Palliativversorgung übt. Gab es jedoch positive Veränderungen – im Sinne einer Zunahme bezüglich Angebote, Diversität sowie verabschiedeter rechtlicher Grundlagen und Konzepte –, ist dies gegenteilig zu deuten.

Die Methode, die im ersten empirischen Teil zur Anwendung kommt, ist die Auslegung. Dies gilt sowohl für die Beurteilung der Rechtsgrundlagen als auch im Hinblick auf die Versorgungsstrukturen. Für Erstere werden die elektronisch zugänglichen systematischen Gesetzessammlungen der Kantone konsultiert sowie eine Übersicht zur Palliative Care Gesetzgebung des Instituts für Föderalismus der Universität Freiburg aus dem Jahre 2009 (vgl. Waldmann & Schneider, 2009) herangezogen. Mit Bezug auf den Begriff „Rechtsgrundlagen“

¹⁰ Centeno et al. (2013) beziehen in ihrer Untersuchung nebst den hier erwähnten noch einen weiteren Indikator mit ein: „Anzahl Betten in der spezialisierten Palliative Care“. Aufgrund der schlechten Datenlage in der Schweiz kann dieser hier jedoch nicht berücksichtigt werden.

¹¹ Die Unterscheidung der Angebote erfolgt analog zu den Ausführungen in Kapitel 2.3.2.

wird von einer formellen Sichtweise ausgegangen, die ausschliesslich jene Vorschriften berücksichtigt, die in den elektronischen systematischen Gesetzessammlungen publiziert sind (Waldmann & Schneider, 2009, S. 4).¹² Wie bereits erwähnt, werden für die vorliegende Untersuchung jedoch auch kantonale Konzepte und Strategien miteinbezogen. Dies aufgrund der Tatsache, dass diese – obwohl nicht zu den rechtssatzmässigen Grundlagen zählend – für die Palliative Care dennoch rechtlich relevant sind (Waldmann & Schneider, 2009, S. 4). Die kantonalen Konzepte und Strategien werden, wenn möglich, über die offiziellen Webseiten der Kantone abgerufen. Da sie jedoch oftmals nur schwer zu erschliessen sind, wird zur Ergänzung auf die Ergebnisberichte der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) zum Stand der Palliative Care (vgl. GDK, 2012a; Wyss & Coppex, 2013) zurückgegriffen.

Für die Auslegeordnung der Versorgungsstrukturen werden ausschliesslich Sekundärdaten herangezogen. Diese Daten entstammen primär den zuvor erwähnten Ergebnisberichten der GDK. Da sich diese Ergebnisberichte auf die Jahre 2011 (vgl. GDK, 2012a) und 2013 (vgl. Wyss & Coppex, 2013) beziehen, offenbart sich ein Konflikt bezüglich der Untersuchungszeitpunkte: Mit dem Jahr 2011 wird hier ein Jahr betrachtet, das nicht vor sondern während der Laufzeit der Nationalen Strategie zu liegen kommt. Grund hierfür ist die äusserst mangelhafte Datenlage zum Angebot an Palliative Care in der Schweiz. Zwar findet sich eine nationale Bestandsaufnahme aus dem Jahr 2008 (vgl. Eychmüller et al., 2009) und ein daraus hervorgegangenes Verzeichnis der Palliative-Care-Einrichtungen in der Schweiz (vgl. Palliative ch, 2008), da zur damaligen Zeit jedoch noch keine Konventionen hinsichtlich der Definitionen von spezialisierten Palliative-Care-Angeboten existierten (Eychmüller et al., 2009, S. 33), eignen sich die Daten kaum, um einen validen Vergleich zu ziehen. Das Rückgreifen auf die Ergebnisberichte der GDK bringt aufgrund des verkürzten Untersuchungszeitraumes zwar den Nachteil der verminderten Aussagekraft mit sich, dafür können definitorisch bedingte Verzerrungen in den Ergebnissen vermieden werden. Es handelt sich hierbei also um einen *Trade-off* zwischen Aussagekraft und Validität.

Im zweiten empirischen Teil wird anschliessend anhand von Fallstudien zu drei Kantonen die Entwicklung der Palliativversorgung im föderalen Rahmen eingehend untersucht. Durch die Präferenz von Tiefe anstelle von Breite, rückt der Gesamtkontext eines jeden zu untersuchenden Kantons stärker in den Fokus und ermöglicht somit die Berücksichtigung verschiedenster,

¹² Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass gewisse Vorschriften – insbesondere jene, die sich nicht in den Erlassen des Gesundheitsbereichs finden – unberücksichtigt bleiben. Diese Untersuchung erhebt daher keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

voneinander abhängiger Faktoren (Kümpers, 2007, S. 13). Es lassen sich nun also nicht mehr nur Tendenzen der Pfadabhängigkeit und der Einflussnahme des Bundes untersuchen – es kann auch erörtert werden, inwiefern die Entwicklung der Palliativversorgung auf Drittfaktoren zurückzuführen ist.

Die Beurteilung von H1 und H2 wird erneut anhand der zuvor präsentierten Indikatoren vorgenommen. Im Gegensatz zum ersten empirischen Teil wird nun jedoch kein zum vornherein festgelegter Zeitraum analysiert. Da es gilt die Entwicklung der drei gewählten Kantone individuell zu untersuchen, kommen die Ausgangspunkte der Fallstudien unterschiedlich zu liegen – nämlich dort, wo eine jede kantonale „Palliative-Care-Geschichte“ ihren Anfang nimmt.

Für die Fallstudien werden erneut qualitative Verfahren berücksichtigt. Einerseits handelt sich hierbei um die Literatur- und Quellenanalyse und andererseits um die Methode der Befragung. Letzteres bedeutet, dass mit Experten der Palliative Care persönliche leitfadengestützte Interviews (vgl. Anhang II) durchgeführt werden. Es handelt sich hierbei um zwei bis drei Interviews pro Kanton, die neben Fragen zur faktischen Ausgestaltung des spezialisierten Angebots hauptsächlich persönliche Einschätzungen zur Entwicklung der Palliativversorgung oder zum Einfluss des Bundes umfassen. Um ein möglichst diversifiziertes Bild zu erhalten, werden Experten mit verschiedenstem Hintergrund befragt, also sowohl Vertreter der kantonalen Gesundheitsdirektionen als auch Personen mit Praxisnähe, wie beispielsweise ärztliche Leiter von Palliativstationen. Sofern der Interviewte damit einverstanden ist, wird die Befragung aufgezeichnet, auf eine Transkription wird jedoch verzichtet.

Die Wahl der für die Fallstudien berücksichtigten drei Kantone wird nun im folgenden Abschnitt präsentiert und besprochen.

4.2 Wahl der Kantone

Die Wahl der zu untersuchenden Kantone ist insbesondere von zwei Aspekten abhängig: Vom Ausbau der Versorgungsstrukturen zum ersten Untersuchungszeitpunkt und von der Existenz relevanter Quellen. Zur Überprüfung von H1 liegt es auf der Hand, Kantone zu wählen, die im Jahr 2011 Unterschiede in der spezialisierten stationären Versorgung aufwiesen. Durch dieses Vorgehen sollte es ermöglicht werden, die Relevanz dieser spezifischen Versorgungsstrukturen zu beurteilen und allfällige Pfadabhängigkeiten zu identifizieren. Für die Überprüfung von H2 hingegen spielt die Selektion keine Rolle, denn aufgrund der Tatsache, dass die genannte Hypothese generell keinen Einfluss der Nationalen Strategie prognostiziert, beste-

hen keine Vorbedingungen, die bei der Wahl der Kantone beachtet werden müssten. Dennoch bietet es sich auch hier an, Kantone mit unterschiedlichen Ausgangslagen, und somit unterschiedlichen Versorgungspfaden, zu berücksichtigen.

Hinsichtlich des zweiten Aspekts, der Existenz relevanter Quellen, gilt es erneut auf den Mangel an verlässlichen Daten hinzuweisen. Unter Berücksichtigung der äusserst lückenhaften Erfassung der Schweizer Palliativversorgung, liegt es auf der Hand, Kantone zu untersuchen, deren Entwicklung sich durch das Studium von Quellen und Sekundärliteratur zumindest ansatzweise rekonstruieren lässt. Die Wahl der Kantone gestaltet sich somit wie folgt:

- Kanton Basel-Stadt

Basel-Stadt ist insofern interessant, als dass dieser Kanton lange Zeit über ein einseitiges spezialisiertes Angebot mit Fokus auf akut-stationäre Versorgung verfügte. Ambulante und mobile Einrichtungen suchte man im Jahr 2011 vergebens (GDK, 2012a). H1 zufolge ist für Basel-Stadt aufgrund seiner akut-stationären Einrichtungen jedoch eine Diversifizierung des Angebots zu erwarten.

- Kanton Glarus

Glarus verfügte im Jahr 2011 über keinerlei Einrichtung der spezialisierten Palliative Care (GDK, 2012a, S. 4-6) und wird somit als Vertreter jener Kantone herangezogen, die zum damaligen Zeitpunkt keine spezialisierte stationäre Versorgung vorweisen konnten. Bezüglich H1 wird für Glarus folglich erwartet, dass sich auch gegenwärtig keine mobilen oder ambulanten Angebote finden lassen.

- Kanton Zürich

Zürich zählte vor Verabschiedung der Nationalen Strategie nicht nur zu den Kantonen mit den umfassendsten Versorgungsstrukturen (Eychmüller et al., 2009), man zeigte sich auch bezüglich Konzeptionierung fortschrittlich. So verfügte Zürich neben der Waadt als einziger Kanton bereits damals über ein Gesamtkonzept für Palliative Care (BAG, 2009a, S. 35). Zürich bietet sich somit nicht nur als Vertreter jener Kantone an, die 2011 über akut-stationäre Einrichtungen verfügten – der Kanton steht auch in starkem Kontrast zu Glarus, was sich hinsichtlich H2 als äusserst spannend erweisen könnte.

5 Analyse der spezialisierten Palliativversorgung vor dem Hintergrund von Pfadabhängigkeit und Prinzipal-Agent-Problematik

5.1 Gesetzliche Grundlagen und Versorgungsstrukturen

5.1.1 Gesetzliche Grundlagen

Die Auslegeordnung der Gesetzesartikel (vgl. Anhang I, Tabelle 3) als auch die daraus abgeleitete untenstehende Tabelle 1 zeigen, dass im Jahr 2009 dreizehn Kantone – Aargau, Freiburg, Genf, Jura, Luzern, Neuenburg, Schaffhausen, Tessin, Thurgau, Uri, Waadt, Zug und Zürich – über eine explizite rechtliche Grundlage zur Förderung von Palliative Care auf Gesetzes- oder Verordnungsebene verfügten. So statuiert beispielsweise das luzernische Gesundheitsgesetzes vom 13. September 2005, dass „unheilbar kranke und sterbende Menschen Anspruch auf eine angepasste Betreuung sowie auf Linderung ihrer Leiden und Schmerzen nach den Grundsätzen der Palliativmedizin und -pflege haben“ (Art. 25 Abs. 2 GesG).

In den meisten Kantonen war Palliative Care im Jahr 2009 im Gesundheitsgesetz verankert. Im Kanton Aargau hingegen zusätzlich im Pflegegesetz, im Kanton Freiburg im Gesetz über die Hilfe und Pflege zu Hause und im Kanton Luzern im Spitalgesetz. Im Kanton Schaffhausen fand sich Palliative Care ausschliesslich in der Verordnung über die Rechte und Pflichten der Patientinnen und Patienten sowie in der Verordnung zum Altersbetreuungs- und Pflegegesetz (Waldmann & Schneider, 2009).

Wie erwähnt, steht der expliziten rechtlichen Grundlage die implizite gegenüber, bei der sich der Begriff „Palliative Care“ nicht wörtlich sondern nur subsummiert unter einem anderen Begriff wiederfinden lässt (GDK, 2012a, S. 3). Veranschaulicht wird dies mitunter durch Art. 22 Abs. 2 des Gesundheitsgesetzes vom 25. November 2007 des Kantons Appenzell Ausserrhoden, wonach unheilbar Kranke und Sterbende „Anspruch auf angemessene Pflege und Linderung ihrer Leiden“ haben. Neben Appenzell Ausserrhoden finden sich für das Jahr 2009 fünf weitere Kantone mit einer impliziten rechtlichen Grundlage. Es sind dies Bern, Glarus, Solothurn, Schwyz und Wallis (vgl. Tabelle 1).

Ohne jegliche gesetzliche Grundlage vor Verabschiedung der Nationalen Strategie Palliative Care hingegen präsentierten sich folgende sieben Kantone: Appenzell Innerrhoden, Basel-Landschaft, Basel-Stadt, Graubünden, Nidwalden, Obwalden und St. Gallen. Zieht man jedoch den Vergleich mit den kantonalen Erlassen der Gegenwart, so zeigt sich, dass ein Ausbau bezüglich gesetzlicher Grundlagen stattgefunden hat. Neu verfügen sechzehn Kantone über eine explizite rechtliche Grundlage. Neben den dreizehn Herkömmlichen sind dies nun

Basel-Stadt, Schwyz und Wallis. Graubünden, das im Jahr 2009 noch keinerlei gesetzliche Regelung vorzuweisen hatte, fördert die Palliative Care mittlerweile anhand eines impliziten Erlasses im Gesundheitsgesetz. Weiterhin keine Rechtsgrundlage vorzuweisen haben bis *dato* also fünf Kantone. Es handelt sich hierbei um Appenzell Innerrhoden, Basel-Land, Nidwalden, Obwalden und St. Gallen (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Vergleich der gesetzlichen Grundlagen 2009 und 2013

	Explizite ges. Grundlage	Implizite ges. Grundlage	Keine ges. Grundlage
2009	AG, FR, GE, JU, LU, NE, SH, TG, TI, UR, VD, ZG, ZH	AR, BE, GL, SO, SZ, VS	AI, BL, BS, GR, NW, OW, SG
TOTAL	13	6	7
2013	AG, BS , FR, GE, JU, LU, NE, SH, SZ , TG, TI, UR, VD, VS , ZG, ZH	AR, BE, GL, GR , SO	AI, BL, NW, OW, SG
TOTAL	16	5	5

Anmerkung: Änderungen **fett** dargestellt

Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an die elektronisch systematischen Gesetzessammlungen der Kantone und Waldmann & Schneider (2009)

Bezüglich der Konzepte, respektive Strategien für Palliative Care, zeigt sich ein anderes Bild. Im Jahr 2009 besaßen gerade mal vier Kantone, namentlich Luzern, Waadt, Wallis und Zürich, ein verabschiedetes Konzept. Es sind dies alles Kantone, die auch über gesetzliche Grundlagen zur Förderung von Palliative Care verfügten. Es muss jedoch angefügt werden, dass Zug hier nicht berücksichtigt wurde, da sich das entsprechende Konzept zeitlich nicht eindeutig verorten liess (vgl. Tabelle 2).

Zieht man den Vergleich zur Gegenwart lässt sich eine deutliche Veränderung feststellen. Erstens verfügen sieben weitere Kantone über ein Konzept oder eine Strategie für Palliative Care. Namentlich Basel-Stadt, Genf, Schwyz, Thurgau, Tessin, Waadt und Bern, wobei Letzterer sein Konzept noch nicht verabschiedet hat (Wyss & Coppex, 2013, S. 5). Zweitens sind in verschiedensten Kantonen Strategien und Konzepte in Erarbeitung oder zumindest geplant. Trotz sichtbarer Fortschritte, verbleibt jedoch auch Ende 2013 fast ein Drittel der Kantone ohne Konzept und auch ohne Absichtserklärung eine Konzeptualisierung an die Hand zu nehmen (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2: Vergleich der kantonalen Konzepte und Strategien 2009 und 2013

	Konzept / Strategie		
	Vorhanden	Nicht vorhanden	In Arbeit
2009	LU, VD, VS, (ZG), ZH	AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GE, GL, GR, JU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, TI, UR, (ZG)	
TOTAL	4 (5)	21 (22)	0
2013	AG, BE, BS, GE , LU, SZ, TG, TI, VD, VS, ZG, ZH	AR, GL, GR, JU, NE, NW, SH, UR	AI, BL, FR, OW, SG, SO
TOTAL	12	8	6

Anmerkung: Änderungen **fett** dargestellt

Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Waldmann & Schneider (2009) und Wyss & Coppex (2013)

5.1.2 Versorgungsstrukturen¹³

Die Auslegeordnung der Versorgungsstrukturen für das Jahr 2011 zeigt ein uneinheitliches Bild bezüglich der Kategorie „Spitalstruktur mit Palliative-Care-Auftrag“. In der Westschweiz, in den Kantonen Zürich und St. Gallen, sowie in der Region Basel fand sich zum damaligen Zeitpunkt das dichteste Angebot an Palliativstationen. Im Kanton Zürich beispielsweise waren es bereits deren acht, in der Waadt vier und in Basel-Stadt zwei. In verschiedensten Kantonen der Zentralschweiz und des Mittellandes, wie beispielsweise Glarus, Luzern oder Schwyz, findet sich jedoch kein spezialisiertes Angebot in der Akutversorgung. Zählt man die Betten in den gesamthaft 29 Stationen zusammen, kommt man auf ein Total von 317 Betten in der Schweiz.

Der Vergleich mit den Versorgungsstrukturen des Jahres 2013 zeigt, dass sich das Angebot insbesondere in der Zentralschweiz, namentlich in den Kantonen Luzern und Schwyz, jedoch auch in der Region Aargau und Solothurn verändert hat. Im Kanton Aargau verfügt die Hirslanden Klinik neu über eine Palliativstation und im Zuge eines kantonalen Leistungsauftrages sind vier weitere Spitäler dabei ein Angebot aufzubauen (Wyss & Coppex, 2013, S. 18). Dennoch muss erwähnt werden, dass auch 2013 ganze acht Kantone über keine spezialisierte Palliativstation verfügen.

Parallel zum Angebot an Palliativstationen hat sich auch die Anzahl an Betten vergrössert. Schätzungen von Experten zufolge, verfügt die Schweiz im Jahr 2013 über rund 370 Betten verteilt auf 39 Stationen der spezialisierten Akutversorgung (Wyss & Coppex, 2013, S. 6). Dies entspricht einer Zunahme von fast siebzehn Prozent gegenüber dem Jahr 2011.

¹³ Der gesamte Abschnitt bezieht sich auf die in Anhang I aufgeführten Tabellen 4 und 5.

Eine drastischere Veränderung zeigt sich im Bereich der Palliativambulatorien. Während 2011 gerade mal elf solcher Angebote identifiziert werden konnten – in den Kantonen Bern, Graubünden, St. Gallen, Tessin, Waadt und Zug –, sind es 2013 mehr als doppelt so viele: Mittlerweile verfügen auch Genf, Neuenburg, Luzern und Schaffhausen über je ein Ambulatorium, Zürich gar über deren acht. Im Bereich der Palliativambulatorien hat also insbesondere Zürich eine bemerkenswerte Entwicklung durchlaufen – ein Grossteil der landesweit angebotenen Dienste konzentriert sich auf dessen Kantonsgebiet. In Zusammenhang mit den Zahlen zu den zürcherischen Palliativambulatorien gilt es jedoch anzufügen, dass diese nicht unumstritten sind. Aufgrund definatorischer Schwierigkeiten, die im Bereich der Ambulatorien nach wie vor vorhanden sind (Obrist, 2013, 2. Dez.), scheinen sich die Experten über das wahre Aufkommen dieser Dienste uneins zu sein (vgl. Obrist, 2013, 2. Dez.; Wyss & Coppex, 2013).¹⁴

Bei den Konsiliardiensten fällt auf, dass sich das Angebot in der untersuchten Zeitspanne fast verdoppelt hat. Während 2011 gerade mal fünfzehn solcher Dienste existierten, sind es 2013 schon 28. Auch hier gilt es den Kanton Zürich besonders hervorzuheben: Wo sich 2011 noch kein einziges Angebot dieser Art finden liess, sind es zwei Jahre später deren neun. Es lässt sich also sagen, dass auch der Löwenanteil der Konsiliardienste im Kanton Zürich bereitgestellt wird.

Im Hinblick auf die mobilen Palliativdienste¹⁵ fand sich 2011 eine gut ausgebaute Versorgung in der Nordostschweiz, der Romandie und im Tessin. Zudem konnten vereinzelte Strukturen in der Zentralschweiz und im Mittelland identifiziert werden. In den Städten Thun und Luzern, sowie in der Surselva gab es zum damaligen Zeitpunkt je ein Angebot. Zieht man den Vergleich zur Situation im Jahr 2013, so zeigt sich, dass auch hier die Strukturen erweitert werden konnten. Mittlerweile finden sich landesweit nicht mehr achtzehn, sondern 26 mobile Palliativdienste. Neben jenen Kantonen, die neuerdings über je einen Dienst verfügen – Aargau, Basel-Land, Genf, Luzern, Schaffhausen, Solothurn, Thurgau – zeigt sich insbesondere der Kanton Bern auffällig: Wo 2011 erst ein Angebot existierte, zählt man heute deren drei.

¹⁴ Während Wyss und Coppex (2013, S. S. 7) für den Kanton Zürich ganze acht Palliativambulatorien identifizieren, nennt Obrist (2013, 2. Dez.) nur deren drei: die psychosoziale Beratung durch die Krebsliga am Universitätsspital Zürich, das von der Krebsliga geführte Turmhaus in Winterthur und das mittlerweile nicht mehr existierende Onko-Plus Ambulatorium am Spital Limmattal.

¹⁵ Es wird nicht unterschieden, ob sich der Dienst ausschliesslich an die Fachpersonen, direkt an den Patienten oder an beide richtet. Grund hierfür ist, dass sich die Abgrenzungen nicht immer eindeutig vornehmen lassen (Wyss & Coppex, 2013, S. 10).

Auch wenn ein Ausbau der Strukturen in den letzten Jahren verzeichnet werden konnte, so besteht bei den mobilen Palliativdiensten nach wie vor ein Mangel an flächendeckendem Angebot. Insbesondere in der Zentralschweiz klaffen noch immer Versorgungslücken. Laut Wyss und Coppex (2013, S. 10) sind hier jedoch Strukturen im Aufbau. Im Kanton Schwyz soll ein mobiler Dienst an die bereits vorhandene Palliativstation des Spitals Schwyz angegliedert werden und im Kanton Zug ist ebenso ein Angebot in Vorbereitung.

Anders präsentiert sich die Situation bei den sozialmedizinischen Institutionen mit Palliative-Care-Auftrag sowie bei den Tages- und Nachtstrukturen. Während Letztere in der ganzen Schweiz nach wie vor inexistent sind, scheint die Entwicklung bei den sozialmedizinischen Einrichtungen zu stagnieren. Insgesamt finden sich 2013 sieben Angebote – mit dem Pflegezentrum am Spital Limmattal ist dies eines mehr als im Jahr 2011. Auffallend ist zudem die Absenz jeglicher Strukturen im Tessin und im Welschland, sowie die erhöhte Konzentration in der Region Zürich/Aargau. Mit dem Pallivita Bethanien, dem Hospiz Zürcher Lighthouse, dem Reusspark Niederwil, dem Hospiz Aargau und dem bereits erwähnten Pflegezentrum Limmattal finden sich hier ganze fünf der insgesamt sieben Angebote. Die verbleibenden zwei Einrichtungen, das Pflegeheim Eichhof und das Hospiz St. Antonius, befinden sich in den Kantonen Luzern und Schwyz (Wyss & Coppex, 2013, S. 9).

Unter Berücksichtigung der Tabellen 4 und 5 (Anhang I) zeigt sich, dass im Jahr 2011 insbesondere jene Kantone über spezialisierte mobile und ambulante Angebote verfügten, die auch eine stationäre Einrichtung unterhielten. Von den insgesamt sechzehn Kantonen mit spezialisierter Palliativstation oder sozialmedizinischer Einrichtung hatten zum damaligen Zeitpunkt nur vier – Aargau, Basel-Land, Basel-Stadt und Schwyz – kein Angebot eines anderen *Genres*. Des Weiteren zeigt sich, dass neun von zehn Kantonen, die über keine spezialisierte stationäre Einrichtung verfügten, auch kein ambulantes oder mobiles Angebot aufweisen konnten. Als einzige Ausnahme findet sich der Jura: Trotz der Absenz einer stationären Einrichtung liess sich hier ein mobiler Palliativdienst identifizieren.

Betrachtet man das Jahr 2013, zeigt sich, dass mittlerweile achtzehn Kantone ein spezialisiertes stationäres Angebot besitzen. Neu hinzugekommen sind Solothurn und der Jura. Bis auf eine Ausnahme – Basel Stadt¹⁶ – finden sich in jedem dieser achtzehn Kantone nicht nur stationäre, sondern auch ambulante und mobile Angebote. Von jenen Kantonen hingegen,

¹⁶ Basel-Stadt besass zum Zeitpunkt der Erhebung durch Wyss und Coppex (2013) noch kein mobiles Angebot. Laut von Allmen (2013, 6. Dez.) soll jedoch per Ende 2013 ein mobiles Team einsatzbereit sein. Für die Auslegerordnung der Versorgungsstrukturen (Anhang I, Tabelle 4) wurde dieses jedoch noch nicht berücksichtigt.

die nach wie vor kein stationäres Angebot besitzen – Appenzell Innerrhoden, Appenzell Ausserrhoden, Glarus, Nidwalden, Obwalden, Schaffhausen, Uri und Zug – verfügt der grösste Teil auch über kein Angebot im mobilen oder ambulanten Bereich. Schaffhausen und Zug bilden hier die Ausnahmen. In Abwesenheit einer Palliativstation oder sozialmedizinischen Einrichtung konnte Schaffhausen in den letzten zwei Jahren je ein mobiles Palliativteam und ein Ambulatorium aufbauen. Zug hingegen errichtete gar zwei Konsiliardienste und ein Ambulatorium.

5.1.3 Zwischenfazit

In Bezug auf H1 zeigt die Analyse der Versorgungsstrukturen über alle 26 Kantone hinweg klare Tendenzen: Kantone, die spezialisierte stationäre Einrichtungen betreiben, bauen auch ein Angebot im mobilen und/oder ambulanten Bereich auf. Auch der umgekehrte Fall, dass sich in jenen Kantonen, die über keine stationären Einrichtungen verfügen, auch keine anderweitigen spezialisierten Strukturen finden, trifft mehrheitlich zu. Einzige Ausnahmen bilden hier Schaffhausen und Zug. H1 scheint also vorerst bestärkt.

Im Hinblick auf H2 zeigt sich nach erster Prüfung ein ambivalenteres Resultat. Bezüglich der gesetzlichen Grundlagen scheint der Bund mit der Nationalen Strategie Palliative Care äusserst geringen Einfluss geübt zu haben. Nur gerade vier Kantone haben seit 2009 Gesetze zur Palliative Care verabschiedet, einer davon gar nur ein implizites. Insgesamt verbleibt auch 2013 ein fünftel der Kantone ohne gesetzliche Grundlage.

Durchaus Einfluss genommen zu haben scheint der Bund bei den kantonalen Konzepten und Strategien. Von ehemals 21 Kantonen¹⁷ verbleiben heute nur noch deren acht ohne Konzept. Fast die Hälfte der Kantone hat seit 2009 die Erarbeitung oder gar Verabschiedung eines Konzepts oder einer Strategie an die Hand genommen.

Ähnliches zeigt sich hinsichtlich der Versorgungsstrukturen: Bei den Palliativstationen, Konsiliardiensten, Ambulatorien und mobilen Diensten kam es zu einer markanten Angebotszunahme auf der aggregierten Ebene. Es gilt jedoch zu erwähnen, dass diese Zunahme nicht durch alle 26 Kantone zu verantworten ist. In beiden Appenzell, Glarus, Nidwalden, Obwalden und Uri gibt es nach wie vor keine Einrichtung der spezialisierten Palliativversorgung. Auch wenn H2 durch diese sechs Kantone bekräftigt wird, so muss die Hypothese unter Berücksichtigung der gesamthaften Entwicklung dennoch verworfen werden.

¹⁷ Zug wird hier zu den Kantonen mit Konzept gezählt.

Inwiefern in den Kantonen tatsächlich Pfadabhängigkeiten vorliegen, ob diese allenfalls von spezialisierten stationären Einrichtungen ausgehen und inwiefern es dem Bund vielleicht doch gelingt durch die Nationalen Strategie Einfluss zu üben, soll nun anhand der Fallstudien eingehen untersucht werden.

5.2 Vertiefende Analyse anhand dreier Fallstudien: die Kantone Zürich, Basel-Stadt und Glarus

5.2.1 *Kanton Basel-Stadt*

Mit dem Palliativzentrum Hildegard¹⁸, das 1986 eröffnet wurde, kann der Kanton Basel-Stadt auf eine lange Tradition im Bereich der spezialisierten Palliative Care zurückblicken. Bemerkenswert hierbei ist einerseits, dass das Hildegard die landesweit erste Institution mit Kerngeschäft Palliative Care war (Calderari & Kopp, 2002, S. 39), und andererseits, dass man sich hier dieser Disziplin annahm bevor die Diskussion um Palliative Care überhaupt erst richtig lanciert wurde. Das Hildegard, ursprünglich als sozialmedizinische Institution gegründet, befindet sich seit den neunziger Jahren auf der Spital- und der Pflegeheimliste – es hat sowohl einen Leistungsauftrag im Bereich der spezialisierten akut-stationären Versorgung als auch im Langzeitbereich. Insgesamt stellt die Einrichtung siebenundzwanzig Betten zur Verfügung, wovon deren fünf auf die Langzeitpflege entfallen (Ritz, 2013, 12. Dez.).

Nebst dem Palliativzentrum Hildegard verfügt im Kanton Basel-Stadt mit dem St. Claraspital nur eine weitere Institution über einen Leistungsauftrag im akut-stationären Bereich (Wyss & Coppex, 2013, S. 19). Laut Balmer (2013, 9. Dez.) entstand die Palliativstation des St. Claraspitals in erster Linie auf Druck des Pflegepersonals, das in der Errichtung einer spezialisierten Abteilung den einzig richtigen Weg sah, den Ansprüchen der Patienten auf Dauer gerecht zu werden. „Dass das Claraspital aufgrund der grossen onkologischen Abteilung seit jeher viele Patienten in palliativen Situationen wie auch Sterbende betreute, ist im Hinblick auf die Entstehung der Station aber auch nicht ausser Acht zu lassen“ (Balmer, 2013, 9. Dez.). Die Spitalleitung beschloss in der Folge, die Ausarbeitung eines ersten Konzeptes an die Hand zu nehmen, was 2005 – also deutlich vor Verabschiedung der Nationalen Strategie Palliative Care – zur Gründung einer Palliativstation mit acht Betten führte. Dennoch lässt sich ein späterer Einfluss der Strategie nicht bestreiten:

„Es wurden Grundlagen geschaffen, nach denen man sich richten konnte: Kriterien und Definitionen der Versorgungsstrukturen beispielsweise. Wir haben daher unser

¹⁸ Ehemals Hildegard Hospiz

ursprüngliches Konzept überarbeitet und an die Nationale Strategie angepasst. Seit April dieses Jahres befinden wir uns nun in der Umsetzungsphase.“ (Balmer, 2013, 9. Dez.)

Im Hinblick auf den Langzeitbereich zeigt sich in Basel-Stadt ein anderes Bild: Nebst den erwähnten fünf Betten am Palliativzentrum Hildegard findet sich im ganzen Kanton keine sozialmedizinische Einrichtung mit Palliative-Care-Auftrag (Wyss & Coppex, 2013, S. 8). Laut Balmer (2013, 9. Dez.) ist dies insbesondere hinsichtlich der jüngeren Palliativpatienten ein Problem. Da es an einer Einrichtung fehlt, die auf Junge spezialisiert ist, müssen diese für die Langzeitpflege in herkömmlichen Pflegeheimen untergebracht werden, die zumeist auf Geriatriepatienten zugeschnitten sind. Dies führt einerseits dazu, dass sie sich in ihrem Umfeld nicht wohl fühlen, und andererseits, dass die Einrichtungen pflegerisch an ihre Grenzen stossen, denn bei jüngeren Patienten ist die Palliative-Care-Situation zumeist komplexer.

Nichtsdestotrotz sind in Basel-Stadt keine spezialisierten Langzeitinstitutionen in Planung (von Allmen, 2013, 6. Dez.). Dies erstaunt, denn da Basel-Stadt als Stadtkanton über keine Gemeindebehörde verfügt, werden die politischen Aufgaben durch die kantonalen Organe – Regierungsrat, grosser Rat und Kantonsverwaltung – wahrgenommen. Als Konsequenz hieraus existiert von Seiten des Kantons eine umfassende Zuständigkeit im Bereich der Langzeitpflege (Sager et al., 2010, S. 44). Dennoch, so scheint es, liegen die Haupttätigkeiten des Kantons insbesondere im Bereich der Bewilligungserteilung, der Aufsicht von Institutionen und der Zuweisung von Patienten, jedoch weniger in der Angebotsförderung: Langzeiteinrichtungen werden überwiegend von privaten Trägerschaften betrieben und vom Kanton nicht generell subventioniert. Gelder fliessen ausschliesslich bei hohen Liegenschaftskosten, um die Gebühren für die Bewohner tragbar zu halten, oder aber im Falle von Subjektfinanzierungen in Form von Ergänzungsleistungen und Beihilfen (Sager et al., 2010, S. 44-45). Der Kanton schafft somit keine Anreize zur Förderung der spezialisierten Langzeitpflege. Laut Balmer (2013, 9. Dez.) hat er jedoch die bestehenden Langzeiteinrichtungen beauftragt, Konzepte zur Palliative Care auszuarbeiten – dies beschränkt sich jedoch auf die Grundversorgung. Schläfli (2013, S. 1) betont denn auch, dass Palliative Care im Kanton Basel-Stadt zum grössten Teil ein Anliegen der Grundversorgung ist: Spezialisierte Angebote stehen erst in komplexen Situationen und im *End-of-Life*-Bereich für Patienten, ihre Betreuer und Angehörigen zur Verfügung. Insgesamt, so scheint es, gilt in Basel-Stadt das *Credo* „ambulant vor stationär“.

Diese Haltung wird mitunter durch das 2012 verabschiedete kantonale Konzept ersichtlich, das den Fokus vorwiegend auf den mobilen und ambulanten Bereich richtet (Schläf-

li, 2013, S. 1). Als Handlungsschwerpunkte wurden hier der Aufbau eines mobilen Palliativdienstes und einer Anlauf- und Koordinationsstelle festgehalten (von Allmen, 2012, S. 7) – beides Projekte, die realisiert werden konnten. Seit Dezember 2013 stehen zwei mobile Teams, zusammengesetzt aus Onko-Spitex und Pflegern oder Ärzten des Palliativzentrums Hildegard, zur Verfügung. Sie richten sich an die professionellen Betreuenden zu Hause und in Pflegeheimen und sind an eine eigens eingerichteten Anlauf- und Koordinationsstelle am Palliativzentrum Hildegard angebunden (von Allmen, 2013, 6. Dez.).

Zusätzlich zu den erwähnten Angeboten sind in Basel-Stadt einige weitere im Aufbau. Es handelt sich hierbei um Konsiliardienste, die auf Initiative der Spitäler hin entstehen. An der Palliativstation des St. Claraspital beispielsweise ist ein Dienst geplant, der vom Personal der anderen Stationen bei Bedarf beratend hinzugezogen werden kann (Balmer, 2013, 9. Dez.). Des Weiteren soll am Universitätsspital im Verlaufe des Jahres 2014 ein Konsiliardienst eingerichtet werden. Laut Ritz (2013, 12. Dez.) geschieht dies unabhängig von einer Palliativstation – eine solche ist am besagten Spital nicht vorgesehen.

Als wichtigste Innovation in der Palliativversorgung des Kantons Basel-Stadt wird jedoch der zuvor erwähnte mobile Dienst und die dazugehörige Anlauf- und Koordinationsstelle gewertet. Ritz (2013, 12. Dez.) spricht in diesem Zusammenhang von einer „substantiellen Veränderung“, von Allmen (2013, 6. Dez.) gar von einem „Meilenstein“. Beide betonen zudem den Einfluss, der die Nationale Strategie beim Aufbau des Angebotes geübt hat.

Gemäss Allmen ist der Nationalen Strategie jedoch in erster Linie ein Gesinnungswandel zu verdanken, der als Ausgangspunkt jeglicher nachfolgenden Aktivitäten gewertet werden kann:

„Die Nationale Strategie hat einen guten Rahmen geschaffen, den die Kantone übernehmen konnten. Palliative Care ist prominenter geworden sowohl in der Gesellschaft als auch bei uns im Gesundheitsdepartement. Phasenweise gab es hier fast schon einen *Hype* rund um das Thema, wo wir das Gefühl hatten, wenn wir Palliative Care nicht anbieten, dann sind wir nicht mehr à jour.“ (von Allmen, 2013, 6. Dez.)

Von Allmen (2013, 6. Dez.) zufolge sind denn sowohl die Verabschiedung des kantonalen Konzepts, das durch eine Arbeitsgruppe aus Experten verschiedener Disziplinen erstellt wurde, als auch die Änderungen in den gesetzlichen Grundlagen auf die Nationale Strategie zurückzuführen. Wie unter Abschnitt 5.1.1 dargelegt, verfügt Basel-Stadt seit 2011 über eine explizite rechtliche Grundlage zur Förderung von Palliative Care. Art. 16 des Gesundheitsgesetzes fällt unter den Titel „Palliative Behandlung“ und spricht den Patienten „ein Recht auf eine ihrem Zustand angemessene Betreuung, Pflege und Begleitung sowie auf grösstmögliche Linderung ihrer Leiden und Schmerzen“ zu. Ob dieser Artikel auch ohne Nationale Strategie

so schnell zustande gekommen wäre, ist laut von Allmen (2013, 6. Dez.) nur schwer zu beurteilen: „Diese Frage verbleibt spekulativ. Ich denke jedoch nicht.“

Dass die Nationale Strategie in Basel-Stadt nicht auf taube Ohren gestossen ist, dürfte jedoch auch auf eine personelle Besonderheit zurückzuführen sein: Der Vorsteher des Gesundheitsdepartements, Carlo Conti, amtiert als Präsident der GDK (Basel-Stadt, ohne Datum), die massgeblich an der Ausarbeitung der Nationalen Strategie beteiligt war (vgl. BAG, 2009b; BAG 2012). Seine Wichtigkeit wird denn auch von Seiten der Befragten (Balmer, 2013, 9. Dez.; Ritz, 2013, 12. Dez.; von Allmen, 2013, 6. Dez.) rundum bestätigt.

Auch wenn die Experten (Ritz, 2013, 12. Dez.; von Allmen, 2013, 6. Dez.) die Versorgung im Kanton hinsichtlich der Flächendeckung und Anzahl spezialisierter Betten mittlerweile als den Richtlinien entsprechend einschätzen, so bleiben doch einige Schwierigkeiten bestehen. Es handelt sich hierbei insbesondere um die Integration von Palliative Care. Zwar existiert in Basel-Stadt eine dem Gesundheitsdepartement angehörige zentrale Koordinationsstelle¹⁹, die für reibungslose Übergänge vom akut-stationären Bereich in den Langzeitbereich zuständig ist (Sager et al., 2010, S. 45), dies bedeutet jedoch nicht, dass auch die übrigen Schnittstellen zentral geregelt wären.

„In der Gesundheitsversorgung unseres Kantons gibt es viele private Institutionen. Das macht es tendenziell komplizierter, denn der Austausch ist nicht automatisch da. Wenn wir hier am St. Claraspital einen Patienten in den ambulanten Bereich entlassen, dann informieren wir den Hausarzt oder die Spitex, aber dann ist der Patient weg – der Faden reisst ab. Mit der zunehmenden Auslagerung der Spitäler aus der kantonalen Verwaltung wird das sicher nicht einfacher. In Staaten, wo das Gesundheitssystem viel zentralisierter ist, gibt es viel mehr Schnittstellenmanagement. Für die Palliativversorgung ist das sicher wünschenswert.“ (Balmer, 2013, 9. Dez.)

Nebst den organisationellen Schnittstellen stellen auch die personellen ein Hindernis für die Integration der Palliative Care dar. „Jeder bearbeitet noch immer ein wenig sein eigenes Gärtchen. Die Wichtigkeit des Zusammenarbeitens wurde noch nicht vollständig erkannt“ (von Allmen, 2013, 6. Dez.). Balmer (2013, 9. Dez.) identifiziert in diesem Zusammenhang ein Generationenproblem: „Insbesondere die älteren Ärzte berücksichtigen Palliative Care erst dann, wenn sich kurativ wirklich gar nichts mehr machen lässt. Die Denkweise, dass man parallel betreuen kann, hat noch nicht ganz Einzug gehalten.“ Von Allmen (2013, 6. Dez.) hingegen verortet die Ursache dieses Problems beim noch immer vorherrschenden Mangel an Aufklärung: „Es gibt beispielsweise noch immer Hausärzte, die nicht wissen, dass es spezialisierte Angebote in Akutspitälern gibt. Die Themen ‚Kommunikation‘ und ‚Sensibilisierung‘

¹⁹ Nicht zu verwechseln mit der zuvor erwähnten zentralen Anlauf- und Koordinationsstelle.

sind halt einfach riesig. In diesen Bereichen müssen wir als Kanton sicher noch mehr investieren.“

5.2.2 *Kanton Glarus*

Glarus gehört zu jenen Kantonen, die vor Verabschiedung der Nationalen Strategie über keinerlei spezialisierter Palliative-Care-Einrichtung verfügten (GDK, 2012a). Nichtsdestotrotz findet sich in einer Darstellung der spezialisierten Angebote der Schweiz für die Jahre 1999 und 2000 eine Institution im Kanton Glarus, die laut Selbstdeklaration Sterbebegleitung und Schmerzkontrolle durch mit Hospizarbeit vertrautes Pflegepersonal anbietet. Erwähnt wird zudem der Umstand, dass die Institution „im Rahmen des Programms für Komplementärmedizin Palliative Care leisten könnte“ (Raemy-Bass et al., 2001, S. 39).

Laut Katharina Möhl (2013, 13. Dez.), Mitglied des Vorstandes von Palliative Ostschweiz, ist dieser Eintrag jedoch mit Vorsicht zu geniessen, denn er ist nicht nur auf den zum damaligen Zeitpunkt vorherrschenden Mangel an einheitlichen Definitionen zurückzuführen, sondern auch auf unzureichende Aufklärung.

„Im Kanton Glarus herrscht nach wie vor die Vorstellung Palliative Care unterscheidet sich nicht von herkömmlicher Sterbebegleitung. Es heisst nur allzu häufig Palliative Care sei einfach ein neuer Begriff für etwas, das man schon immer angeboten habe. Doch sie betreiben eben nicht jene Aktivitäten, die Palliative Care effektiv umfassen würde.“ (Möhl, 2013, 13. Dez.)

Möhls Vermutung wird durch die Befragung der Leiterin der Abteilung Gesundheit am Departement für Finanzen und Gesundheit des Kantons Glarus, Daniela de la Cruz, erhärtet. Diese bestätigt nicht nur, dass es bis *dato* auf ihrem Kantonsgebiet an jeglicher spezialisierter Einrichtung fehlt, sie gewährt auch einem Einblick in die bei der kantonalen Verwaltung vorherrschende Haltung:

„Ich verstehe Palliative Care als umfassende Begleitung im Sterbeprozess; dort, wo Kuration nicht mehr im Vordergrund steht. Man kann den Blick also auch aufs Angebot lenken und fragen, was denn an Palliative Care so anders ist als an den herkömmlichen medizinischen Leistungen. Es ist sicher so, dass sie auch psychologische Tätigkeiten, Seelsorge und dergleichen umfasst. Wir haben seelsorgerische Betreuung sowohl im Spital als auch in den Pflegeheimen und bieten therapeutische Unterstützung an. Es wird wahrscheinlich einfach nicht so genannt und von der Bevölkerung auch nicht häufig in Anspruch genommen. Ich höre nie von unglücklichen Leuten, die sagen ihnen fehle Palliative Care.“ (de la Cruz, 2013, 3. Dez.)

Dennoch ist eine spezialisierte Palliativstation am Kantonsspital Glarus vorgesehen, die 2014 eröffnet werden soll (De la Cruz, 2013, 3. Dez.; Möhl, 2013, 13. Dez.). Die Errichtung dieser Station geht auf die 2012 erlassene Spitalplanung und die daraus hervorgegangene Spitalliste

zur Akutsomatik zurück (De la Cruz, 2013, 3. Dez.). Als Querschnittsbereich umfasst Letztere die Leistungsgruppe „Palliative Care Kompetenzzentrum“ und erteilt neben dem Kantonsspital Graubünden und dem Kinderspital Zürich auch dem Kantonsspital Glarus einen Leistungsauftrag (Kanton Glarus, 2011b). De la Cruz (2013, 3. Dez.) zufolge ist es das erste Mal, dass die Leistungsgruppe Palliative Care aufgeführt und demnach auch beplant wird.

Die in Entstehung begriffene Palliativstation des Kantonsspitals Glarus sieht die Betreuung der entsprechenden Patienten an einem Ort und durch spezialisiertes Pflegepersonal vor. Eine Neuerung sei dies jedoch nur in organisatorischer Hinsicht, konstatiert de la Cruz (2013, 3. Dez.): „Durch die Umstrukturierung sollen die Abläufe vereinfacht werden. Hinsichtlich der Tätigkeiten ist nichts neu. Am Kantonsspital Glarus gibt es schliesslich eine Tradition in der Sterbebegleitung, nur hiess das Ganze bis anhin einfach nicht Palliative Care.“ Vor dem Hintergrund dieser Haltung steht Möhl der Stationserrichtung äusserst kritisch gegenüber:

„Das ganze Projekt ist völlig unkonkret. Man ist sich wahrscheinlich auch gar nicht bewusst, was wirklich dahinter steckt. Es bräuchte zumindest ein Konzept und einen Arzt, der sich mit der Materie auskennt. Viele Aspekte, die Palliative Care ausmachen, sind nicht gegeben. Ich denke da zum Beispiel an die Vernetzung und die Angehörigenarbeit.“ (Möhl, 2013, 13. Dez.)

In der Folge erstaunt es nicht, dass de la Cruz (2013, 3. Dez.) den Einfluss der Nationalen Strategie auf die kantonale Palliativversorgung als gering einschätzt. Sie begründet dies insbesondere damit, dass die Tätigkeit, die das Spital in Zusammenhang mit Sterbebegleitung bis *dato* anbietet, als umfassend und kaum verbesserungswürdig erachtet werde. Zudem gebe es nach wie vor zu viele Ungereimtheiten in der Finanzierung, die von der Strategie zu wenig aufgegriffen würden.

„Solange nicht klar ist, wer welchen Teil der Finanzierung übernimmt und wir den tatsächlichen Bedarf bei der Bevölkerung nicht kennen, werden wir nicht einfach auf diesen Zug aufspringen. Wir dürfen schliesslich auch keine Überkapazitäten bilden. Nur weil der Bund gewisse Empfehlungen vom Ausland übernommen hat, heisst das noch lange nicht, dass der Bedarf hier im Kanton wirklich gegeben ist.“ (de la Cruz, 2013, 3. Dez.)

Dies ist gemäss de la Cruz (2013, 3. Dez.) auch einer der Gründe, dass man den Begriff „Palliative Care“ in der Gesetzgebung aussen vor gelassen hat. In der Tat verfügt der Kanton Glarus seit der Totalrevision des Gesundheitsgesetzes 2007 über eine implizite rechtliche Grundlage zu Palliative Care. Den Sterbenden wird darin nicht nur ein „Anrecht auf angemessene Behandlung und Begleitung“ zugesprochen, man verpflichtet auch Einrichtungen, die Sterbende beherbergen, „eine Behandlung, Pflege und Umsorgung anzubieten, die nicht Heilung

sondern umfassende Linderung nach dem jeweiligen Stand der Erkenntnisse zum Ziel haben“ (Art. 50 Abs. 1 und 3 Gesundheitsgesetz). Als weiteren Grund nennt de la Cruz (2013, 3. Dez.), dass man Art. 50 des Gesundheitsgesetzes noch immer als zeitgemäss erachtet: „Dadurch, dass sich der Artikel an alle Institutionen richtet, die Sterbende hospitalisieren, stellen wir schon seit 2007 das Wohl des Patienten ins Zentrum. Der Artikel unterbindet schliesslich auch die Gefahr, dass sich die Einrichtungen die Patienten gegenseitig zuschieben.“ Laut Möhl vermag es der erwähnte Gesetzesartikel jedoch nicht, diese Verschiebungen tatsächlich zu verhindern:

„Aufgrund des Mangels an spezialisierten Einrichtungen in der Langzeitpflege wie auch im mobilen und ambulanten Bereich, müssen die Patienten bei zunehmender Komplexität der Krankheit schnell einmal ins Akutspital verlegt werden. Verständlich, denn den herkömmlichen Einrichtungen fehlt es an entsprechenden Ressourcen – sowohl in materieller wie auch in personeller Hinsicht.“ (Möhl, 2013, 13. Dez.)

Möhl zufolge, lässt sich der Entwicklungsstand der Palliative Care im Kanton Glarus in erster Linie auf mangelnde politische Unterstützung zurückführen. Die Wichtigkeit des Themas sei vom zuständigen Departement bislang nicht erfasst worden.

„Von Seiten unseres Vereins haben wir vermehrt angeregt, Palliative Care im Gesundheitsgesetz explizit zu verankern. Man wollte insbesondere auch erreichen, dass der Kanton mehr Druck ausüben kann auf die Gemeinden und sich somit in der Langzeitpflege etwas ändert. Doch von Seiten des Kantons scheint man sich mit der aktuellen Lage zu begnügen, denn unsere Vorstösse versanden regelmässig.“ (Möhl, 2013, 13. Dez.)

In Glarus sind die Gemeinden für die Sicherstellung der stationären Langzeitpflege zuständig (Art. 5 Abs. 1 lit. b Gesundheitsgesetz), dem Kanton kommt jedoch eine umfassende Aufsichtsfunktion zu (Art. 4 Abs. 1 lit. c Gesundheitsgesetz). Dennoch, so de la Cruz (2013, 3. Dez.), wird diese Funktion von Seiten des Kantons nicht allzu häufig wahrgenommen: „Wir müssen sicherlich noch mehr überprüfen, ob und wie die Gemeinden ihrem Auftrag nachkommen.“ Die Tatsache, dass im Kanton Glarus nicht das Departement für Finanzen und Gesundheit, sondern jenes für Volkswirtschaft und Inneres für diese Aufgabe zuständig ist (Kanton Glarus, 2011a), dürfte der Entwicklung der Palliative Care kaum dienlich sein.

5.2.3 *Kanton Zürich*

Im Hinblick auf Palliative Care wurde Zürich lange Zeit als einer der fortschrittlichsten Kantone des Landes betitelt (Wenger, 2009, S. 34). Seit 2004 wird hier mit Art. 30 Abs. 1 des Patientinnen- und Patientengesetz ein Anrecht Sterbender „auf angemessene Behandlung und Begleitung“ statuiert und seit 2007 existiert ein Gesetzesartikel der vorschreibt, Palliative

Care in der Spital- und Pflegeheimplanung zu berücksichtigen (Art. 41 Abs. 1 Gesundheitsgesetz).

Dass Zürich eine *Leader*-Rolle in der Palliativversorgung attestiert wurde, dürfte jedoch in erster Linie auf die frühe Verabschiedung eines kantonalen Palliative-Care-Konzepts durch die Gesundheitsdirektion (GD) zurückzuführen sein. Zürich besitzt seit 2006 ein Konzept, dessen Ziel es ist, palliative Behandlung in den vom Kanton subventionierten Spitälern zu verankern. Hierzu sind – zusätzlich zu den Leistungsaufträgen für die stationäre Grundversorgung – mehrere Palliative Kompetenzzentren²⁰ vorgesehen, die nebst der Betreuung von Patienten mit der Aufgabe betraut sind, Hausärzten, Spitexdiensten und anderen Spitälern beratend zur Seite zu stehen (GD, 2006, S. 10-16).

Wenn auch der Fokus des Konzepts eindeutig auf der akut-stationären Versorgung liegt, so werden der ambulante Bereich und das Schnittstellenmanagement doch nicht ausser Acht gelassen. Susanna Marti Calmell (2013, 2. Dez.), Projektleiterin bei der Gesundheitsdirektion und vormals zuständig für die Umsetzung des Konzepts, konstatiert, dass man sich zum Zeitpunkt der Ausarbeitung bereits bewusst gewesen sei, dass ein Grossteil der Palliative Care idealerweise ambulant oder im Langzeitsetting erbracht werden sollte: „Deswegen haben wir versucht die Schnittstellen mit verschiedenen Projekten zu unterstützen.“ Zu diesen Projekten zählten unter anderem der Aufbau einer Hotline für Fachberatung und die Organisation von Weiterbildungen für Hausärzte und Spitex (GD, 2006, S.17).

Gemäss Stefan Obrist (2013, 4. Dez.), ärztlicher Leiter des Kompetenzzentrums Palliative Care am Universitätsspital Zürich (USZ), ist in der Phase der Ausarbeitung und Verabschiedung des Konzepts grosses Engagement von Seiten der Gesundheitsdirektion zu spüren gewesen: „Zürich ist vorgeprescht zu einer Zeit, als Palliative Care noch nicht in aller Munde war.“ Dennoch drohte das Palliative-Care-Konzept in der Folge zu versanden. Den Hauptgrund hierfür sieht Obrist (2013, 4. Dez.) in einer Änderung innerhalb der Gesundheitsdirektion: „Das Konzept wurde unter Verena Diener verabschiedet, die zum damaligen Zeitpunkt die zuständige Regierungsrätin war. Sie hat sich immer sehr engagiert gezeigt. Seit Thomas Heiniger im Amt ist, haben sich die Prioritäten verschoben“²¹. Von Seiten des Kantons herr-

²⁰ Alle im Kanton Zürich existierenden Palliativstationen sind an Palliative Kompetenzzentren angegliedert (GD, 2014a). In Zusammenhang mit akut-stationären Einrichtungen ist für Zürich in der Folge ausschliesslich von Kompetenzzentren die Rede.

²¹ Thomas Heiniger (Freisinnig-Demokratische Partei, FDP) ist seit 2007 Gesundheitsdirektor des Kantons Zürich (GD, 2014b). Zuvor wurde dieses Amt durch Verena Diener (Grünliberale Partei, GLP) ausgeübt (Diener, ohne Datum).

sche seit diesem Amtswechsel ein Mangel an Unterstützung für Palliative Care. Obrist illustriert dies anhand der Entstehungsgeschichte der Palliativstation am USZ:

„Seit 2006 hat das USZ versucht ein Kompetenzzentrum zu errichten – so wie das ja auch durch das Konzept vorgesehen war. Man stellte sich auf den Standpunkt ‚wenn man eine zusätzliche Leistung anbietet, dann kostet das etwas‘ und hat demzufolge beim Kanton angeklopft – ohne Erfolg. Passiert ist letztendlich erst etwas, als die Spitaldirektion beschlossen hat, das finanzielle Risiko selbst zu tragen. Von Seiten der Politik ist kein *goodwill* mehr da. Die wollen einfach nur die Steuern tief halten. Ob an einem Spital eine Palliativstation entsteht, hängt einzig davon ab, ob die Spitaldirektion das will.“ (Obrist, 2013, 4. Dez.)

Der fehlende *goodwill* wird denn auch von Seiten Marti Calmells (2013, 2. Dez.) bestätigt: „Der Stellenwert von Palliative Care ist in der GD nicht mehr besonders hoch. Massgebende Veränderungen lassen sich kaum anstossen, auch wenn wir versuchen, das Thema wieder verstärkt einzubringen.“

Vor diesem Hintergrund erstaunt es nicht, dass der Einfluss der Nationalen Strategie von Seiten der befragten Experten durchs Band als nicht besonders gross eingestuft wird. Gemäss Monika Obrist (2013, 2. Dez.), Geschäftsführerin des Vereins Palliative Zürich/Schaffhausen und Marti Calmell (2013, 2. Dez.), hat die Strategie die Palliativversorgung im Kanton hauptsächlich indirekt, nämlich durch die Adaption von Definitionen und Kriterien, beeinflusst.

„Im Rahmen der Nationalen Strategie sind Kriterien entwickelt worden, die von einer Palliativstation oder einem Kompetenzzentrum erfüllt werden müssen, um die entsprechende Bezeichnung zu erhalten. Diese haben wir bei der Spitalplanung und demzufolge auch bei der Vergabe der Leistungsaufträge berücksichtigt. (...) Die Zunahme an Kompetenzzentren von einer Handvoll vor Verabschiedung der Strategie auf deren neun heutzutage steht jedoch nicht in Zusammenhang mit der Strategie“ (Marti Calmell, 2013, 2. Dez.)

Laut der Befragten (Marti Calmell, 2013, 2. Dez.; Obrist, 2013, 2. Dez.) lässt sich die Expansion bei den Kompetenzzentren auf die 2012 eingeführten Spitalplanung zurückführen. Diese ermöglicht es den Spitälern, sich für einen Leistungsauftrag zu bewerben (GD, 2014c). „Erfüllen die Bewerber die Voraussetzungen, dann bekommen sie den Auftrag – vorausgesetzt es gibt keine Überversorgung. (...) Vor zwei Jahren hat es Bewerbungen geschneit für Kompetenzzentren. Viele dachten das sei ein Nischenprodukt, das es sich anzubieten lohnt“ (Marti Calmell, 2013, 2. Dez.).

Im Kanton Zürich verfügen aktuell das Kantonsspital Winterthur (KSW), das Kinderspital Zürich, die Klinik Susenberg, das USZ und die Spitäler Bülach, Zollikerberg, Männedorf, Affoltern und Richterswil über einen Leistungsauftrag als Kompetenzzentrum für Pallia-

tive Care. Diese Leistungsaufträge sind jedoch befristet bis Ende 2014 (GD, 2014a). Bis dahin müssen die einzelnen Institutionen eine Zertifizierung vorweisen können, die durch den landesweit tätigen Verein *Qualité Palliative* vergeben wird. Welche der aktuellen Kompetenzzentren diese Zertifizierung angehen werden, ist laut Obrist (2013, 2. Dez.) noch unklar. Bislang verfügen einzig die Klinik Susenberg und das Spital Affoltern über die entsprechende Auszeichnung (*palliative.ch*, ohne Datum).

Wie aus dem Bericht von Wyss und Coppex (2013, S. 7) hervorgeht, bietet ein Grossteil der erwähnten Kompetenzzentren nebst der akut-stationären Versorgung auch einen Palliativ-Konsiliardienst an. Den Autoren zufolge sind in der Zeit zwischen 2011 und 2013 im Kanton Zürich neun dieser Dienste entstanden. Am USZ jedoch ist man noch nicht ganz soweit: Hier werden zwar Konsilien abgehalten, bislang sind diese jedoch nur informeller Art. Laut Obrist (2013, 4. Dez.) dürfte sich dies allerdings in Kürze ändern: „Wir sind daran einen ausführlichen Dienst aufzubauen, der sowohl Ärzte als auch Pflegepersonal umfassen und auf verschiedensten Stationen des Spitals zur Anwendung kommen soll“.

Wenn auch die Mehrzahl der Konsiliardienste im Kanton Zürich von Kompetenzzentren angeboten wird, so zeigt sich dennoch, dass das Vorhandensein einer Palliativstation keine zwingende Voraussetzung ist, um ein solches Angebot ins Leben zu rufen. Das Spital Wetzikon beispielsweise bietet seit 2013 einen Konsiliardienst an ohne über eine spezialisierte akut-stationäre Einrichtung zu verfügen (Pallnetz, 2013).

Hinsichtlich der Palliativambulatorien zeigt sich in Zürich eine ähnliche Entwicklung wie bei den Konsiliardiensten. Wyss und Coppex (2013, S. 6-7) zufolge hat sich auch hier das Angebot vervielfacht. Wo 2011 gerade mal ein Ambulatorium existierte, identifizieren die Autoren 2013 deren acht – vorwiegend in Anbindung an ein Kompetenzzentrum. Laut Obrist (2013, 2. Dez.) sind diese Daten jedoch mit Vorsicht zu geniessen: „Bei den Palliativambulatorien sind die Definitionen noch immer schwammig. Man kann hier schnell einmal irgendetwas behaupten. Bei Palliativstationen und sozialmedizinischen Einrichtungen beispielsweise ist das nicht mehr möglich. Hier sind die Kriterien mit Sicherheit einiges klarer.“ Beim Verein *Palliative Zürich/Schaffhausen* spricht man demzufolge von deutlich weniger Angeboten. Genannt werden einzig die am USZ angebotene psychosoziale Beratung, das von der Krebsliga geführte Turmhaus in Winterthur und das mittlerweile nicht mehr existierende Onco-Plus Ambulatorium am Spital Limmattal (Obrist, 2013, 2. Dez.).

Unumstritten hingegen sind das Angebot – und der Ausbaubedarf – bei den mobilen Palliativdiensten und den sozialmedizinischen Einrichtungen. Laut Obrist (2013, 2. Dez.) und Obrist (2013, 4. Dez.) bestehen hier nach wie vor erhebliche Versorgungslücken, die dazu

führen, dass der Zugang zu diesen Institutionen nicht überall gewährleistet ist. Insgesamt verfügt der Kanton über drei spezialisierte mobile Dienste (Wyss & Coppex, 2013, S. 10), die in den Städten Wetzikon, Winterthur und Zürich stationiert sind. Sowohl in Zürich als auch in Winterthur sind die Dienste eigenständig, also nicht an ein Spital angegliedert. Zudem handelt es sich bei beiden um rein pflegerische Teams. Ärzte können zwar beigezogen werden, grundsätzlich verbleiben sie jedoch im Hintergrund (Obrist, 2013, 2. Dez.; Verein Palliative Care Winterthur-Andelfingen, ohne Datum). Anders gestaltet sich die Lage in Wetzikon: Hier ist das Team am Spital angesiedelt und besteht sowohl aus qualifiziertem Pflegepersonal als auch aus spezialisierten Ärzten. Im Verlaufe seiner Krankheit kann der Patient somit fortlaufend betreut werden – sei dies nun im Spital durch direkte Beratung oder aber zu Hause und im Pflegeheim, indem das Team für die Spitex oder das Pflegepersonal anleitend tätig ist (GZO Spital Wetzikon, ohne Datum).

Obrist zufolge entspricht dieser mobile Palliativdienst einem idealtypischen Modell, das sie gerne an verschiedensten regionalen Standorten institutionalisiert sähe:

„Was uns bei palliative Zürich/Schaffhausen vorschwebt ist eine kantonsweite Abdeckung mit mobilen Palliativdiensten dieses Typus'. Wir haben das der GD auch vorgeschlagen: Wir haben ihnen ein Konzept vorgelegt, das den Kanton Zürich in fünf bis sieben Versorgungsregionen²² aufteilt, die als Einzugsgebiete sowohl für die Kompetenzzentren, die Spitäler der Grundversorgung als auch für die mobilen Palliativdienste ideal wären. Leider hat das bei der GD keinen Anklang gefunden. Man hat kein Budget, (...), und in Zürich gibt es halt auch diese Spezialität der strikten Trennung bei den Zuständigkeiten: der Kanton kümmert sich um das Akut-stationäre, die Gemeinden um das Ambulante und die Langzeit.“ (Obrist, 2013, 2. Dez.)

Obrist (2013, 4. Dez.) verortet in dieser strikten Trennung der Zuständigkeiten auch die Ursache, dass der Kanton Zürich hinsichtlich sozialmedizinischer Einrichtungen mit Palliative-Care-Auftrag unterversorgt ist. Mit total drei Institutionen dieser Art – Hospiz Zürcher Lighthouse, Pallivita Bethanien und Pflegezentrum Limmattal (Wyss & Coppex, 2013, S. 9) – verfügt man zwar landesweit über das grösste, jedoch nicht über ein flächendeckendes Angebot. Je nach dem aus welchem Gebiet ein Patient stammt, muss er daher nach wie vor einen Regionswechsel in Kauf nehmen, um sich in einer spezialisierten Langzeiteinrichtung niederlassen zu können. „Es hapert also genau dort, wo die meisten Palliativpatienten wirklich sind: im Langzeitsetting. (...) Das Problem ist, dass die Heime zu wenige finanzielle Mittel haben, um für spezialisierte Palliative Care aufzurüsten“ (Obrist, 2. Dez., 2013). Die befragten Ex-

²² Es handelt sich hierbei um folgende Versorgungsregionen: Limmattal und linkes Zürichseeufer mit den Spitälern Limmattal und Affoltern; Oberland und rechtes Zürichseeufer mit den Spitälern Wetzikon, Uster und Männedorf; Unterland mit dem Spital Bülach; Winterthur-Andelfingen mit dem KSW; Stadt Zürich mit den Spitälern Susenberg, Zollikerberg, USZ und den übrigen Stadtspitälern (Obrist, 2013, 2. Dez.).

perten (Obrist, 2013, 2. Dez.; Obrist, 2013, 4. Dez.) monieren, dass die finanziellen Anreize beim Übergang vom akut-stationären in die spezialisierte Langzeitpflege oder auch in den ambulanten Bereich falsch gesetzt seien.

„Wenn ein Patient sich bei uns am USZ behandeln lässt, dann ist das für ihn gratis sobald der Selbstbehalt aufgebraucht ist. Wenn er dann aber stabil ist und in eine billigere Institution verlegt oder zu Hause betreut wird, dann muss er einen grossen Teil selbst bezahlen. Natürlich betrifft das Anreizproblem nicht nur Zürich, das ist überall so, aber es gibt Kantone, die für die Kosten aufkommen, die im Bereich Palliative Care anfallen und nicht durch die Krankenversicherer oder Dritte abgerechnet werden können. (...) Der Kanton kann noch lange sagen ‚wir sind für Langzeit und Ambulant nicht zuständig‘, letztendlich hat er sich sein Gesetz selbst gegeben.“ (Obrist, 2013, 4. Dez.)

Marti Calmell (2013, 2. Dez.) zufolge ist man sich bei der GD durchaus bewusst, dass die finanziellen Anreize falsch gesetzt sind und dass ein grösseres Aufkommen an spezialisierten sozialmedizinischen Einrichtungen und mobilen Palliativdiensten nicht nur dem Wohl der Patienten, sondern auch der Volkswirtschaft dienlich wären. Gesetzesänderungen, um diese Mechanismen abzufedern, sind aber keine in Planung. Man beschränkt sich auf die Steuerung durch Personalprofile und Betriebsbewilligungen. Die Situation im Kanton Zürich lässt sich demnach am besten wie folgt auf den Punkt bringen:

„Die Nationale Strategie hat im Kanton Zürich sicherlich etwas bewegt. Aber auch wenn sich der Kanton wirklich um die Kompetenzzentren kümmert, so fehlt es doch nach wie vor an gewissen Strukturen und vor allem am politischen Willen Geld in Strukturen zu investieren.“ (Obrist, 2013, 2. Dez.)

5.2.4 *Zwischenfazit*

Unter Berücksichtigung der Fallstudien zeigen sich hinsichtlich H1 wiederholt eindeutige Tendenzen. In jenen Kantonen, die über spezialisierte stationäre Einrichtungen verfügen, also Basel-Stadt und Zürich, gelingt es tatsächlich, das Angebot auszubauen und zu diversifizieren. Es zeigt sich zudem, dass insbesondere Konsilien und Ambulatorien vorwiegend auf Initiative von Palliativstationen, respektive von Kompetenzzentren, entstehen. Besonders auffällig ist dies in Zürich: Praktisch jedes der neun designierten Kompetenzzentren verfügt mittlerweile über solche Angebote – auch wenn es sich im Falle der Ambulatorien bislang vorwiegend um informelle Angelegenheiten handeln dürfte.

Nichtsdestotrotz gilt es festzuhalten, dass Konsiliardienste und Ambulatorien nicht zwingend in Verbindung mit einer akut-stationären Einrichtung entstehen. Sowohl für den Kanton Zürich als auch für Basel-Stadt finden sich mit dem Spital Wetzikon, respektive dem Universitätsspital Basel, Beispiele von stationsunabhängigen Konsiliardiensten. Ähnliches gilt für die Ambulatorien: Die drei vom Verein palliative Zürich/Schaffhausen anerkannten

Einrichtungen sind allesamt eigenständig und nicht auf Initiative eines Kompetenzzentrums entstanden.

Bei den mobilen Palliativdiensten ist das Fazit durchzogener. Während es im Kanton Basel-Stadt gelungen ist anhand der neu errichteten Institution eine flächendeckende Versorgung zu gewährleisten, konnte Zürich sein Angebot nur spärlich erweitern. Zudem sind sämtliche der drei Zürcher Einrichtungen unabhängig von einer spezialisierten akuten stationären Einrichtung entstanden. Das mobile Team im Oberland ist zwar an das Spital Wetzikon angebunden, doch verfügt besagtes Spital ausschliesslich über einen Grundversorgungsauftrag und somit über keine Palliativstation.

Wenn sich auch die Palliativversorgung der Kantone Zürich und Basel-Stadt eindeutig in die von H1 prognostizierte Richtung entwickelt, so wird die Hypothese durch den Fall Glarus mehr als bestärkt. Glarus als Vertreter jener Kantone, die in der Vergangenheit über keine spezialisierten stationären Einrichtungen verfügten, kann nach wie vor kein spezialisiertes mobiles oder ambulantes Angebot vorweisen. Insgesamt gilt es somit festzuhalten, dass H1 durch die Fallstudien nicht verworfen werden kann.

In Bezug auf H2 zeigt sich erneut ein ambivalentes Resultat. Für den Kanton Glarus ist es durchaus zutreffend, dass der Bund als Prinzipal anhand der Nationalen Strategie keinen Einfluss auf seinen Agenten üben konnte. Dies zeigt sich einerseits anhand der anhaltenden Abwesenheit spezialisierter Einrichtungen und expliziter rechtlicher Grundlagen und andererseits aufgrund der Einschätzungen der befragten Experten. Wenn auch für 2014 eine Palliativstation am Kantonsspital Glarus geplant ist, so steht diese doch kaum in Verbindung mit der Nationalen Strategie. Es handelt sich hierbei um eine rein organisatorische Massnahme zur Vereinfachung bestehender Abläufe. H2 kann aufgrund der Fallstudie zu Glarus demnach mitnichten verworfen werden.

Im Kanton Basel-Stadt hingegen liegen die Dinge genau umgekehrt. Die befragten Experten geben hier allesamt zu Protokoll, dass die Nationale Strategie die Entwicklung der Palliativversorgung erheblich geprägt hat. Dies sowohl in Bezug auf das kantonale Konzept und den Gesetzesartikel, als auch auf den neu errichteten mobilen Palliativdienst samt Anlauf- und Koordinationsstelle. Nicht zuletzt zeigt sich in Basel-Stadt der Einfluss auch am Gesinnungswandel innerhalb des Gesundheitsdepartements: Im Vergleich zu den Kantonen Zürich und Glarus geniesst das Thema „Palliative Care“ einen grossen politischen Rückhalt. Für Basel-Stadt gilt es demzufolge H2 zu verwerfen.

Die Fallstudie zum Kanton Zürich liefert hinsichtlich H2 als Einzige kein eindeutiges Resultat. In Zürich konnte das Angebot an Palliative-Care-Einrichtungen seit 2010 zwar aus-

gebaut werden, laut der Befragten ist dies jedoch nicht auf die Nationalen Strategie zurückzuführen. Andere Aspekte, wie die neue Spitalplanung samt des neuen Modus' der Leistungsauftragsvergabe oder das Wohlwollen der Spitalleitung werden als ausschlaggebend erachtet. Dennoch ist die Strategie nicht gänzlich ohne Einfluss geblieben: Definitionen und Kriterien wurden vom Kanton übernommen und prägten in der Folge die Spitalplanung mit. H2 muss demnach erneut verworfen werden.

6 Schlussfolgerungen

6.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

In der vorliegenden Untersuchung wurde der Frage nachgegangen inwiefern das föderative System für die Rückständigkeit der Schweizerischen Palliative Care verantwortlich zeichnet. Hierzu wurde die Behauptung aufgestellt, dass sich die Entwicklung der Palliativversorgung in den einzelnen Kantonen pfadabhängig zeigt, dass spezialisierte stationäre Einrichtungen diese Pfadabhängigkeiten begründen und dass es dem Bund nicht gelingt anhand der Nationalen Strategie Einfluss auf die kantonalen Versorgungsarrangements zu üben.

Die empirischen Analysen, die in der Folge durchgeführt wurden – der Vergleich der Versorgungsstrukturen und gesetzlichen Grundlagen sowie die Fallstudien – liefern bezüglich Pfadabhängigkeit die gleiche Erkenntnis: In Kantonen, in denen spezialisierte stationäre Einrichtungen vorhanden sind, gelingt es das Angebot zu diversifizieren. Ebenso trifft der umgekehrte Fall zu: Kantone, die keine Palliativstation vorweisen konnten, verbleiben auch 2013 gänzlich ohne Angebot. Einzige Ausnahmen bilden hier Schaffhausen und Zug. Es scheint also in der Tat zuzutreffen, dass spezialisierte stationäre Einrichtungen als jene Institutionen gewertet werden können, die die Entwicklungspfade der Palliative Care und somit das Versorgungsarrangement in den Kantonen prägen.

In Bezug auf den Einfluss des Bundes hingegen, lässt sich kein allgemeingültiges Fazit ziehen, denn schliesslich zeigen die Fallstudien, dass die Nationale Strategie in gewissen Kantonen keinesfalls auf taube Ohren gestossen ist. Ganz im Gegenteil: In Basel-Stadt beispielsweise steht ein Grossteil der Neuerungen in direktem Zusammenhang mit der Strategie.

Ähnliches lässt sich aufgrund der Analyse der Versorgungsstrukturen vermuten, da das Angebot an Palliativstationen, Konsiliardiensten, Ambulatorien und mobilen Palliativdiensten im Verlaufe der letzten Jahre in vielen Kantonen deutlich angewachsen ist. Dennoch,

so muss erwähnt werden, kann hier der Einfluss der Nationalen Strategie nicht abschliessend beurteilt werden. Es besteht durchaus die Möglichkeit, dass die Angebotszunahme auf andere Faktoren zurückzuführen ist – wie dies im Kanton Zürich der Fall ist. Um diese Faktoren ausschliessen zu können, müssten weitere Untersuchungen durchgeführt werden.

6.2 Fazit, Grenzen der Untersuchung und künftige Forschung

Insgesamt lässt sich aufgrund der getätigten Analysen schliessen, dass der Föderalismus tatsächlich für die Rückständigkeit der Schweizerischen Palliative Care verantwortlich zeichnet. Aufgrund der weitreichenden Souveränität der Teilstaaten finden sich 26 verschiedene Versorgungsarrangements, die sowohl durch individuelle Pfadabhängigkeiten als auch durch das Handeln der jeweiligen Entscheidungsträger geprägt sind. Letzteres bedeutet, dass es dem Bund nur dann gelingt anhand der Nationalen Strategie Einfluss zu üben, wenn sich die Entscheidungsträger auf Kantonsebene dem Anliegen des Bundes gegenüber wohlwollend präsentieren. Dieser Sachverhalt wird durch die drei Fallstudien zu Basel-Stadt, Glarus und Zürich klar aufgezeigt.

Die Untersuchung zu den drei Kantonen deutet jedoch auch darauf hin, dass nicht nur das Wohlwollen der Verantwortlichen aus Politik und Verwaltung ins Gewicht fällt, sondern auch jenes der Entscheidungsträger innerhalb der Palliativeinrichtungen. Als Beispiele lassen sich hier die Entstehungsgeschichten der Palliativstationen am USZ und am St. Claraspital anfügen.

Im Hinblick auf das der Arbeit zugrunde liegende theoretische Konstrukt hat dieser Befund folgende Implikationen: Die Kombination aus Prinzipal-Agent-Problematik und historischem Institutionalismus mitsamt der Pfadabhängigkeit bietet sich grundsätzlich an, die Schweizer Palliativversorgung zu erklären – das Prinzipal-Agent-Modell in der Form, wie es von der Autorin gewählt wurde greift allerdings zu kurz. Die Reduktion auf zwei Stufen mit dem Bund als Prinzipal und den kantonalen Behörden als Agent reicht nicht aus, um den Sachverhalt darzulegen. Es müsste ein mehrstufiges Modell herangezogen werden, in dem auch die Entscheidungsträger von Palliativeinrichtungen sowie die Verantwortlichen auf Gemeindeebene berücksichtigt werden. Die Zuschreibung der Rollen würde sich dann dahingehend verändern, dass die kantonalen Behörden als zwischengelagerte Stufe sowohl die Rolle des Agenten als auch jene des Prinzipals übernehmen. Die Entscheidungsträger der Palliativeinrichtungen und der Gemeinden wiederum würden als Agenten der Kantone fungieren.

Dass auch die Gemeinden als Agenten berücksichtigt werden müssen, ist durch deren Zuständigkeit im ambulanten Bereich und in der Langzeitpflege zu begründen.

Nebst dem zu kurz greifenden theoretischen Konstrukt gilt es auch zwei Schwachstellen bei der Anwendung des Pfadabhängigkeitsmodells im ersten empirischen Teil aufzuzeigen. (1) Wie unter 3.1 dargelegt, entstammt erwähntes Modell dem historischen Institutionalismus, also einer Theorie, die sich nicht Momentaufnahmen sondern langwierigen Prozessen annimmt. Die Entwicklung der Versorgungsstrukturen der 26 Kantone wurde mit den Jahren 2011 und 2013 jedoch anhand zweier gar nahe beieinander liegender Zeitpunkte beurteilt. Wenn auch dieses Vorgehen anhand des Mangels an älteren Daten begründet wurde, so bleibt der „Verstoss gegen die dem historischen Institutionalismus zugrunde liegenden Konventionen“ und die damit einhergehende verminderte Aussagekraft dennoch bestehen. (2) Des Weiteren muss erwähnt werden, dass die durch den ersten empirischen Teil aufgedeckten Pfadabhängigkeiten nicht nur aufgrund des äusserst kurzen Zeithorizontes schwer belegt werden können – es lässt sich anhand der auf aggregierten Daten beruhenden oberflächlichen Analyse auch kaum beurteilen, ob tatsächlich die spezialisierten stationären Einrichtungen diejenigen Institutionen sind, die die Palliative-Care-Entwicklung vorantreiben und beeinflussen. Um hier ein abschliessendes Urteil bilden zu können, gilt es weitere Forschung durchzuführen, die sich einer jeden kantonalen Palliative-Care-Geschichte anhand von Fallstudien annimmt.

Abgesehen von Untersuchungen, die im Anschluss an die hier durchgeführte Analyse getätigt werden könnten, bietet sich das Thema „Forschung“ an, um diese Arbeit zu beschliessen. Hinsichtlich der zunehmenden Überalterung der Gesellschaft und der damit einhergehenden wachsenden Bedeutung von Palliative Care, ist es der Autorin ein Anliegen, ein letztes Mal auf den Mangel an sozialwissenschaftlichen Untersuchungen aufmerksam zu machen. In Anbetracht der anhaltenden Schwierigkeit die nötige Anerkennung und Verankerung dieser medizinischen Disziplin zu erlangen, wäre verstärkte Forschungsaktivität auf dem Gebiet der Schweizer Palliative Care mehr als wünschenswert. Bleibt zu erwähnen, dass es sich hierbei durchaus um eine *Win-win*-Situation handeln würde, denn schliesslich bietet das „Untersuchungsobjekt“ einen geeigneten Rahmen um Theorien zu testen – beispielsweise auf dem Gebiet der Föderalismusforschung.

Anhang

Anhang I – Tabellen

Tabelle 3: Auslegeordnung der gesetzlichen Grundlagen in den Kantonen

	Rechtsgrundlagen 2009	Rechtsgrundlagen Ende 2013	Konzept/Strategie
AG	<ul style="list-style-type: none"> • Art. 54 Gesundheitsgesetz vom 10. November 1987 (SAR 301.100) • Art. 4 Abs. 4 und Art. 11 Abs. 3 lit. b Pflegegesetz vom 26. Juni 2007 (SAR 301.200) 	<ul style="list-style-type: none"> • Art. 4 Abs. 4 und Art. 11 Abs. 3 lit. b Pflegegesetz vom 26. Juni 2007, beide geändert am 1. Januar 2013 (SAR 301.200) 	<ul style="list-style-type: none"> • Seit Ende 2009
AI			<ul style="list-style-type: none"> • In Arbeit
AR	<ul style="list-style-type: none"> • Art. 22 Abs. 2 und 3 Gesundheitsgesetz vom 25. November 2007 (bGS 811.11) [implizit] 	<ul style="list-style-type: none"> • Art. 22 Abs. 2 und 3 Gesundheitsgesetz vom 25. November 2007 (bGS 811.11) [implizit] 	
BE	<ul style="list-style-type: none"> • Art. 36 Gesundheitsgesetz vom 2. Dezember 1984 (BSG 811.01) (aufgehoben) [implizit] 	<ul style="list-style-type: none"> • Art. 4 Abs. 1 lit. c Gesundheitsgesetz vom 2. Dezember 1984 (BSG 811.01), eingefügt am 19. Januar 2010 [implizit] 	<ul style="list-style-type: none"> • Vorhanden, noch nicht verabschiedet
BL			<ul style="list-style-type: none"> • In Arbeit
BS		<ul style="list-style-type: none"> • Art. 16 Gesundheitsgesetz vom 21. September 2011 (SG 300.100) 	<ul style="list-style-type: none"> • Seit Ende 2012
FR	<ul style="list-style-type: none"> • Art. 42 Gesundheitsgesetz vom 16. November 1999 (SGF 821.0.1) • Art. 2 lit. b Gesetz über die Hilfe und Pflege zu Hause vom 8. September 2005 (SGF 823.1) 	<ul style="list-style-type: none"> • Art. 42 Gesundheitsgesetz vom 16. November 1999 (SGF 821.0.1) • Art. 2 lit. b Gesetz über die Hilfe und Pflege zu Hause vom 8. September 2005 (SGF 823.1) 	<ul style="list-style-type: none"> • In Arbeit
GE	<ul style="list-style-type: none"> • Art. 24 Abs. 1 und Art. 39 Loi sur la santé du 7. avril 2006 (RSG K 1 03) 	<ul style="list-style-type: none"> • Art. 24 Abs. 1 und Art. 39 Loi sur la santé du 7. avril 2006 (RSG K 1 03) 	<ul style="list-style-type: none"> • Seit Januar 2012
GL	<ul style="list-style-type: none"> • Art. 50 Gesetz über das Gesundheitswesen vom 6. Mai 2007 (GS VIII A/1/1) [implizit] 	<ul style="list-style-type: none"> • Art. 50 Gesetz über das Gesundheitswesen vom 6. Mai 2007 (GS VIII A/1/1) [implizit] 	
GR		<ul style="list-style-type: none"> • Art. 20 Abs. 4 Gesetz über das Gesundheitswesen vom 2. Dezember 1984, eingefügt am 1. Januar 2012 (BR 500.000) [implizit] 	

	Rechtsgrundlagen 2009	Rechtsgrundlagen Ende 2013	Konzept/Strategie
JU	<ul style="list-style-type: none"> Art. 29 Loi sanitaire du 14. décembre 1990 (RSJU 810.01) 	<ul style="list-style-type: none"> Art. 29 Loi sanitaire du 14. décembre 1990 (RSJU 810.01) 	
LU	<ul style="list-style-type: none"> Art. 25 Abs. 2 Gesundheitsgesetz vom 13. September 2005 (SRL 800) Art. 32 Abs. 3 Spitalgesetz vom 11. September 2006 (SRL 800a) 	<ul style="list-style-type: none"> Art. 25 Abs. 2 Gesundheitsgesetz vom 13. September 2005 (SRL 800) Art. 32. Abs. 3 Spitalgesetz vom 11. September 2006 (SRL 800a) 	<ul style="list-style-type: none"> Seit November 2008
NE	<ul style="list-style-type: none"> Art. 35 und Art. 97 Abs. 1 Loi de santé du 6. février 1995 (RSN 800.1) 	<ul style="list-style-type: none"> Art. 35 und Art. 97 Abs. 1 Loi de santé du 6. février 1995 (RSN 800.1) 	
NW			
OW			<ul style="list-style-type: none"> In Arbeit
SG			<ul style="list-style-type: none"> In Arbeit
SH	<ul style="list-style-type: none"> Art. 26 Verordnung über die Rechte und Pflichten der Patientinnen und Patienten vom 8. Mai 2001 (SHR 810.102) Art. 12 Abs. 1 lit. d und Art. 20 lit. c der Verordnung zum Altersbetreuungs- und Pflegegesetz vom 10. Februar 2009 (SHR 813.501) 	<ul style="list-style-type: none"> Art. 26 Verordnung über die Rechte und Pflichten der Patientinnen und Patienten vom 8. Mai 2001 (SHR 810.102) Art. 12 Abs. 1 lit. d und Art. 20 lit. c der Verordnung zum Altersbetreuungs- und Pflegegesetz vom 10. Februar 2009 (SHR 813.501) Art. 36 Abs. 1 lit. a Gesundheitsgesetz vom 21. Mai 2012 (SHR 810.100) 	
SO	<ul style="list-style-type: none"> Art. 40 Gesundheitsgesetz vom 27. Januar 1999 (BGS 811.11) [implizit] 	<ul style="list-style-type: none"> Art. 40 Gesundheitsgesetz vom 27. Januar 1999 (BGS 811.11) [implizit] 	<ul style="list-style-type: none"> In Arbeit
SZ	<ul style="list-style-type: none"> Art. 38 Gesundheitsverordnung vom 16. Oktober 2002 (SRSZ 571.110) [implizit] 	<ul style="list-style-type: none"> Art. 38 Abs. 3 Gesundheitsverordnung vom 16. Oktober 2002 (SRSZ 571.110), eingefügt am 18. November 2009 	<ul style="list-style-type: none"> Seit Juli 2010
TG	<ul style="list-style-type: none"> Art. 33i Gesetz über das Gesundheitswesen vom 5. Juni 1985 (RB 810.1) 	<ul style="list-style-type: none"> Art. 33i Gesetz über das Gesundheitswesen vom 5. Juni 1985 (RB 810.1), geändert am 11. April 2011 	<ul style="list-style-type: none"> Seit November 2010
TI	<ul style="list-style-type: none"> Art. 3 lit. m Legge sanitaria del 18. aprile 1989 (6.1.1.1) 	<ul style="list-style-type: none"> Art. 3 lit. m Legge sanitaria del 18. aprile 1989 (6.1.1.1) 	<ul style="list-style-type: none"> Seit 2012
UR	<ul style="list-style-type: none"> Art. 47 Abs. 4 Gesundheitsgesetz vom 1. Juni 2008 (RB 30.2111) 	<ul style="list-style-type: none"> Art. 47 Abs. 4 Gesundheitsgesetz vom 1. Juni 2008 (RB 30.2111) 	

	Rechtsgrundlagen 2009	Rechtsgrundlagen Ende 2013	Konzept/Strategie
VD	<ul style="list-style-type: none"> • Art. 65 Abs. 3 Constitution du Canton de Vaud du 14. avril 2003 (RSV 101.01) [implizit] • Art. 1 bis 5 Décret instituant un programme cantonal de développement des soins palliatifs du 25. juin 2002 (RVS 800.031) 	<ul style="list-style-type: none"> • Art. 65 Abs. 3 Constitution du Canton de Vaud du 14. avril 2003 (RSV 101.01) [implizit] • Art. 1 bis 5 Décret instituant un programme cantonal de développement des soins palliatifs du 25. juin 2002 (RVS 800.031) 	<ul style="list-style-type: none"> • Seit Januar 2003
VS	<ul style="list-style-type: none"> • Art. 16 Abs. 2 und Art. 25 Abs. 3 Gesundheitsgesetz vom 9. Februar 1996 (SGS 800.1) [implizit] 	<ul style="list-style-type: none"> • Art. 2 Abs. 3 und Art. 17 Abs. 2 und Art. 37 Abs. 3 Gesundheitsgesetz vom 14. Februar 2008 (SGS 800.1) 	<ul style="list-style-type: none"> • Seit 2007
ZG	<ul style="list-style-type: none"> • Art. 31 Abs. 4 und Art. 54 Gesundheitsgesetz vom 30. Oktober 2008 (BGS 821.1) 	<ul style="list-style-type: none"> • Art. 31 Abs. 4 und Art. 54 Gesundheitsgesetz vom 30. Oktober 2008 (BGS 821.1) 	<ul style="list-style-type: none"> • Seit ?
ZH	<ul style="list-style-type: none"> • Art. 30 Patientinnen- und Patientengesetz vom 5. April 2004 (LS 813.13) [implizit] • Art. 41 Abs. 1 Gesundheitsgesetz vom 2. April 2007 (LS 810.1) 	<ul style="list-style-type: none"> • Art. 30 Patientinnen- und Patientengesetz vom 5. April 2004 (LS 813.13) [implizit] • Art. 41 Abs. 1 Gesundheitsgesetz vom 2. April 2007 (LS 810.1) • Art. 3 Abs. 1 Verordnung über die Pflegeversorgung vom 22. November 2010 (LS 855.11) 	<ul style="list-style-type: none"> • Seit März 2006

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an die elektronisch systematischen Gesetzessammlungen der Kantone, Waldmann & Schneider (2009) und Wyss & Coppex (2013)

Tabelle 4: Auslegeordnung der spezialisierten Palliative-Care-Angebote in den Kantonen

Angebote der spezialisierten Palliative Care	2011	2013
Spitalstruktur mit Palliative-Care-Auftrag	BE (1), BL (1), BS (2), FR (2), GE (1), GR (2), NE (1), SG (3), TG (1), TI (1), VD (4), VS (2), ZH (8)	AG (1) , BE (2), BL (2), BS (2), FR (2), GE (1), GR (2), JU (1) , LU (1), NE (1), SG (3), SO (1) , SZ (1) , TG (1), TI (1), VD (6), VS (2), ZH (9)
TOTAL	29	39
Sozialmedizinische Institution mit Palliative-Care-Auftrag	AG (2), LU (1), SZ (1), ZH (2)	AG (2), LU (1), SZ (1), ZH (3)
TOTAL	6	7
Palliativambulatorium	BE (1), GR (1), SG (3), TI (4), VD (1), ZH (1)	BE (1), GE (1) , GR (1), LU (1) , NE (1) , SG (3), SH (1) , TI (4), VD (1), ZG (1) , ZH (8)
TOTAL	11	23
Palliativ-Konsiliardienst	BE (1), FR (1), GE (1), GR (1), NE (1), SG (2), TG (1), TI (4), VD (1), VS (2)	BE (2), BL (1) , FR (1), GE (1), GR (2), NE (0), SG (2), SO (1) , SZ (1) , TG (1), TI (1), VD (2), VS (2), ZG (2) , ZH (9)
TOTAL	15	28
Mobiler Palliativdienst	BE (1), FR (1), GR (1), JU (1), LU (1), NE (1), SG (2), TI (2), VD (4), VS (2), ZH (2)	AG (1) , BE (3), BL (1) , FR (1), GE (1) , GR (1), JU (1), LU (1), NE (1), SG (1), SH (1) , SO (1) , TG (1) , TI (2), VD (4), VS (2), ZH (3)
TOTAL	18	26
TOTAL aller Angebote	79	124

Anmerkung:

- In Klammern: Anzahl Angebote im Kanton
- Änderungen **fett** dargestellt

Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an GDK (2012a) und Wyss & Coppex (2013)

Tabelle 5: Kantone, die über kein spezialisiertes Angebot verfügen

	2011	2013
Stationären Einrichtungen nicht vorhanden (Spitalstruktur mit Palliative-Care-Auftrag oder Sozialmedizinische Institution mit Palliative-Care-Auftrag)	AI, AR, GL, JU, NW, OW, SH, SO, UR, ZG	AI, AR, GL, NW, OW, SH, UR, ZG
TOTAL	10	8
Palliativambulatorium nicht vorhanden	AG, AI, AR, BL, BS, FR, GE, GL, JU, LU, NE, NW, OW, SH, SO, SZ, TG, UR, VS, ZG	AG, AI, AR, BL, BS, FR, GL, JU, NW, OW, SO, SZ, TG, UR, VS
TOTAL	20	15
Palliativ-Konsiliardienst nicht vorhanden	AG, AI, AR, BL, BS, GL, JU, LU, NW, OW, SH, SO, SZ, UR, ZG, ZH	AG, AI, AR, BS, GL, JU, LU, NW, OW, SH, UR
TOTAL	16	11
Mobiler Palliativdienst nicht vorhanden	AG, AI, AR, BL, BS, GE, GL, NW, OW, SH, SO, SZ, TG, UR, ZG	AI, AR, BS, GL, NW, OW, SZ, UR, ZG
TOTAL	15	9

Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an GDK (2012a) und Wyss & Coppex (2013)

Anhang II – Leitfaden für Experteninterviews

1. Fragen zur Person

- Institution, Funktion, Ausbildung, namentliche Erwähnung ja/nein

2. Fragen zu den Versorgungsstrukturen im Kanton

- Welche regionalen Netzwerke existieren?
- Welche Palliative-Care-Angebote sind in Planung?

3. Persönliche Einschätzungen zur Entwicklung der Palliativversorgung im Kanton

- Inwiefern hat sich die (spezialisierte) Palliativversorgung in Ihrem Kanton seit 2009 (Verabschiedung der Nationalen Strategie Palliative Care) verändert?
- Ist diese Veränderung Ihrer Meinung nach auf die Nationale Strategie zurück zu führen?
 - Gegebenenfalls: Die Nationale Strategie Palliative Care entstand in Zusammenarbeit von Bund und Kantonen. Handelt es sich von Seiten Ihres Kantons um eine reine Absichtserklärung?

- Wie beurteilen Sie den Einfluss der Nationalen Strategie auf die kantonale Entwicklung der Palliative Care generell und auf die spezialisierte Versorgung im Spezifischen?
 - Gegebenenfalls: Welches sind die Hindernisse, die Ihren Kanton davon abhalten, sich entsprechend der Vorgaben/Empfehlungen des Bundes zu entwickeln?
- Inwiefern beeinflussen die herkömmlichen kantonalen Strukturen/Institutionen die Entwicklung?
- Integrierte Versorgung: Inwiefern ist sie in Ihrem Kanton ein Thema und wo sehen Sie Schwierigkeiten bei der Umsetzung?

4. Persönliche Einschätzungen zur nationalen Entwicklung

- Welche Rolle spielt der Föderalismus im Hinblick auf die nationale Entwicklung der Palliative Care?
- In internationalen Vergleichen zur Palliative Care klassiert sich die Schweiz höchstens im Mittelfeld. Worin sehen sie die Hauptursachen?

Anhang III – Liste der geführten Experteninterviews

Balmer, Eva; Oberärztin Palliative Care, St. Claraspital Basel (2013, 9. Dez.). Interviewt durch Ladina Moser. *Palliative Care im Kanton Basel-Stadt*. Basel.

De la Cruz, Daniela; Leiterin Abteilung Gesundheit, Departement Finanzen und Gesundheit Kanton Glarus (2013, 3. Dez.). Interviewt durch Ladina Moser. *Palliative Care im Kanton Glarus*. Glarus.

Marti Calmell, Susanna; Projektleiterin Abteilung Projekte und Entwicklung, Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (2013, 2. Dez.). Interviewt durch Ladina Moser. *Palliative Care im Kanton Zürich*. Zürich.

Möhl, Katharina; Vorstandsmitglied Palliative Ostschweiz (2013, 13. Dez.). Interviewt durch Ladina Moser. *Palliative Care im Kanton Glarus*. St. Gallen.

Obrist, Monika; Geschäftsführerin Palliative Zürich/Schaffhausen (2013, 2. Dez.). Interviewt durch Ladina Moser. *Palliative Care im Kanton Zürich*. Zürich.

Obrist, Stefan; ärztlicher Leiter Kompetenzzentrum Palliative Care, Universitätsspital Zürich (2013, 4. Dez.). Interviewt durch Ladina Moser. *Palliative Care im Kanton Zürich*. Zürich.

Ritz, Lukas; Stationsarzt, Hildegard Hospiz Basel (12. Dez.). Interviewt durch Ladina Moser. *Palliative Care im Kanton Basel-Stadt*. Basel.

Von Allmen, Thomas; Leiter Spitalversorgung, Gesundheitsdepartement Kanton Basel-Stadt (2013, 6. Dez.). Interviewt durch Ladina Moser. *Palliative Care im Kanton Basel-Stadt*. Basel.

Literaturverzeichnis

Ackermann, Rolf (2001). *Pfadabhängigkeit, Institutionen und Regelreform*. Tübingen: Mohr Siebeck.

Arthur, Brian W. (1994). *Increasing returns and path dependence in the economy*. Ann Arbor: University of Michigan Press.

Braun, Dietmar (1993). Who governs intermediary agencies? Principal-agent relations in research policy-making. *Journal of Public Policy*, 13(2), 135-162.

Broschek, Jörg (2011). Historischer Institutionalismus und Vergleichende Föderalismusforschung: Fragestellungen und Analyseperspektiven. *Swiss Political Science Review*, 17(1), 27-50.

Calderari, Gabrielle & Kopp, Ildiko (2002). *Leben bis zum Ende. Hospize in der Schweiz und die Sozialarbeit*. Nicht veröffentlichte Diplomarbeit, Hochschule Luzern, Luzern.

Clemens, Elisabeth S. & Cook, James M. (1999). Politics and institutionalism: explaining durability and change. *Annual Review of Sociology*, 25(1), 441-466.

Gomez-Batiste, Xavier; Porta, Josep & Tuca, Albert (2002). The WHO demonstration project of palliative care implementation in Catalonia: results at 10 years (1991-2001). *Journal of Pain and Symptom Management*, 24(2), 239-244.

Hall, Peter A. & Taylor, Rosemary C. R. (1996). Political science and the three new institutionalisms. *Political Studies*, 44(5), 936-957.

Jaspers, Birgit & Schindler, Thomas (2004). *Gutachten. Stand der Palliativmedizin und Hospizarbeit in Deutschland und im Vergleich zu ausgewählten Staaten (Belgien, Frankreich, Grossbritannien, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Schweden, Schweiz, Spanien)*. Bonn: Enquete-Kommission des Bundestages „Ethik und Recht der modernen Medizin“.

Kissling-Näf Ingrid & Wälti, Sonja (2006). Der Vollzug öffentlicher Politiken. In Ulrich Klöti, Peter Knoepfel, Hanspeter Kriesi, Wolf Linder, Yannis Papadopoulos & Pascal Sciarini (Hrsg.), *Handbuch der Schweizer Politik* (4. Aufl., S. 527-551). Zürich: NZZ.

Knipping, Cornelia (2003). *Das Verständnis, die Umsetzung und Qualifizierung von Palliative Care in der Schweiz unter besonderer Berücksichtigung der Pflege. Eine Literaturrecherche*. Nicht veröffentlichte Masterarbeit, Universität Wien, Wien.

Krantz, Ulrich & Von Koch, Marius (2013). Pfadabhängigkeiten als Hemmnisse von Reorganisationsprozessen in Krankenhäusern: am Beispiel von Koordinationseffekten. *Gesundheitswesen*, 27-32.

Kümpers, Susanne (2007). *Nationale und lokale Pfadabhängigkeit: die Steuerung integrierter Versorgung: Institutionenorientierte Studien in England und den Niederlanden am Beispiel der Versorgung von Menschen mit Demenz*. URL: <http://bibliothek.wzb.eu/pdf/2007/i07-305.pdf>, 26.6.2013.

Linder, Wolf (1987). *Politische Entscheidung und Gesetzesvollzug in der Schweiz*. Bern: Haupt.

Lynch, Thomas; Clark, David & Connor, Stephen R. (2011). Mapping levels of palliative care development: a global update 2011. *Journal of Pain and Symptom Management*, 45(6), 1094-1106.

Pratt, John W. & Zeckhauser, Richard (1985). *Principals and agents: the structure of business*. Boston: Harvard Business School Press.

Richter, Rudolf & Furubotn, Eirik G. (2003). *Neue Institutionenökonomik* (3. Aufl.). Tübingen: Mohr Siebeck.

Rüefli, Christian & Sager, Fritz (2004). Public Health, Prävention und Föderalismus: Erkenntnisse aus der Umsetzung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung. *Sozial- und Präventivmedizin*, 49(3), 216-223.

Sager, Fritz & Rüefli, Christian (2005). Die Evaluation öffentlicher Politiken mit föderalistischen Vollzugsarrangements. Eine konzeptionelle Erweiterung des Stufenmodells und eine praktische Anwendung. *Swiss Political Science Review*, 11(2), 101-129.

Sager, Fritz & Rüefli, Christian (2013). *Federal reform, political deadlock, and member state response – the case of Swiss health care policy*. Unveröffentlichtes Manuskript.

Sager, Fritz; Rüefli, Christian & Wälti, Marina (2010). *Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung: Möglichkeiten der Steuerung durch die Kantone* (Obsan Dossier 10). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Scharpf, Fritz W. (2000). Institutions in comparative policy research. *Comparative Political Studies*, 33(6), 762-790.

Stiefel, Friedrich (2011). *Palliative Care in der Schweiz: Eine Standortbestimmung*. URL: <http://www.mundipharma.ch/index.php?id=107&type=98>, 19.8.2013.

Stjernswärd, Jan (2007). Palliative care: the public health strategy. *Journal of Public Policy*, 28, 42-55.

Stjernswärd, Jan; Foley, Kathleen M. & Ferris, Frank D. (2007). The public health strategy for palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 33(5), 486-493.

Ten Have, Henk & Janssen, Rien (2001). Introduction. In Henk ten Have & Rien Janssen (Hrsg.), *Palliative care in Europe* (S. 1-12). Amsterdam: IOS Press.

Thelen, Kathleen (1999). Historical institutionalism in comparative politics. *Annual Review of Political Science*, 2, 369-404.

Thelen, Kathleen & Steinmo, Sven (1992). Historical institutionalism in comparative politics. In Sven Steinmo, Kathleen Thelen & Frank Longstreth (Hrsg.), *Structuring politics: historical institutionalism in comparative analysis* (S. 1-32). Cambridge: Cambridge University Press.

Webster, Ruth; Lacey, Judith & Quine, Susan (2007). Palliative care: a public health priority in developing countries. *Journal of Public Health Policy*, 28(1), 28-39.

Quellenverzeichnis

Basel-Stadt (ohne Datum). *Regierungsrat*. URL: <http://www.regierungsrat.bs.ch/conti.htm>, 16.12.2013.

Bundesamt für Gesundheit (BAG; 2005). *Das schweizerische Gesundheitswesen. Aufbau, Leistungserbringer, Krankenversicherungsgesetz*. URL: http://www.bag.admin.ch/org/index.html?lang=de&download=NHZLpZeg7t,lnp6I0NTU044212Z61n1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCHeYN8f2ym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--, 22.8.2013.

Bundesamt für Gesundheit (BAG; 2009a). *Handlungsbedarf im Bereich Palliative Care*. <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/06082/06427/10911/index.html?lang=de&download=NHZLpZig7t,lnp6I0NTU042l2Z61n1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCHfYF7e2ym162dpYbUzd,Gpd6emK2Oz9aGodetmqaN19XI2IdvoaCVZ,s->, 19.11.2013.

Bundesamt für Gesundheit (BAG; 2009b). *Nationale Strategie Palliative Care 2010-2012*. URL: http://www.gdkcds.ch/fileadmin/pdf/Themen/Gesundheitssystem_und_Strategien/Nationale_Gesundheitspolitik/Nationale_Strategie_PalliativeCare_DE.pdf, 25.8.2013.

Bundesamt für Gesundheit (BAG; 2010). *Nationale Leitlinien Palliative Care*. URL: <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13764/13768/13784/index.html?lang=de>, 23.8.2013.

Bundesamt für Gesundheit (BAG; 2012). *Nationale Strategie Palliative Care 2013-2015. Bilanz «nationale Strategie Palliative Care 2010-2012» und Handlungsbedarf 2013-2015*. URL: <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/06082/10907/>, 25.6.2013.

Centeno, Carlos; Clark, David; Lynch, Thomas; Rocafort Javier; Flores, Luis Alberto; Greenwood Anthony; Brasch, Simon; Prail, David; Giordano, Amelia & De Lima, Liliana (2007). *EAPC Atlas of Palliative Care in Europe*. Mailand: IAHPC Press.

Centeno, Carlos; Lynch, Thomas; Donea, Oana; Rocafort, Javier & Clark, David (2013). *EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2013. Full Edition*. Mailand: EAPC Press.

Diener, Verena (ohne Datum). *Lebenslauf*. URL: <http://www.verenadiener.ch/lebenslauf.htm>, 30.12.2013.

Economist Intelligence Unit (2010). *The quality of death: ranking end-of-life care across the world*. URL: www.eiu.com/sponsor/lienfoundation/qualityofdeath, 25.6.2013.

Eychmüller, Steffen; Schmid, Margareta & Müller, Marianne (2009). *Palliative Care in der Schweiz – Nationale Bestandsaufnahme 2008*. URL: <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13764/13777/index.html?lang=de>, 28.6.2013.

Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (GD; 2006). *Konzept Palliative Care in der stationären Akutsomatik*. URL: http://www.gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/unsere_direktion/veroeffentlichungen.html, 30.12.2013.

Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (GD; 2014a). *Akutsomatik. Zürcher Spitalliste Akutsomatik*. URL: http://www.gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/themen/behoerden/spitalplanung_spitallisten/akutsomatik.html, 1.1.2014.

Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (GD; 2014b). *Regierungsrat Thomas Heiniger*. URL: http://www.gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/unsere_direktion/regierungsrat.html, 1.1.2014.

Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (GD; 2014c). *Spitalplanung/Spitallisten*. URL: http://www.gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/themen/behoerden/spitalplanung_spitallisten.html, 1.1.2014.

GZO Spital Wetzikon (ohne Datum). *Palliative Care GZO Spital Wetzikon*. URL: http://www.gzo.ch/fileadmin/Dateien/Fachbereiche_Bilder/Abteilungen/Palliativ-Care/GZO-Palliative-Care_Flyer.pdf, 2.1.2014.

Kanton Glarus (2011a). *Alter*. URL: http://www.gl.ch/xml_1/internet/de/application/d1256/d37/d275/d1312/f1314.cfm, 9.12.2013.

Kanton Glarus (2011b). *Glerner Spitalliste Akutsomatik*. URL: http://www.gl.ch/xml_1/internet/de/application/d1256/d31/d379/f529.cfm, 18.12.2013

Palliative ch (2008). *Palliative Care Directory Schweiz 2008*. URL: <http://www.yumpu.com/de/document/view/7773192/palliative-care-directory-schweiz-2008-guide-motiondrawcom>, Stand 15.11.2013.

Palliative ch (ohne Datum). *Zürich. Stationäre Behandlung*. URL: <http://www.palliative.ch/angebote/wo-finde-ich-palliative-care/kantone/kanton-waehlen/zuerich-zh/>, 1.1.2014.

Pallnetz (2013). *GZO Spital Wetzikon*. URL: <http://www.pallnetz.ch/p129000968.html>, 2.1.2014.

Radbruch, Lukas & Payne, Sheyla (2011a). Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa: Teil 1. Weissbuch zu Empfehlungen der Europäischen Gesellschaft für Palliative Care (EAPC). *Zeitschrift für Palliativmedizin*, 12, 216-227.

Radbruch, Lukas & Payne, Sheyla (2011b). Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa: Teil 2. Weissbuch zu Empfehlungen der Europäischen Gesellschaft für Palliative Care (EAPC). *Zeitschrift für Palliativmedizin*, 12, 260-270.

Raemy-Bass, Catherine; Lugon, Jean-Pierre & Eggimann, Jean-Claude (2001). *Palliative Care in der Schweiz. Bestandsaufnahme 1999-2000*. Sion: Association François-Xavier Bagnoud.

Schläfli, Felix (2013). *Jahresbericht zum Geschäftsjahr 2012*. URL: <http://www.palliative-bs-bl.ch/dokumente/2013%20Jahresbericht%20zum%20Geschaeftsjahr%202012.pdf>, 2.12.2013.

Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK; 2012a). *Nationale Strategie Palliative Care 2010-2012. Stand und Umsetzung von Palliative Care in den Kantonen Ende 2011. Ergebnisbericht vom 8. Februar 2012*. URL: http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/Themen/Med_Grundversorgung/PalliativeCare/Bericht_Stand_PC_Kantone_120208_DE.pdf, 25.6.2013.

Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK; 2012b). *Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz*. URL: http://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/H_%20Downloads/Versorgungsstrukturen_DE.pdf, 25.6.2013.

Verein Palliative Care Winterthur-Andelfingen (ohne Datum). *Mobiles Palliative Care Team*. URL: <http://www.palliativecare-winterthur.ch/03mpct.html>, 2.1.2014.

Von Allmen, Thomas (2012). *Erfahrungen aus dem Kanton Basel-Stadt: Vortrag zum nationalen Palliative Care-Kongress 2012*. URL: <http://de.congress-info.ch/palliative2012/handouts>, 16.12.2013.

Waldmann, Bernhard & Schneider, Danielle (2009). *„Palliative Care“ in der kantonalen Gesetzgebung*. URL: <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13764/13777/index.html?lang=de>, 27.6.2013.

Wenger, Susanne (2009). Palliative Care im Aufbau. Drei Viertel der Bevölkerung haben keine Ahnung, was Palliative Care ist. *Curaviva*, 9, 34-37.

Wyss, Nina & Coppex, Pia (2013). *Nationale Strategie Palliative Care. Stand und Umsetzung von Palliative Care in den Kantonen Ende 2013. Ergebnisbericht vom 11.6.2013*. URL: http://www.gdk-cds.ch/uploads/media/BT-final_Stand_PC_Kantone_2013.06.24_d.pdf, Stand 8.8.2013.

Rechtsquellenverzeichnis

BV. *Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999*, SR 101.

GesG. *Gesundheitsgesetz des Kantons Basel-Stadt vom 21. September 2011*, SG 300.100.

GesG. *Gesundheitsgesetz des Kantons Luzern vom 13. September 2005*, SRL 800.

GesG. *Gesundheitsgesetz des Kantons Zürich vom 2. April 2007*, LS 810.1.

Gesundheitsgesetz. *Gesetz über das Gesundheitswesen des Kantons Glarus vom 6. Mai 2007*, GS VIII A/1/1.

Gesundheitsgesetz. *Gesundheitsgesetz des Kantons Appenzell Ausserrhoden vom 25. November 2007*, bGS 811.11.

Patientinnen- und Patientengesetz. *Patientinnen- und Patientengesetz des Kantons Zürich vom 5. April 2004*, LS 813.13.

Selbständigkeitserklärung

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

Bern, 14. Januar 2013

Ladina Moser

Einverständniserklärung zur Veröffentlichung der Masterarbeit

Ich erkläre hiermit, dass ich der Veröffentlichung der von mir verfassten Masterarbeit im Falle einer Benotung von 5.0 oder höher im Bibliothekskatalog IDS Basel Bern, in der Fachbibliothek des Kompetenzzentrums für Public Management (KPM) sowie auf der Homepage des KPM zustimme. Die Arbeit ist öffentlich zugänglich.

Bern, 14. Januar 2013

Ladina Moser