

Frühintegration von Palliative Care - was bringt das?

Herbsttagung SGAIM Montreux 2018

Steffen Eychmüller, Prof. Dr.med.
Universitäres Zentrum für Palliative Care
InselSpital Bern

steffen.eychmueller@insel.ch


www.palliativzentrum.insel.ch



Die Aufgabe

FROM THE INSIDE

The patient who fell off a skyscraper

Fabrizio Elia^{1*} , Marco Vergano² and Lorenzo Di Meglio³



- «How you fall doesn't matter. It's how you land!»
- The way we land does depend on the way we fall. Our job is not confined to slowing the rate of descent. It is also our concern to make clear to patients and families what is going on during the fall and equip people for a landing as smooth as possible.

Intensive Care Med 2018

The American Society of Clinical Oncology provisional clinical opinion recommends that “combined standard oncology care and palliative care (PC) should be considered early in the course of illness for any patient with metastatic cancer and/or high symptom burden.”

Smith TJ et al: The integration of palliative care into standard oncology care. J Clin Oncol 30:880-887, 2012

Die Qualität der (palliativen) Betreuung am Lebensende

- Lieber tot als «palliativ»
- Der Horror des Siechtums
- Die Angst vor dem Leiden
- Finanziell ein Desaster



Die Qualität der onkologischen Behandlung

- Neue Therapien
- Hoffnung
- Ressourcen – intensiv
- i.d.R. gut finanziert



Ein Bild der Vergangenheit? Ärzte hoffen, dass die Antikörpertherapie den Chemotropf überflüssig macht

Quelle: dpa/Gero Breloer

Eine neue Arznei soll die Krebstherapie revolutionieren: Antikörper. Die Kosten für die Kassen sind horrend, rund 100.000 Euro pro Behandlung.

Weichenstellung kurativ oder palliativ?



- High tech
- High resources
- High value
- High evidence



- low tech
- low resources
- low value
- low evidence

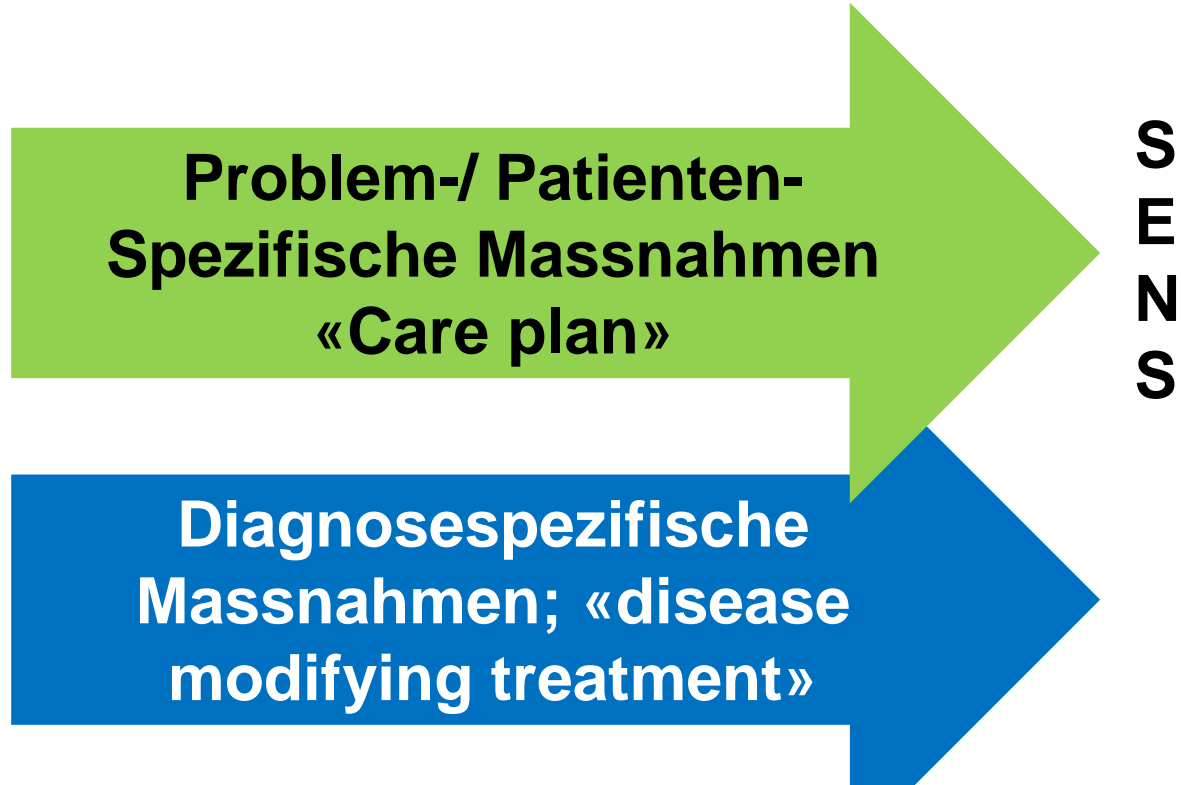


**Ein Konstrukt ohne Evidence –
Zeit für eine Weiterentwicklung?**

Spitzenmedizin in integrated oncology care: «concurrent»



Erst-/ Rezidiv-
diagnose
lebenslimitierende
Erkrankung



***Keine Frage des Zeitpunkts
sondern der Inhalte***

Ferrell, Betty et al: JCO 2016

Herr B, 41 Jahre

- Malignes Melanom seit 2011
- Initial chirurgische Exzision
- Seit 02/18: inguinale LK-Meta, WK- Meta mit Dekompressions- OP
- Ipilimumab / Nivolumab
- 07/ 18 Weitere Progression, vor allem pulmonal
- 08/ 18 Dabrafenib und Trametinib
- Erstkontakt Palliative Care: 11.9. 2018

Aktuell: massive Dyspnoe bei Pleuraerguss (3l) + Aszites (3 l)

Wer ist Herr B?



Symbolbilder

Die Evidenz für Tumorthérapien in advanced cancer

A systematic review of the clinical effectiveness of first-line chemotherapy for adult patients with locally advanced or metastatic non-small cell lung cancer **FREE**

PDF

Gerlinde Pilkington¹, Angela Boland¹, Tamara Brown², James Oyee³, Adrian Bagust¹, Rumona Dickson¹

Author affiliations +

I

Abstract

Our aim was to evaluate the clinical effectiveness of chemotherapy treatments currently licensed in Europe and recommended by the National Institute for Health and Care Excellence (NICE) for the first-line treatment of adult patients with locally advanced or metastatic non-small cell lung cancer (NSCLC). A systematic search of MEDLINE, EMBASE and the Cochrane Library for randomised controlled trials (RCTs) published from 2001 to 2010 was carried out. Relative treatment effects for overall survival (OS) and progression-free survival (PFS) were estimated using standard meta-analysis and mixed treatment comparison methodology. A total of 23 RCTs were included: 18 trials compared platinum-based chemotherapy, two compared pemetrexed and three compared gefitinib. There are no statistically significant differences in OS between any of the four third-generation chemotherapy regimens. There is statistically significant evidence that pemetrexed+platinum increases OS compared with gemcitabine+platinum. There are no statistically significant differences in OS between gefitinib and docetaxel+platinum or between gefitinib and paclitaxel+platinum. There is a statistically significant improvement in PFS with gefitinib compared with

Pilkington G, et al. Thorax 2015;70:359–367

Indikationsqualität von medizinischen Interventionen am Lebensende

- Meist wenig Evidenz
- Häufig hohe Polymorbidität
- wenige Studien bei eher schlechtem Performancestatus (bspw. ECOG 2-3)
- wenig klare gemeinsame Outcomes, meist OS
- Sehr unterschiedliche QoL- Evaluationen (oder gar nicht)
- Häufig individuelle Therapieentscheide
- Schwieriges Sponsoring dieser Studien

Die Evidenz: early integration of palliative care

Fragen:

- Wann ist «early»?
- Was wird gemacht? Was ist die «effective component»?
- Welche Modelle von «integration»?
- Warum überhaupt? Was sind meaningful outcomes?

Wann ist «early»?

Early Versus Delayed Initiation of Concurrent Palliative Oncology Care: Patient Outcomes in the ENABLE III Randomized Controlled Trial

Marie A. Bakitas, Tor D. Tosteson, Zhigang Li, Kathleen D. Lyons, Jay G. Hull, Zhongze Li, J. Nicholas Dionne-Odom, Jennifer Frost, Konstantin H. Dragnev, Mark T. Hegel, Andres Azuero, and Tim A. Ahles

- Advanced cancer, prognosis 6- 24 months; n=207
- «**early**» = 1- 2 Monate nach Progression
- **Delayed**: plus 3 Monate
- Intervention: PC consult; 6x weekly telephone;
- Results: no difference in Qol, mood, symptoms, ER visits

JCO, 2015

Was wird gemacht?

Effects of Early Integrated Palliative Care in Patients With Lung and GI Cancer: A Randomized Clinical Trial

Jennifer S. Temel, Joseph A. Greer, Areej El-Jawahri, William F. Pirl, Elyse R. Park, Vicki A. Jackson, Anthony L. Back, Mihir Kamdar, Juliet Jacobsen, Eva H. Chittenden, Simone P. Rinaldi, Emily R. Gallagher, Justin R. Eusebio, Zhigang Li, Alona Muzikansky, and David P. Ryan

- Advanced GI or Lung; n = 350 über 4 Jahre
- **Intervention:** monthly PallCare consultation («clinician»: PC- physician oder PC-APN) until death (incl. telephone)
- Results: intervention better in terms of QoL, Mood; more AD- discussions

Temel et al, JCO 2016

Welche Modelle von «Integration»?

The 'critical mass' survey of palliative care programme at ESMO designated centres of integrated oncology and palliative care

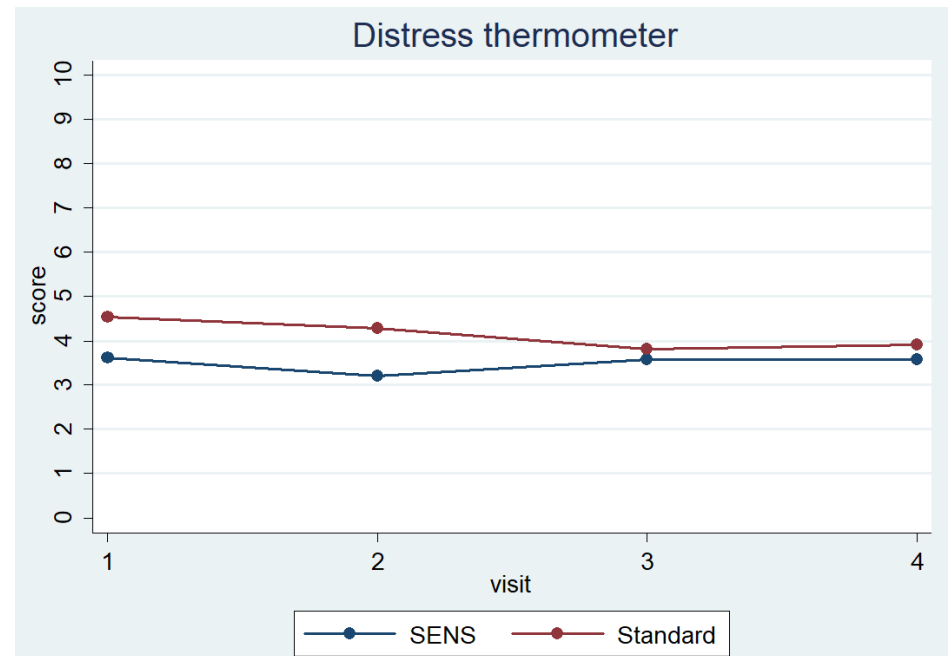
D. Hui ✉, N. Cherny, N. Latino, F. Strasser

- 184 ESMO- DCs, 76% aus Europa
- 90% Spital- Konsilteams, 89% Palliativ- Ambulatorien; 71% Palliativstationen; 50% Community teams
- 28 – 80% hatten PC- Konsultation vor dem Tod.
- Basis- PallCare Assessment in 78% der Patienten (routine care)
- 30% Patientenverfügung
- → **outcomes?**

Annals of oncology, 2017

SENS- trial: structured early PC intervention, Bern

- Erste Resultate
- N= 150, 4y
- **Single** end of life (SENS)-discussion (pragmatic)
- Primary: distress
- 60% alive after 12 months (= early palliative care)
- Not significant for distress, QoI (FACT-G), Death
- Economic?



		cumulative incidence (95%-CI)	p-value*
Death	SENS	0.550 (0.427 ; 0.682)	0.578
	Standard	0.646 (0.518 ; 0.772)	

*compared groups using the log-rank test.

Temel – Study, NEJM 2010

- NSCLC, advanced
 - N = 151 (3 years)
 - Intensität: initiale interprof. PallCare- intervention, dann jeden Monat bis zum Tod eine PallCare- Consultation
 - Primary: Trial Outcome Index (TOI), Teile von FACT-L (physical and functional wellbeing)
 - Signifikant bessere QoL (+ unexpected longer survival)
 - Nur eine Tumorentität
- In dieser Form von keiner anderen Forschungsgruppe repliziert (bspw. Kopenhagen, Brüssel, Bern)

Warum überhaupt? Was sind meaningful outcomes?

Integrating Palliative and Oncology Care for Patients with Advanced Cancer: A Quality Improvement Intervention

- N= 330 Stage IV cancer patients über 11 Monate
- Intervention: basic training PallCare incl. Communication skills
- Ziel: Anteil «Goals of care»- discussion
 - Mehr GOC- discussions (29% → 48%) und PC- Consult. (18 – 33%)
 - Weniger 30- Tage Rehospitalisationen

Hanson L et al, J PallMed 2017

Welche outcomes für «early palliative care trials»?

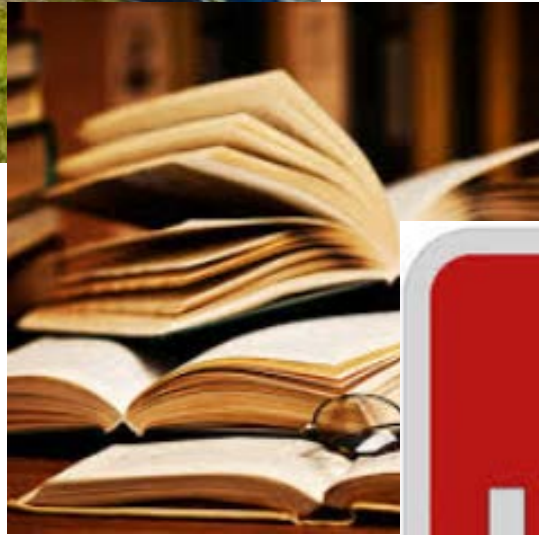
- Quality of life (bspw. EORTC QIQ C15, FACT- G, POS)
- «aggressiveness of treatment» including potential harm
- Symptom load (bspw. auch physical symptoms von distress thermometer oder FACT-G)
- Distress levels; Mood
- Satisfaction with care (incl. der Angehörigen)
- Advance directives/ goals of care discussions

- Costs: overall costs over defined time
- Health care utilisation: mit oder ohne costs (bspw. ICU)

Frau Z., 54 J

- Erstdiagnose ALS vor 3 Jahren
- Überwiegend periphere Neurologie, Armschwäche re, dann zunehmend alle Extremitäten.
- Seit 2 Monaten im Rollstuhl
- Sprache, Atmung erhalten
- Aktuell: Hospitalisation aus Eigenmotivation zur Symptomverbesserung (Spastik, Anorexie) und Vorausplanung

Wer ist Frau Z?



Welche outcomes für «early palliative care trials»?

- Entsprechen diese outcomes denjenigen von Studien?
- Gäbe es gemeinsame Outcomes (simple to measure) von Fachpersonen und Betroffenen?
- Wie gut kennen wir die «patient- defined-outcomes»

→Herr B?

→Frau Z?

Offene Fragen

- Allgemeine versus spezialisierte Palliative Care: wer macht Assessment?
- Zeitpunkt: «concurrent» – von der Erstdiagnose?
- Abhängig von «support needs»?
- Wie integrieren: gemeinsame Konsultationen?
- Angst vor «harm» durch PallCare? Wie gehen wir mit der Terminologie um?

Was machen wir in der Praxis?

- PallCare ist Vorausplanung und pragmatische Hilfe in schwieriger Lebenslage - wenn nötig bis zum Tod



Wann: Red flags – spätestens wenn



- Verschlechterung Performance Status nach ECOG (2-4)/ Karnovsky (< 60), Reduktion Gewicht, Nahrung und Funktion
- Schwierig zu behandelnde Symptome/ complex home care
- Clinical estimation of survival/ «surprise question»: weniger als 12 Monate
- Komplexe Entscheidungsfindung
- Mehr als 2 Hospitalisationen/ Notfälle in letzten 6 Monaten
- Polymorbidität, vor allem Demenz, Stürze, Infekte

TABLE 3. CRITERIA FOR A PALLIATIVE CARE ASSESSMENT AT THE TIME OF ADMISSION

A potentially life-limiting or life-threatening condition *and* ...

Primary Criteria^a

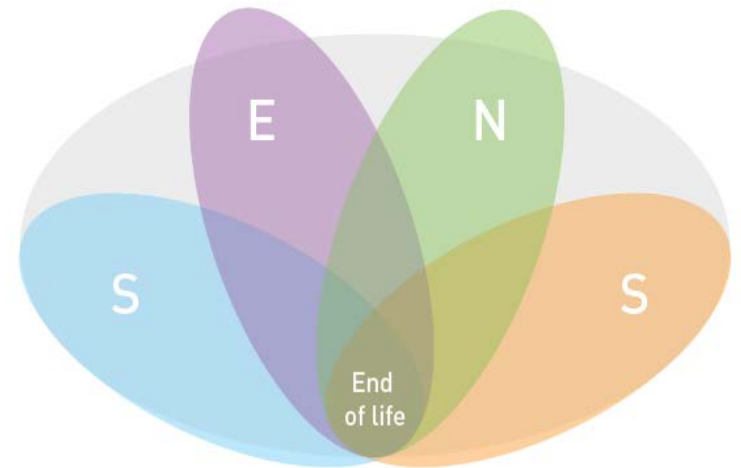
- The “surprise question”: *You would not be surprised if the patient died within 12 months or before adulthood*^{23–25}
- Frequent admissions (e.g., more than one admission for same condition within several months)^{26–30}
- Admission prompted by difficult-to-control physical or psychological symptoms (e.g., moderate-to-severe symptom intensity for more than 24–48 hours)^{6, 31}
- Complex care requirements (e.g., functional dependency; complex home support for ventilator/antibiotics/feedings)⁶
- Decline in function, feeding intolerance, or unintended decline in weight (e.g., failure to thrive)^{6, 31}

Weissman DE, PallMed 2011
Glare P, J Oncol Practice 2011
NCCN guidelines 2012
Adelson K, JCO 2013

Was machen wir? Die Selbsteffizienz steigern

Vorausplanung (Care planning) nach SENS

S ymptombehandlung
E ntscheidungsfindung
N etzwerk- Organisation
S upport der Angehörigen.



+ **Prinzipien der Salutogenese:** Verstehbarkeit, Handhabbarkeit, Sinnhaftigkeit

Eychmüller 2006; Lickiss 2003, BAG 2010

Vorausplanung: Das Projekt «Was,wenn»

- Ermutigung von Patienten für Patienten
- Förderung der Selbstbestimmung: nicht nur Recht, auch Pflicht
- In 4 Pilotkliniken
- Dazu: Basisdokument Netzwerk
- Support durch Palliativ-Konsiliardienst

«Was wäre, wenn...?»
gesundheitliche Vorausplanung
Eine Wegleitung der Insel Gruppe



Basisdokument Netzwerk

Module:

1. Kontaktdaten
2. Grundsatzentscheide – Verfügungen
3. Problemassessment und Massnahmen
4. Reservemedikamente

<http://palliativebern.ch/pallifon/basisdokumentation-netzwerk/>



Basisdokumentation Netzwerk
Betreuungsplan Palliative Care
Formular

2. Grundsatzentscheide – Verfügungen

Datum Aktualisierung:

Erwartungen des Patienten

Behandlungsziele

Patientenverfügung/Vorsorgeauftrag (abgelegt bei/ in:)

Patienten-Verfügung: Ja* Nein zum Ausfüllen abgegeben (*Im Anhang)

Vorsorgeauftrag: Ja* Nein zum Ausfüllen abgegeben (*Im Anhang)

Ärztliche Notfallverordnung (mit Patient und Angehörigen besprochen, vgl. Patientenverfügung)

Spitaleinweisung Nein Ja Anmerkungen

Therapieziel A: Lebensverlängerung

A: Lebensverlängerung mit allen vertretbaren Massnahmen incl. CPR (cardiopulmonale Reanimation)

Therapieziel B: Lebensverlängerung mit folgenden Einschränkungen:

B0: keine CPR

B1: keine CPR, keine Tubusbeatmung

B2: keine CPR, keine Tubusbeatmung, keine Intensivmedizin

Therapieziel C: grösstmögliche Linderung der Beschwerden, keine Lebensverlängerung

C: ausschliesslich lindernde Behandlung unabhängig vom Behandlungsort

Datum: Name und Unterschrift Ärztin/ Arzt

Vorausplanung weiterer medizinischer Interventionen

Antibiotika Nein Ja

Bluttransfusion Nein Ja

Künstliche Ernährung enteral (in den Darm) Nein Ja

Künstliche Ernährung parenteral (ins Blut) Nein Ja

Anti- Tumor- Therapie Nein Ja

Weitere Massnahmen (z.B. Dialyse)

Datum: Unterschrift Ärztin/ Arzt

Unter folgenden Bedingungen:

Vorausplanung Grundsatzentscheide

Ärztliche Notfallverordnung (mit Patient und Angehörigen besprochen, vgl. Patientenverfügung)

Spitaleinweisung Nein Ja Anmerkungen

Therapieziel A: Lebensverlängerung

A: Lebensverlängerung mit allen vertretbaren Massnahmen incl. CPR (cardiopulmonale Resanimation)

Therapieziel B: Lebensverlängerung mit folgenden Einschränkungen:

B0: keine CPR

B1: keine CPR, keine Tubusbeatmung

B2: keine CPR, keine Tubusbeatmung, keine Intensivmedizin

Therapieziel C: grösstmögliche Linderung der Beschwerden, keine Lebensverlängerung

C: ausschliesslich lindernde Behandlung unabhängig vom Behandlungsort

Datum: Name und Unterschrift Ärztin/ Arzt

Frau S, 40 J

- Weit fortgeschrittenes, vor allem hepatisch metastasiertes Mamma- Ca
- Aktuell V.a. Cholangitis bei DHC- Stent
- Progrediente Lebermetastasierung
- Seit 05/2018 Chemotherapie mit Epirubicin
- AZ zunehmend schlecht
- Bisläng Wunsch nach tumorspezifischer Therapie

Frau S

Allgemeine Planung


- Die Werte, Präferenzen, Ziele

Krankheitsspezifische Planung

- Die Planung nach SENS
- Basisdokument Netzwerk

Vorausplanung für die Situation der eigenen Urteilsunfähigkeit

- Die Vorausplanung für den Notfall: Familie/ Hausarzt/
Rettung/ Intensivstation



**Was?
Mit wem?
(Wo) dokumentiert?
Wie oft anpassen?**

Frau S. SENS

Symptome:

Nausea, Erbrechen, massive Fatigue, Subileus, Obstipation, paradoxe Diarrhoe, ECOG 3-4

Entscheidungsfindung:

Patientenverfügung, CPR + IB nein, Ziel: besserer Performance-Status, Rückkehr nach Hause? Plan B: Diaconis;

Netzwerk:

Lebt mit Ehemann und 2 Kindern (13 J., 16 J.) im eigenen Haus. Gutes soziales Netzwerk.

Support der Angehörigen: für Kinder

Basisdokument Netzwerk/ Betreuungsplan PallCare

- Als Teil des Pallifon:
<http://palliativebern.ch/pallifon/basisdokumentation-netzwerk/>
- Pilotphase Onko-Bettenstation Mai bis Oktober
- Grundlage für Mitbetreuung durch SEOP/ Hausarzt
- Bearbeitung durch Pall-Konsil



Basisdokumentation Netzwerk
Betreuungsplan Palliative Care
Formular

1. Kontaktangaben Patient/In	Datum Aktualisierung
Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/>	Geburtsdatum: <input type="text"/>
Name: <input type="text"/>	Vorname: <input type="text"/>
Strasse: <input type="text"/>	AHV Nummer: <input type="text"/>
PLZ, Ort: <input type="text"/>	Krankenkasse: <input type="text"/>
Tel. P: <input type="text"/>	Versicherungsklasse: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
E-Mail: <input type="text"/>	Mobil Nummer: <input type="text"/>
Wichtige Kontaktpersonen (inkl. Telefonnummer)	
Familiäre Bezugspersonen: <input type="text"/>	Tel.-Nr <input type="text"/>
Vertretungsberechtigte Person (inkl. Tel.): <input type="text"/>	Tel.-Nr <input type="text"/>
Fachpersonen (Reihenfolge der Benachrichtigung, siehe erste Spalte)	
<input type="checkbox"/> Hausarzt (Name, Adresse, Tel, Erreichbarkeit): <input type="text"/>	Tel.-Nr <input type="text"/>
Weitere Ärzte bzw. Vertretung HA (inkl. Tel.): <input type="text"/>	Tel.-Nr <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Spitex: <input type="text"/>	Tel.-Nr <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Mobiler Palliativdienst: <input type="text"/>	Tel.-Nr <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Seelsorge: <input type="text"/>	Tel.-Nr <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Freiwillige/Nachtwache: <input type="text"/>	Tel.-Nr <input type="text"/>
Weitere: <input type="text"/>	
Fallführendes Spital: <input type="text"/>	
Abteilung (inkl. Kontaktdetails): <input type="text"/>	(zuletzt behandelnde Abteilung)
Ansprechperson Arzt/ Bereitschaftsdienst: <input type="text"/>	Tel.-Nr <input type="text"/>
E-Mail: <input type="text"/>	Mobil-Nr <input type="text"/>
Weitere Ansprechpersonen: <input type="text"/>	
Benachrichtigung nachts bei Todesfall: (Name/Tel): <input type="text"/>	
Weitere wichtige Informationen: <input type="text"/>	

Ein gemeinsames Projekt von HausärztInnen und Palliative Care



74
NFP

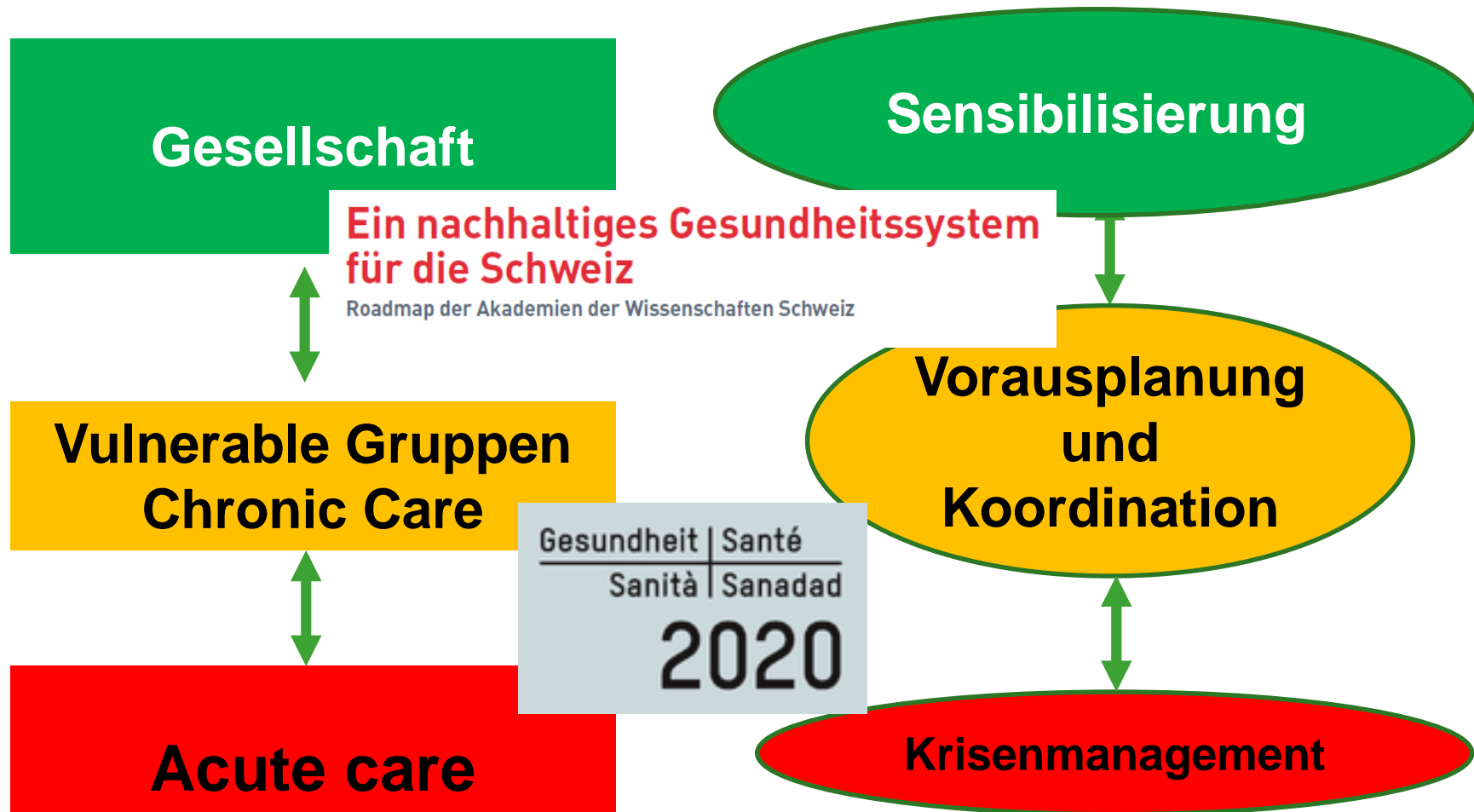
Gesundheitsversorgung
Nationales Forschungsprogramm



«PROAKTIV»- Studie

www.nfp74.ch/de/projekte

Antizipation: im Trend – aber welche Anreize?



Das neue Rahmenkonzept: Gesundheitliche Vorausplanung

Planning

= allgemeine Vorausplanung

Care Planning

= krankheitsspezifische
Vorausplanung

Advance Care Planning

= gesundheitliche Vorausplanung
für die Situation der eigenen
Urteilsunfähigkeit

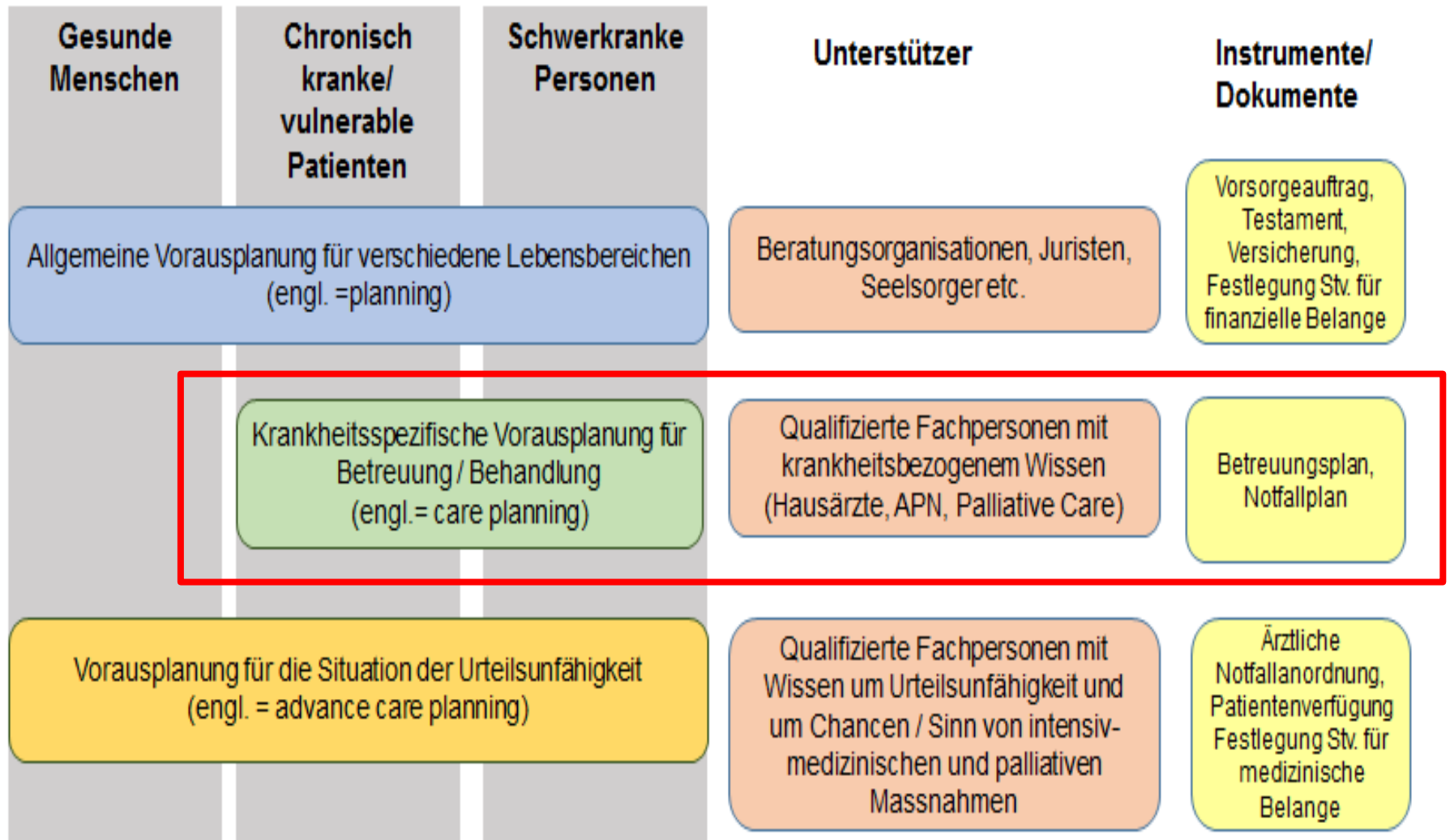
Gesundheitliche Vorausplanung
mit Schwerpunkt «Advance Care Planning»
Nationales Rahmenkonzept für die Schweiz



<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitspolitik/koordinierte-versorgung.html>

Ebenen der Vorausplanung

aus: *Rahmenkonzept gesundheitliche Vorausplanung*,



Wer hat den Lead in der integrierten PallOnk?

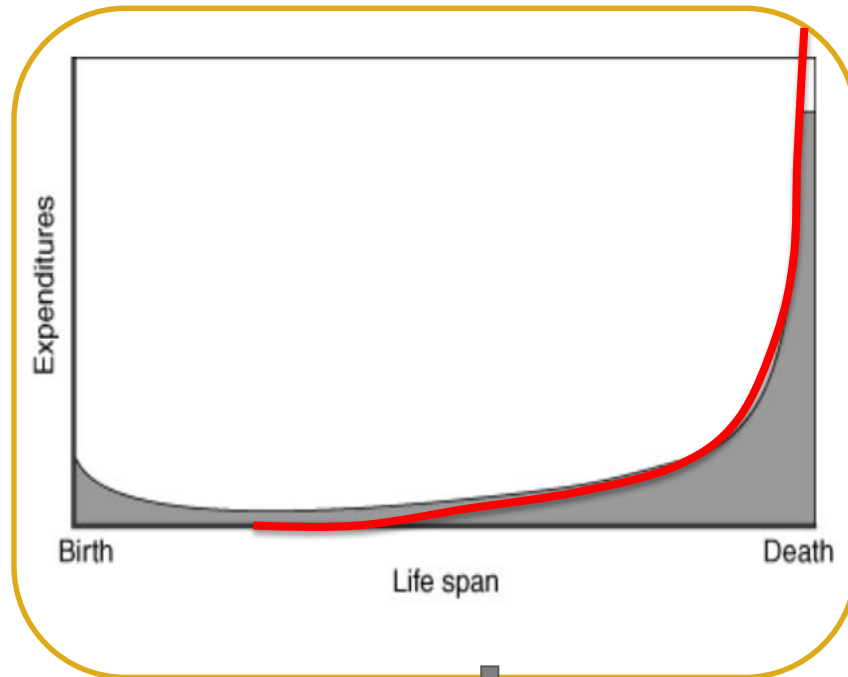
- «concurrent»: disease modifying = Spezialist
palliative Needs = Palliative Care

Palliative Care als Serviceangebot:

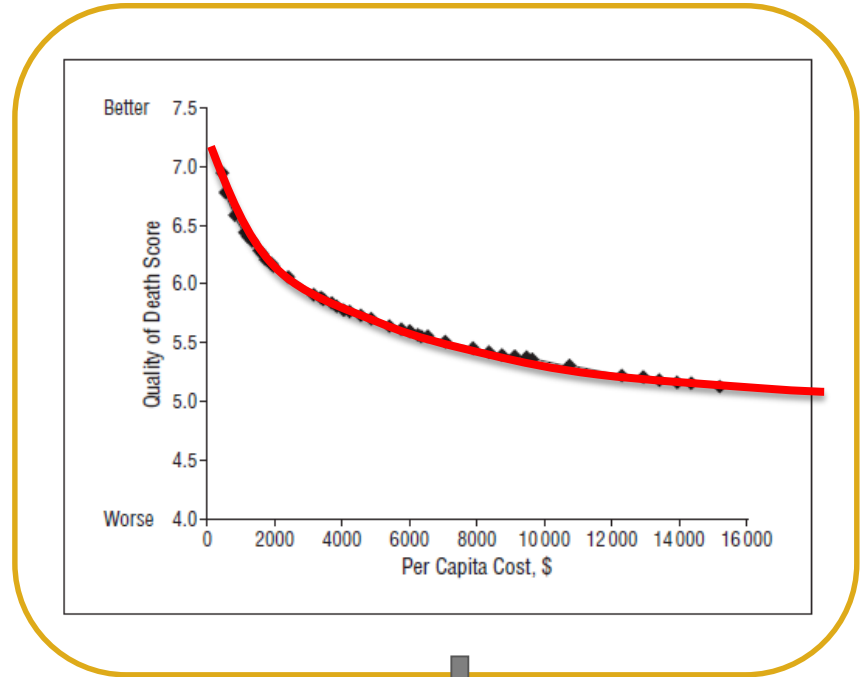
- S: Palliative Care als Symptom – Manager
- E: Palliative Care als Kommunikationshelfer (Erwartungen, Prognose) und als Unterstützer bei Planung: PV etc.
- N: Palliative Care als Bindeglied im Netz (Hausarzt, SEOP)
- S: Palliative Care als Helfer für Angehörige (bspw. Weichenstellung zu Psychologie, Sozialdienst)

Unser gemeinsamer Lead zählt: die Crew als Coach

Die Kosten am Lebensende



Die teuren letzten Lebensmonate



Höhere Kosten – schlechtere «Quality of Death»

➔ **Early PallCare: gut für Lebensqualität und Kosten?**

Lynn J. Rand Health White Paper 2003; Zhang B et al Arch Int Med 2009

Kosten vor und am Lebensende

- Die teuersten 5% der PatientInnen: nur 11% betreffen die letzten 12 Monate; 50% = «kurzzeit- teuer» bspw. Unfälle, Notfälle (*Meier D, Dying in America 2015*)
- Im Durchschnitt: 40% aller Gesundheitskosten in letzten 6 Lebensmonaten (*May P, J Pal Med 2014*)
- Home- based care: Kostenreduktion von mind. 20% über 2 Jahre (*De Jonge J Am Ger Soc 2014*)

Wie kosteneffizient ist Palliative Care?

Evidence on the cost and cost-effectiveness of palliative care: A literature review

Palliative Medicine
2014, Vol 28(2) 130–150
© The Author(s) 2013
Reprints and permissions:
sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/0269216313493466
pmj.sagepub.com


Samantha Smith¹, Aoife Brick¹, Sinéad O'Hara¹
and Charles Normand²

- Nur «direct costs», d.h. ohne Kosten für informal carer und out of pocket
 - 46 articles; meist Cohort, 6x RCT, meist US
 - Cost savings via PC: cost of care per day up to 66%; overall costs over 6 months: 1/3 lower (vor allem wegen geringerer Hospital- Readmission)
- Ist das gut oder fraglich?

Der Preis der Erwartungen: Bsp. Onkologie

Sie sind hier: Startseite > Behandlung > Immuntherapie > Antikörper in der Krebsmedizin

Behandlung ▾
Alternative Methoden ▾
Ambulante Krebstherapie
Antihormontherapie
Blutstammzelltransplantation
Chemotherapie ▾
Ernährung bei Krebs ▾
Hyperthermie
IGeL
Immuntherapie ▾
▶ Immunsystem und Krebs



Antikörper in der Krebsm
Wichtige Helfer bei der Diagn



Ein Bild der Vergangenheit? Ärzte hoffen, dass die Antikörpertherapie den Chemotropf überflüssig macht

Quelle: dpa/Gero Breloer

Eine neue Arznei soll die Krebstherapie revolutionieren: Antikörper. Die Kosten für die Kassen sind horrend, rund 100.000 Euro pro Behandlung.

Erwartungen und Kosten

Kosten für onkologische Arzneimittel steigen massiv

Donnerstag, 22. Juni 2017

BEK, D: Kostensteigerung um 41% seit 2011

Fragen:

- Einsatz in welcher Dosis? Wielange?
- Packungsgrößen und «Verwürfe»
- Einstufung als «Orphan drugs»
- Entwicklungskosten versus Profit: Mehrfachindikationen als Regel.....
- Preisdifferenzen CH, D, EU, AU, NZL



Aerzteblatt.de; Juni 2017

Kostendruck und integriertes Vorgehen

- Sich nicht auseinanderdividieren lassen: «Spezialisten kosten, PallCare spart»
- Gemeinsam die Indikationsqualität verbessern: patient-defined outcomes, messbare Ziele wie Funktion, performance status, Symptomverlauf
- Regelmässige Evaluation der Massnahmen: Achtung, auch Palliative Care kann toxisch sein.....
- Dokumentation und Evaluation: Register/ Analyse für Massnahmen «late in life»

Gemeinsamer Kampf für Vergütung!

**Problem-/ Patienten-
Spezifische Massnahmen
«Care plan»**

**Diagnosespezifische
Massnahmen; «disease
modifying treatment»**

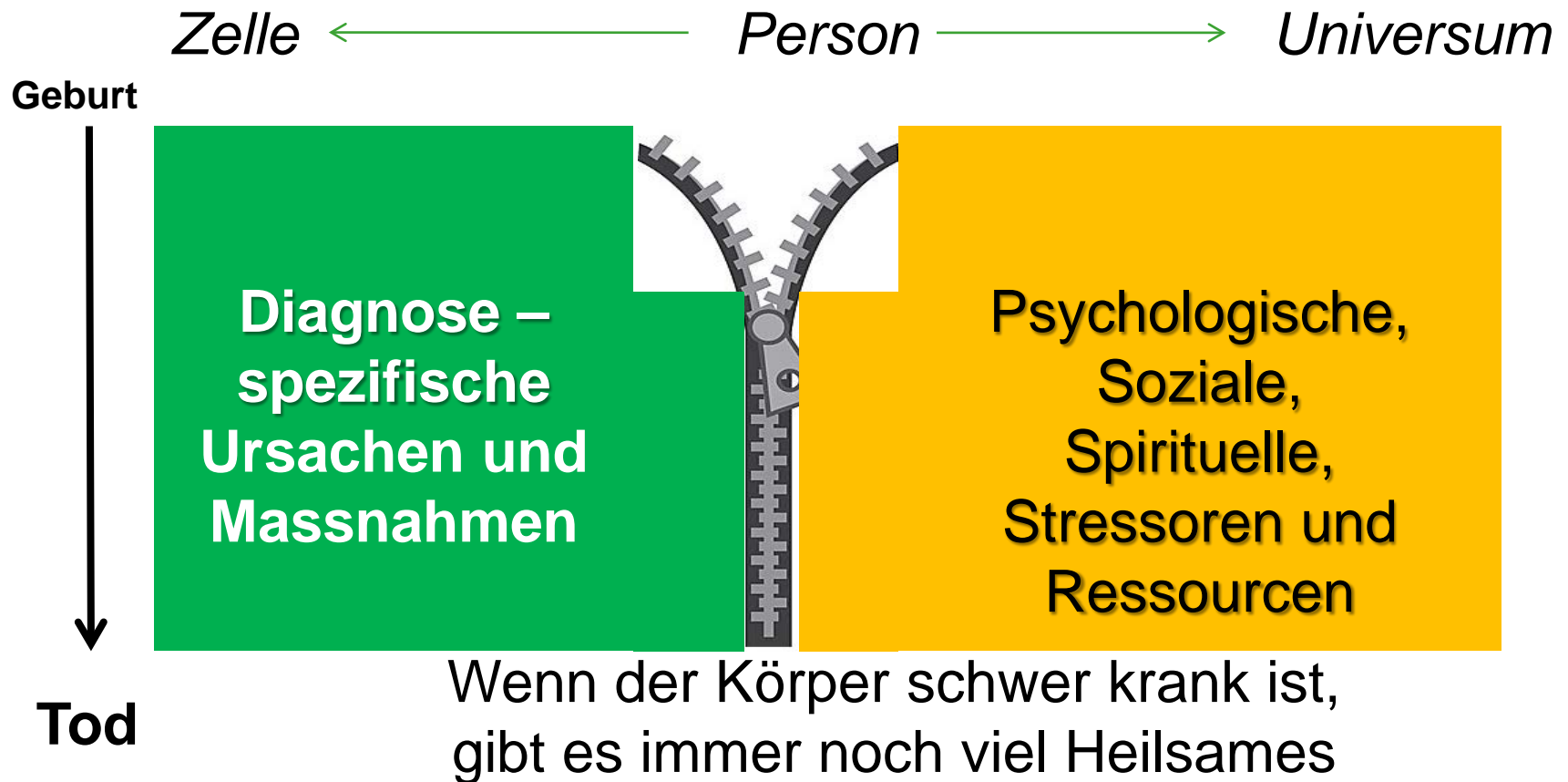
Vergütungssysteme

- Pflegetarife
- «out of pocket»

- **DRG**
- **ZE's**
- **Tarmed**
- **ggf. Zusatzvers.**

**Das Problem der «nicht- medizinischen
Leistungen» am Lebensende**

Ein gemeinsames Konzept: das Beste aus zwei Welten



G.Engel, Continuum of natural systems, Science 1979

Gefahren und Chancen

- Pseudopartizipation
 - Misstrauen im oft noch paternalistischen Gesundheitswesen
 - Skepsis, ob es wirklich um das Wohl des Patienten geht
- Vorausplanung basiert auf Beziehung, Respekt, Vertrauen
- Primat der Haltung und Kommunikationsqualität

Chancen

- **Planung und Entscheide auf Augenhöhe**
 - **Salutogenetisches, bedürfnisorientiertes Vorgehen**
- **Partnerschaft, realistische Erwartungen, Autonomieförderung**

Frühintegration von Palliative Care: ein Schritt in Richtung einer gemeinsamer Vision eines würdigen Lebensendes?



Das Lebensende - Ein Gemeinschaftswerk