

INHALT

	VORWORT	4
1	DEFINITION	5
2	ZIELE	5
3	VERSORGUNGSSITUATION IM KANTON BASEL-LANDSCHAFT	7
4	HANDLUNGSBEDARF IM KANTON BASEL-LANDSCHAFT	7
5	BESCHLOSSENE MASSNAHMEN FÜR DEN KANTON BASEL-LANDSCHAFT	8
5.1	Sensibilisierung	8
5.1.1.	Sensibilisierung der interessierten Öffentlichkeit	8
5.1.2.	Sensibilisierung der Fachpersonen	8
5.2.	Versorgungsstrukturen	9
5.2.1.	Erstellen von Palliative Care-Konzepten bei den Grundversorgern	10
5.2.2.	Palliativ-Konsiliardienste in den Spitälern	10
5.2.3.	Mobiles Palliative Care Team (MPCT)	10
5.2.4.	Zentrale Informationsstelle	11
5.3.	Weiter- und Fortbildung	12
5.4.	Qualitätssicherung	12
6	EVALUATION DER MASSNAHMEN	13
	LITERATURHINWEISE, ADRESSEN UND LINKS	14
	IMPRESSUM	14

VORWORT

Unter Palliative Care versteht man alle Massnahmen, die das Leiden eines unheilbar kranken Menschen lindern und ihm so eine bestmögliche Lebensqualität bis zum Ende verschaffen.¹ Der Bund und die Kantone haben im Rahmen der Plattform «Nationale Gesundheitspolitik» beschlossen, Palliative Care in der Schweiz zu fördern und gemeinsam mit den wichtigsten Akteuren im Gesundheits-, Sozial-, Bildungs- und Forschungswesen zu verankern. Mit dem Start der Nationalen Strategie Palliative Care im Jahre 2010 wurde das Thema auf die nationale Gesundheitsagenda gebracht. Die «Nationale Strategie Palliative Care 2010–2012» wurde vom Dialog «Nationale Gesundheit» bis ins Jahr 2015 verlängert.

Alle Kantone wurden von Seiten des Bundes bzw. der GDK² beauftragt, die nationale Palliative Care-Strategie auf kantonaler Ebene umzusetzen. Bereits 2008 wurde im Landrat des Kantons Basel-Landschaft das erste Postulat zu Palliative Care eingereicht. Im November 2012 überreichten Vertreter von palliative bs + bl, CURAVIVA Baselland und dem Spitex-Verband Baselland der kantonalen Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion das Baselbieter Manifest Palliative Care, welches eine rasche Umsetzung der Nationalen Strategie im Kanton Basel-Landschaft forderte. Kurz darauf folgte im Landrat ein weiteres Postulat zum Thema Palliative Care. Die vom Regierungsrat im April 2013 eingesetzte Arbeitsgruppe zur Erstellung eines kantonalen Palliative Care-Konzeptes entwarf einen Fragekatalog, um bei den verschiedenen Leistungserbringern Angaben zu den Bereichen Versorgung, Finanzierung, Qualitätssicherung, Aus- und Weiterbildung sowie Sensibilisierung zu ermitteln. Ein punktuelles Update zur Datenerhebung von 2013 erfolgte im Sommer 2015, als die Arbeiten am Konzept wieder aufgenommen wurden.³ Im Frühjahr 2016 wurde das Konzept von der Arbeitsgruppe beschlossen und anschliessend der Regierung vorgelegt. Im Oktober 2016 verabschiedete der Landrat die Vorlage «Bericht zur kantonalen Umsetzung der Nationalen Strategie Palliative Care» inklusive Palliative Care-Konzept.

Dieses Konzept entstand in Zusammenarbeit mit Vertreterinnen und Vertretern der folgenden Institutionen: Hospiz im Park, palliative bs + bl, CURAVIVA Baselland (ehem. BAP), reformierte und katholische Landeskirchen/Spitalseelsorge bzw. ökumenische Koordinationsstelle Palliative Care, Psychiatrie Baselland, Kantonsspital Baselland, Finanz- und Kirchendirektion Baselland, Vereinigung Nordwestschweizer Spitäler, Universitäts-Kinderspital beider Basel, Patientenvertretung, Verband der Basellandschaftlichen Gemeinden, Spitex-Verband Baselland, Krebsliga beider Basel, Spitalexterne Onkologiepflege (SEOP BL) und der Ärztesgesellschaft Baselland. Die Federführung lag bei der Abteilung Alter, Amt für Gesundheit Baselland.

Das Amt für Gesundheit Baselland dankt den Mitgliedern der Arbeitsgruppe für die fachliche Unterstützung bei der Erstellung des Konzeptes.

1. DEFINITION⁴

Unter Palliative Care versteht man die ganzheitliche Betreuung und Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten. Mittels medizinischer und pflegerischer Unterstützung, aber auch psychologischer, sozialer und spiritueller Hilfe am Lebensende, soll dem Leiden und möglichen Komplikationen vorgebeugt werden. Im Fokus steht dabei nicht die Bekämpfung der Krankheit, sondern das bestmögliche Leben mit ihr. Palliative Care kommt bei allen fortschreitenden Krankheiten ohne Heilungschancen und begleitend in Situationen mit unklarer Heilungsaussicht zum Einsatz. Sie kann mit den vier S beschrieben werden, welche den Hauptbedürfnissen von unheilbar kranken Menschen entsprechen: Symptombehandlung, Selbstbestimmung, Sicherheit und Support für Angehörige. In der Palliative Care stehen somit die individuellen Wünsche und Bedürfnisse der schwerkranken und sterbenden Menschen im Mittelpunkt und weniger die Diagnosen und Heilungschancen. Das Ziel von Palliative Care ist, dass die Betroffenen in der letzten Lebensphase besser leben, weniger leiden und möglichst lange am Ort ihrer Wahl bleiben können. Palliative Care bietet Hilfe zur Selbsthilfe und so die Möglichkeit, die letzte Lebensphase selber zu gestalten.

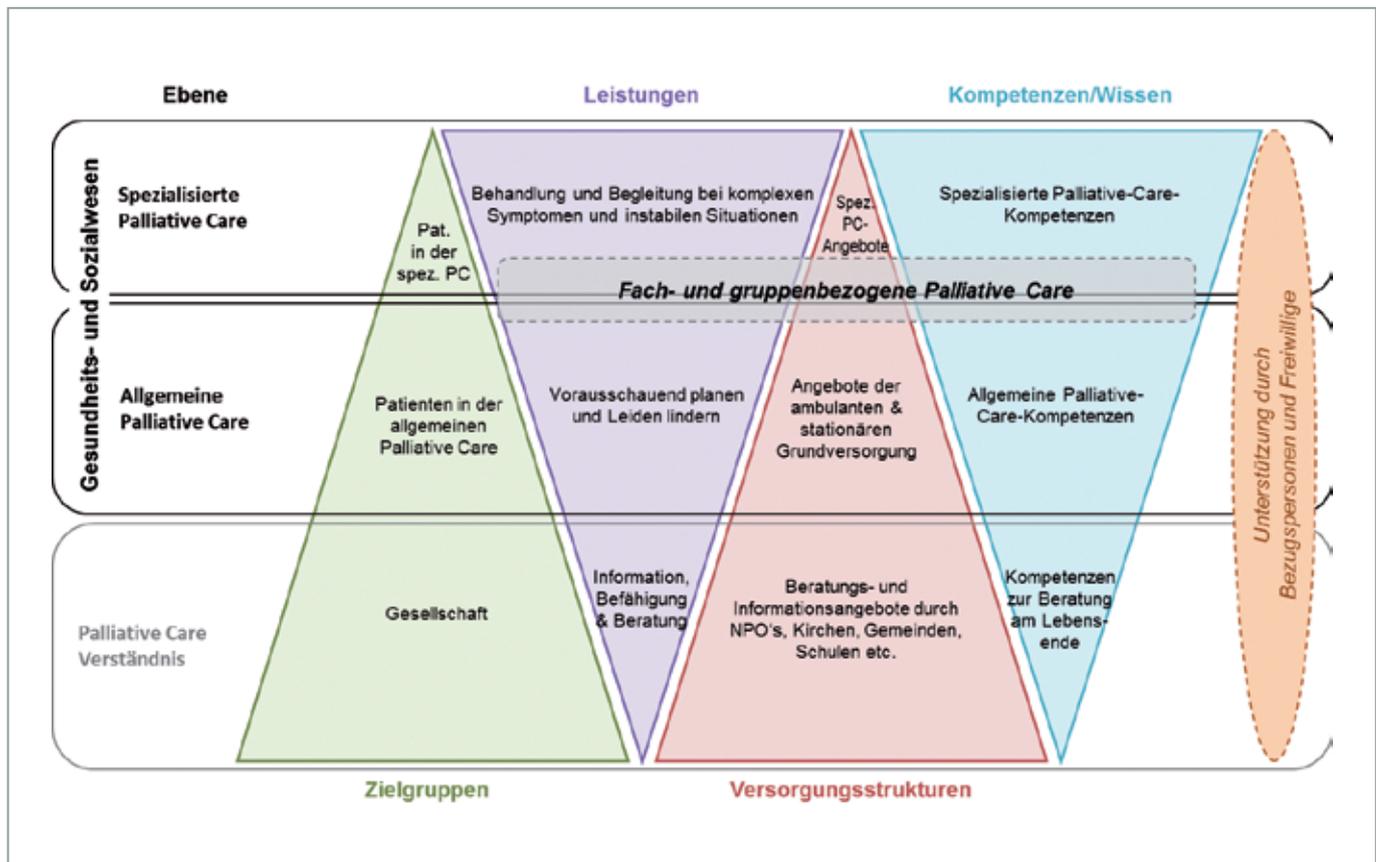
palliative.ch erklärt den Begriff folgendermassen: «Palliative Care» wird international verwendet und mehr und mehr auch im nichtenglischen Sprachraum benutzt. «Palliative Care» leitet sich ab aus dem lateinischen «pallium», was einem mantelähnlichen Umhang entspricht. Das englische Wort «care» bedeutet «Pflege», umfasst aber mehr als das: «I care for you» bedeutet auch «ich Sorge mich um dich». Und: «du bist mir wichtig».⁵

2. ZIELE

Im Sinne der «Nationalen Strategie Palliative Care» soll Palliative Care im kantonalen Gesundheitswesen verankert werden, so dass alle schwerkranken und sterbenden Menschen eine ihren Bedürfnissen angemessene Palliative Care erhalten. Dadurch soll die Lebensqualität der Betroffenen verbessert werden. Dies bedingt, dass alle Leistungserbringer über Palliative Care Bescheid wissen und die bestehenden Palliative Care-Angebote ausgebaut werden, damit alle Patientinnen und Patienten im Kanton Basel-Landschaft den gleichen Zugang zu einer fachgerechten Behandlung und Pflege erhalten. Die anzustrebenden Strukturen sollen zudem zu einem möglichst langen Verbleib in der gewohnten Umgebung verhelfen.

Im folgenden Rahmenkonzept⁶ werden drei Ebenen unterschieden. Diese beschreiben den Spezialisierungsgrad von Palliative Care-Kompetenzen, -Angeboten und -Leistungen, der nötig ist, um den Bedürfnissen der betroffenen Menschen und ihrer Bezugspersonen optimal zu entsprechen. Die drei Ebenen sind: das Palliative Care-Verständnis, die

allgemeine Palliative Care und die spezialisierte Palliative Care. Dazu kommen der Querschnittsbereich «fach- und gruppenbezogene Palliative Care», der grösstenteils ein Bestandteil der Ebene «spezialisierte Palliative Care» ist, und der Bereich «Unterstützung durch Bezugspersonen und Freiwillige».



3. VERSORGUNGSSITUATION IM KANTON BASEL-LANDSCHAFT

Schätzungsweise 80 % aller Patientinnen und Patienten in palliativen Situationen können in der Grundversorgung der Palliative Care⁷ behandelt werden. Dazu gehören die Behandlung und Pflege in den Spitälern, zu Hause (Ärztinnen und Ärzte, Spitex, Angehörige), in Alters- und Pflegeheimen, Behindertenheimen sowie in Rehabilitations- und Psychatriekliniken. In hochkomplexen Fällen sind spezialisierte stationäre oder mobile Angebote erforderlich.

In der innerkantonalen Versorgung bestehen Leistungsaufträge im Bereich der Palliative Care mit dem Kantonsspital Baselland, dem Hospiz im Park und der Klinik Arlesheim. Der mobile Dienst der SEOP Baselland (Spitalexterne Onkologiepflege) gewährleistet eine Beratung und spezialisierte Pflege am Ort der Wahl der Patientinnen und Patienten. Die Versorgung steht bisher vorwiegend erwachsenen Tumorpatientinnen und -patienten zur Verfügung und ist noch nicht flächendeckend. Wegen fehlenden Grundlagen für die Finanzierung besteht nur beschränkter Zugang zu ambulanten Angeboten der Palliative Care oder zu speziellen Angeboten der Palliative Care für Patientinnen und Patienten in Institutionen der Langzeitpflege.⁸ Das Hospiz im Park bietet stationäre Behandlung und Pflege für hochkomplexe Fälle sowie eine ambulante Sprechstunde an. Überdies ist das Ärzteteam des Hospiz im Park bereits heute konsiliarisch tätig: für Hausärztinnen und Hausärzte, im Rahmen bestehender Kooperationsverträge mit einigen Alters- und Pflegeheimen und informell mit gewissen Spitälern.

Ehrenamtlich tätige Personen und Institutionen (Landeskirchen, Krebsliga, Rotes Kreuz, Selbsthilfeorganisationen, Private etc.) sowie Angehörige leisten wertvolle Unterstützung in der Versorgung von Palliative Care-Patientinnen und -Patienten.

palliative bs+bl macht sich für die Sensibilisierung der Öffentlichkeit und die Verankerung von Palliative Care im regionalen Gesundheitswesen stark und setzt sich ein für die Vernetzung und den Wissensaustausch unter Fachpersonen.

4. HANDLUNGSBEDARF IM KANTON BASEL-LANDSCHAFT

Grundsätzlich gibt es schon einige Angebote im Bereich der Palliative Care, welche Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Basel-Landschaft in Anspruch nehmen können. Ein übergeordnetes und einheitliches Konzept fehlte jedoch bisher, zudem gibt es einige Ressourcen- und Vernetzungsprobleme sowie Wissenslücken bei Fachpersonen:

- Der rechtzeitige und gerechte Zugang zu Palliative Care muss sichergestellt sein.
- Es bestehen keine niederschweligen Anlaufstellen, bei denen sich Betroffene, Interessierte oder Fachpersonen über Behandlungsangebote informieren können (abgesehen von palliative bs+bl). Die Organisation des «palliativmedizinischen Behandlungspaketes» ist in der Regel den Betroffenen bzw. Angehörigen selbst überlassen.
- Patientinnen und Patienten, welche keine onkologischen Krankheiten aufweisen, haben erschwerten oder keinen Zugang zur Palliative Care: sowohl inhaltlich (Wissenslücken und fehlende Triage der Grundversorger, besonders der Ärztinnen und Ärzte) als auch versorgungstechnisch (SEOP vorwiegend für erwachsene Tumorpatientinnen und -patienten vorgesehen, führt keinen ärztlichen Dienst). Es gibt nur begrenzte ambulante Angebote für Kinder (Kinderspitex Nordwestschweiz). Stationäre nicht spezialisierte Palliative Care-Einrichtungen für jüngere Menschen fehlen.
- In den Akutspitälern fehlen multiprofessionelle palliative Konsiliardienste, welche die Grundversorger fachlich unterstützen.⁹ Kein Akutspital weist bisher eine Abteilung für spezialisierte Palliative Care auf (Palliativstation).
- Es fehlen allgemein zugängliche psychosoziale Unterstützungsangebote für Patientinnen, Patienten und Angehörige unabhängig von Alter und Krankheitsdiagnose.
- Behandelnden der Grundversorgung, besonders Ärztinnen und Ärzten, fehlen Grundkenntnisse der Palliative Care. Für sie existieren keine regelmässigen, regionalen, strukturierten Weiterbildungsangebote.
- In der stationären Langzeitpflege haben Bewohnerinnen und Bewohner deutlich erschwerten Zugang zu Palliative Care: Bei Hausärztinnen, Hausärzten und Pflegenden bestehen Wissensdefizite, der Einsatz des unterstützenden spezialisierten Teams (SEOP) wird

nicht finanziert.¹⁰ Dies gilt explizit für die wachsende, besonders vulnerable Gruppe der Demenzkranken.

- Technisch bedingte Informationslücken der Behandelnden führen bei den komplexkranken Patientinnen und Patienten gehäuft zu Diskontinuität der Behandlung, Krisensituationen, ungewollten (Notfall-)Hospitalisationen und damit zu Einbussen der Lebensqualität und zu erhöhten Kosten: Hilfreich wäre ein erleichterter Zugriff auf elektronische Patientendaten (eHealth) für die Behandelnden.
- Psychosoziale Unterstützungsangebote für Patientinnen, Patienten und Angehörige sind nur punktuell verfügbar (Sozialdienste der Spitäler und Langzeitinstitutionen, Krebsliga für Tumorpatientinnen und -patienten, ALS-Vereinigung für ALS-Betroffene, Seelsorge).
- Es besteht Handlungsbedarf in der Zusammenarbeit zwischen den Spitälern, der Spitex und den Alters- und Pflegeheimen. Auch die Zusammenarbeit zwischen den Pflegediensten und den Hausärztinnen und Hausärzten könnte sich noch erfolgreicher gestalten. Die Kommunikation zwischen den unterschiedlichen Leistungserbringern muss verbessert werden. Ein interdisziplinärer Ansatz ist unabdingbar.
- Es bestehen insgesamt noch Lücken in der Regelung der Finanzierung von Palliative Care-Leistungen in der Langzeitpflege (besonders hoher Pflegebedarf), da viele Leistungen (z.B. spezialisierte Pflege in Langzeitinstitutionen) zurzeit nicht ausreichend vergütet werden können.
- In Zukunft werden auch Personen mit Migrationshintergrund vermehrt Palliative Care beanspruchen. Hier sind besondere Massnahmen für die Information und Sensibilisierung erforderlich.
- Die Landeskirchen sind bisher kaum systematisch in die Betreuung und Begleitung von Palliativpatientinnen, Palliativpatienten und Angehörigen einbezogen, besonders im ambulanten und Langzeitbereich.
- Generell gibt es im Kanton Basel-Landschaft noch zu wenig spezifisch ausgebildetes Personal in Palliative Care und zu wenige Angebote für eine flächendeckende Palliative Care-Ausbildung/-Fortbildung.
- Es besteht Handlungsbedarf bezüglich der Sensibilisierung der Hausärztinnen und -ärzte sowie der Spitalärztinnen und -ärzte.

5. BESCHLOSSENE MASSNAHMEN FÜR DEN KANTON BASEL-LANDSCHAFT

5.1. SENSIBILISIERUNG

5.1.1. SENSIBILISIERUNG DER INTERESSIERTEN ÖFFENTLICHKEIT

Der Begriff und die Angebote rund um Palliative Care sind vor allem in der Deutschschweiz noch wenig bekannt. Gleichzeitig gelten Tod und Sterben noch immer als Tabuthemen. Suizidhilfeorganisationen werden in erster Linie als Möglichkeit zur Wahrung der Selbstbestimmung am Lebensende wahrgenommen, während andere Möglichkeiten – wie z.B. Palliative Care – in der Bevölkerung wenig Beachtung finden.

Im Rahmen der Konzeptumsetzung ist vorgesehen, dass palliative bs+bl eine Leistungsvereinbarung für die Sensibilisierungsarbeit erhält. Damit sollen vermehrt öffentliche Veranstaltungen zum Thema Palliative Care sowie ein Update und der Ausbau der Website von palliative bs+bl ermöglicht werden. Eine Zusammenarbeit mit den Gemeinden, Alters- und Pflegeheimen sowie den Kirchen (z.B. Veranstaltungsräume kostenlos zur Verfügung stellen, Nutzung der Kontakte für Werbung) würde die Kosten verringern. CURAVIVA Baselland bietet eine Zusammenarbeit an. Der Leistungsauftrag gilt vorerst für die Jahre 2017 bis 2019.

5.1.2. SENSIBILISIERUNG DER FACHPERSONEN

Das medizinische Fachpersonal der Grundversorgung ist meist die erste Anlaufstelle, wenn sich jemand über Palliative Care informieren möchte. Fachpersonen müssen daher in der Lage sein, Beratungen zur Gestaltung der letzten Lebensphase anzubieten. Insbesondere im Bereich der praktischen Informationen über Palliative Care besteht ein grosser Bedarf, z.B. darüber, welche palliativmedizinischen Behandlungen zur Verfügung stehen, wer Palliative Care bezahlt oder erbringt und wo sie angeboten wird.

Spitäler, Pflegeheime und Spitex-Organisationen sind angehalten, in den kommenden zwei Jahren einen Schwerpunkt

der internen Schulung dem Thema Palliative Care zu widmen, falls dies nicht bereits erfolgt ist. In den Folgejahren muss Palliative Care regelmässig in die formale Weiter- und Fortbildung von Ärztinnen und Ärzten und den Pflegenden integriert werden. Die Finanzierung dieser Massnahme wird innerhalb der bestehenden Weiterbildungsbudgets der Institutionen geregelt. Ab 2017 sind alle Leistungserbringer angehalten, diese Massnahme umzusetzen.

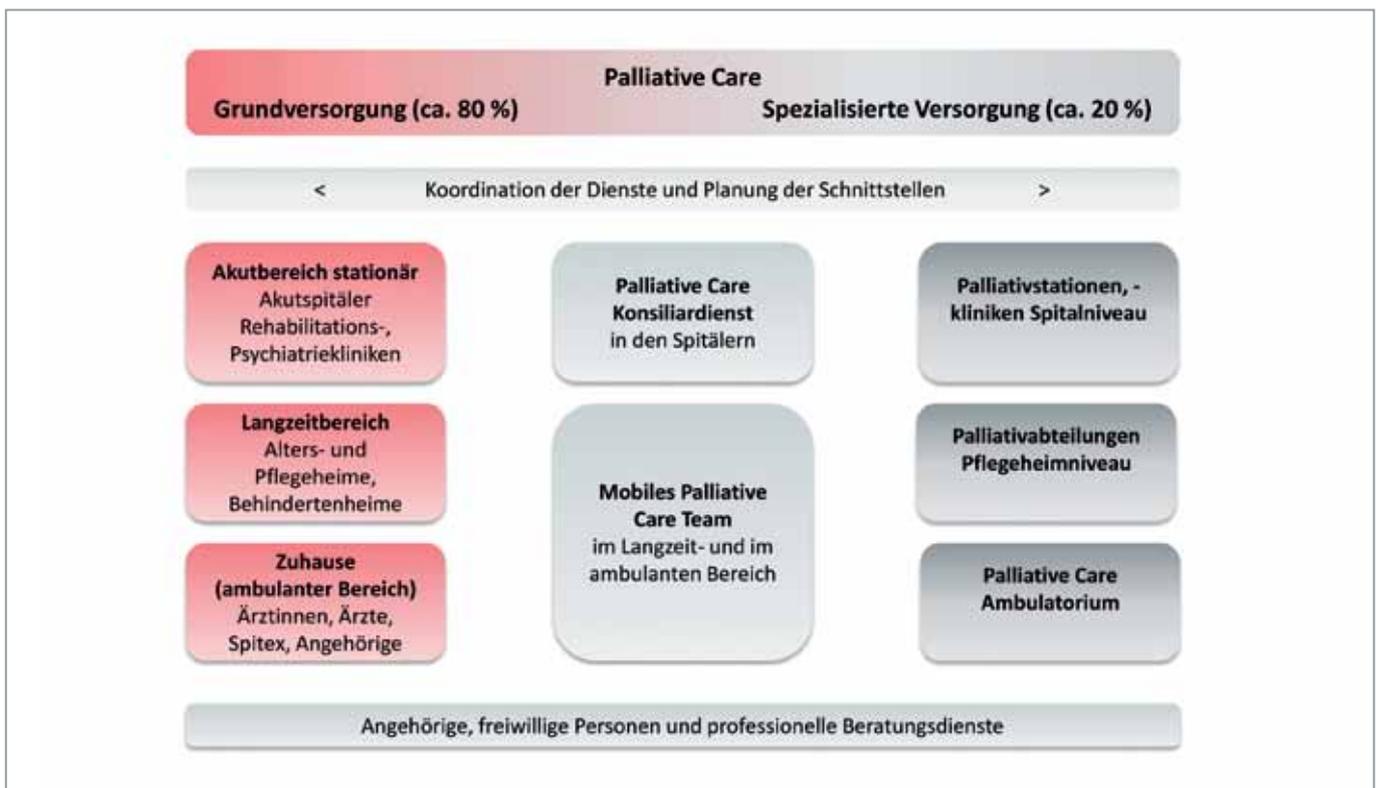
Es wird angeregt, das Thema Palliative Care am Symposium für Hausärzte des Universitären Zentrums für Hausarztmedizin beider Basel (uniham-bb) sowie bei Ärztefortbildungen der Ärztesgesellschaft Baselland aufzunehmen. Weitere Fortbildungsmöglichkeiten bestehen im Rahmen der obligatorischen Fortbildungen, welche Hausärztinnen und Hausärzte in ihren Qualitätszirkeln abhalten (modulare Bildungsangebote durch das Hospiz im Park), sowie in Fachartikeln und Einzelreferaten. Die Kosten für diese Massnahmen müssten innerhalb der bestehenden Budgets geregelt werden. CURAVIVA Baselland bietet an, in

diesem Bereich Synergien zu nutzen; so könnten Fortbildungen beispielsweise in Zusammenarbeit mit den Alters- und Pflegeheimen angeboten werden. Die Umsetzung dieser Vorschläge ist freiwillig.

Des Weiteren organisiert der Kanton Basel-Landschaft künftig eine mindestens alle zwei Jahre stattfindende Palliative Care-Koordinationskonferenz, welche sich an Fachpersonen richtet. Die Kosten für die Konferenz übernimmt der Kanton, die Organisation obliegt dem Amt für Gesundheit. In diesem Bereich besteht die Möglichkeit, mit dem Kanton Basel-Stadt zusammenzuarbeiten und Synergien zu nutzen. Vorgesehen ist daher für das Jahr 2018 eine gemeinsame Konferenz der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt.

5.2. VERSORGUNGSSTRUKTUREN

Die anzustrebenden Versorgungsstrukturen lassen sich folgendermassen darstellen¹¹:



5.2.1. ERSTELLEN VON PALLIATIVE CARE-KONZEPTEN BEI DEN GRUNDVERSORGERN

Die meisten Spitäler, Heime und Spitex-Dienste verfügen über eigene Qualitätssicherungskonzepte. Alle Alters- und Pflegeheime, Spitäler und Spitex-Dienste werden angehalten, ein Palliative Care-Konzept (allgemeine Palliative Care) für ihre Institution einzuführen, welches übergeordnet oder Teil eines umfassenden Behandlungs-, Pflege- und Betreuungskonzeptes sein kann.

Bis spätestens Ende 2017 sollen alle Leistungserbringer über ein entsprechendes Palliative Care-Konzept verfügen. Ab 2018 gilt dies als Voraussetzung für einen kantonalen Leistungsauftrag.

Die Spitex-Organisationen werden aufgefordert, Aspekte der allgemeinen Palliative Care in ihr Qualitätssicherungssystem aufzunehmen.

Im Kanton Basel-Landschaft haben sich der Verband Basellandschaftlicher Gemeinden und CURAVIVA Baselland auf den Einsatz des Qualitätssicherungssystems qualivista geeinigt. Der Kanton behält sich vor, die Anforderungen für die Palliative Care-Konzepte genauer zu definieren. Die Kosten hierfür sind in den bestehenden Aufwendungen enthalten.

5.2.2. PALLIATIV-KONSILIARDIENSTE IN DEN SPITÄLERN

Das spezialisierte, interprofessionell arbeitende Team innerhalb des Spitals wendet sich primär an das betreuende ärztliche Personal sowie die Pflegepersonen in den Stationen und Ambulatorien. Erst in zweiter Linie richtet sich der spitalinterne Palliativ-Konsiliardienst an Patientinnen, Patienten und deren Angehörige. Als beratender Dienst bietet das interprofessionelle Team seine Erfahrung bei der Bewältigung komplexer Situationen von Patientinnen und Patienten mit weit fortgeschrittenen Erkrankungen gemäss dem Spektrum der Palliative Care an. Es kann sich dabei um eine einmalige Beratung oder aber um fortgesetzte Beratung im Sinne einer Liaison-Tätigkeit handeln. Palliativ-Konsiliardienste innerhalb der Spitäler ermöglichen die Integration spezieller palliativmedizinischer und palliativpflegerischer Expertise bei der Betreuung schwerkranker und sterbender Menschen ausserhalb von spezialisierten Palliativinstitutionen.¹²

Die Spitäler der Grundversorgung werden verpflichtet, einen eigenen internen Palliativ-Konsiliardienst einzurichten oder eine Vereinbarung mit einem Partnerspital einzugehen. Bis Ende 2017 sollen alle Spitäler über einen entsprechenden Dienst, bzw. eine entsprechende Vereinbarung verfügen. Ab dann gilt dies als Voraussetzung für einen kantonalen Leistungsauftrag. Die Kosten hierfür sind in den bestehenden Aufwendungen der Spitäler enthalten.

5.2.3. MOBILES PALLIATIVE CARE TEAM (MPCT)

In erster Linie richtet sich das spezialisierte, interprofessionell arbeitende Mobile Palliative Care Team an die professionellen Betreuenden der Grundversorgung zu Hause und im Pflegeheim. Das Team ist beratend und anleitend tätig und bietet seine Erfahrung in Palliative Care auf dem Niveau der spezialisierten Palliativversorgung an. Gleichzeitig unterstützt das MPCT die Übergänge zwischen der häuslichen Versorgung und dem Spital und ist damit der Drehpunkt jedes regionalen oder lokalen Palliativnetzes. In der Regel bleibt die Verantwortung für die Behandlung bei den Betreuenden der Grundversorgung. In bestimmten Situationen oder auf Anfrage der Betreuenden der Grundversorgung kann das MPCT auch direkt oder federführend an der Begleitung und Behandlung einer Patientin oder eines Patienten beteiligt sein. Mobile Palliativdienste können den Patientinnen und Patienten ein längeres Verbleiben zu Hause oder im Pflegeheim ermöglichen. Notfallsituationen und Hospitalisierungen können dadurch teilweise vermieden werden.¹³

Das MPCT im Kanton Basel-Landschaft

Der Kanton Basel-Landschaft hat mit der Spitalexternen Onkologiepflege Baselland (SEOP BL) bereits ein mobiles Palliative Care Team. Das SEOP-Pflegeteam ist im Kantons-spital Baselland integriert. Die SEOP übernahm bereits bisher die Funktion eines MPCT, konnte allerdings nicht alle Leistungen vollumfänglich erbringen, wie dies vom Bund gefordert wird (Behandlung von nicht-Tumorpatientinnen und -patienten, führt keinen ärztlichen Dienst). Die SEOP soll nun befähigt werden, weitere Aufgaben zu übernehmen. Das zukünftige MPCT beruht deshalb auf den bereits bestehenden Strukturen und bezieht idealerweise die Spitalärztinnen und Spitalärzte des Hospiz im Park, des KSBL und der Klinik Arlesheim mit ein.

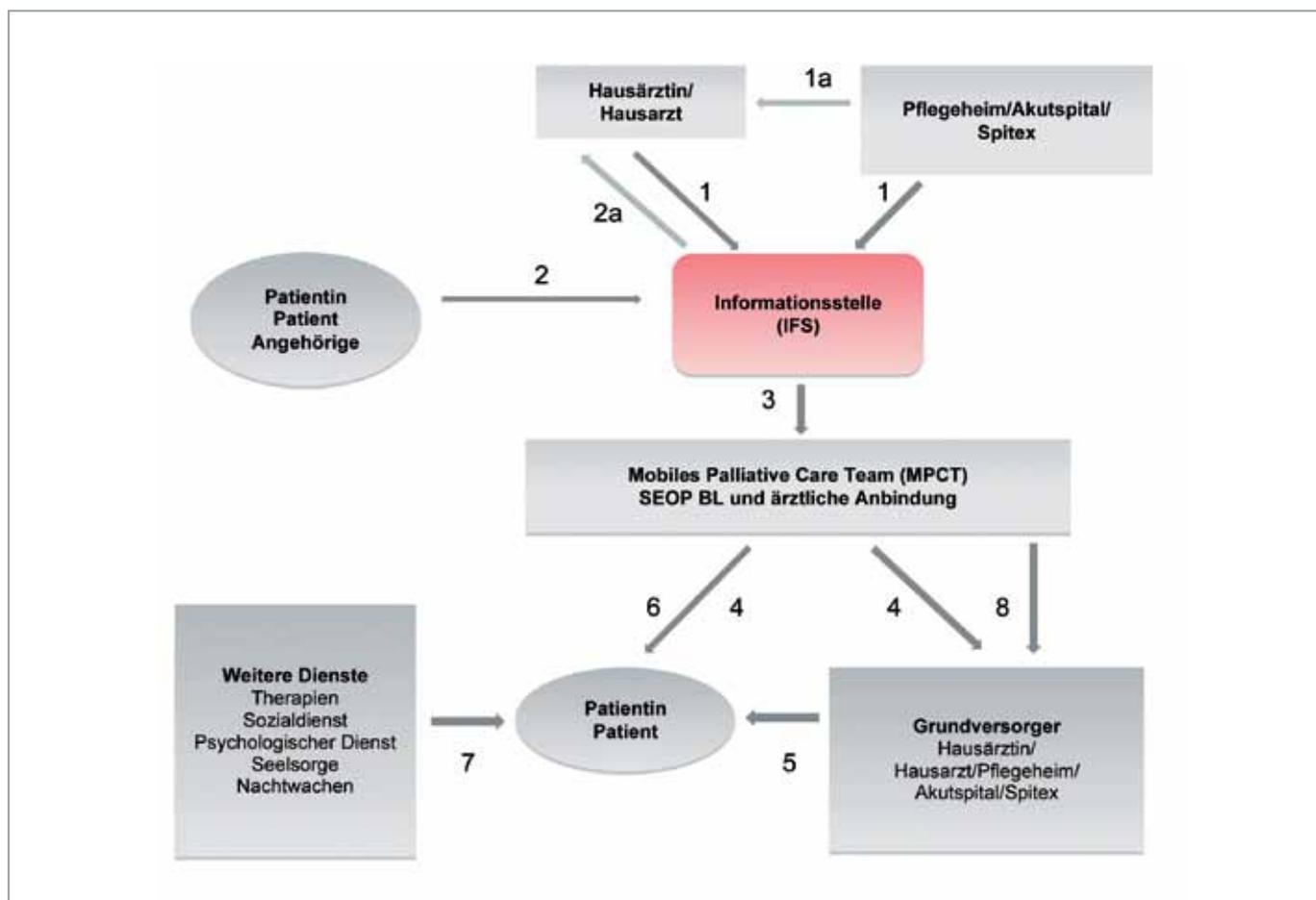
Während die ambulanten ärztlichen Leistungen über Tarmed abgedeckt werden, sind flankierende Massnahmen für die Finanzierung der pflegerischen Leistungen erforderlich. Die Kosten sind nur teilweise durch die bestehenden Tarife abgedeckt (KLV Art. 7 ist nicht ausreichend). Der Kanton Basel-Landschaft beteiligt sich über die Gemeinwirtschaftlichen Leistungen an der Finanzierung der nicht gedeckten Leistungen der SEOP bzw. des zukünftigen MPCT. Die Verantwortung für die Umsetzung dieser Massnahme obliegt dem Hospiz im Park (ärztlicher Dienst) und insbesondere dem KSBL (SEOP).

5.2.4. ZENTRALE INFORMATIONSTELLE

Im Hospiz im Park wird im Laufe des Jahres 2017 eine zentrale Informationsstelle eingerichtet mit folgenden

Aufgaben: Erstberatung für alle ambulanten Grundversorger (Hausärztinnen und -ärzte, Spitex-Betriebe und Pflegeheime, aber auch Patientinnen, Patienten und Angehörige), Triage der Fälle und wenn nötig Verweis an spezialisierte Dienste. Der Kanton beteiligt sich an der Finanzierung der Informationsstelle über einen Leistungsauftrag. Zusätzliche Drittmittel werden durch das Hospiz im Park erworben.

Die Informationsstelle und das MPCT stehen in einem engen Austausch. So kann die Informationsstelle Patientinnen und Patienten an das MPCT vermitteln. Grundsätzlich ist das MPCT jedoch eine eigenständige Versorgungseinheit, die selbstverantwortlich über die Aufnahme und Versorgung von Patientinnen und Patienten entscheidet. Folgender schematischer Ablauf ist vorgesehen¹⁴:



1. Die Grundversorger (Hausarzt/Hausärztin oder Pflegeheim, Spitex, Akutspital¹⁵) melden sich bei der Informationsstelle (IFS); das aktuelle Problem wird besprochen und die notwendigen Daten für das Stammbblatt werden erhoben. Wenn der Kontakt nicht vom Hausarzt/von der Hausärztin aus kommt, wird er/sie informiert (1a).
2. Falls sich eine Patientin, ein Patient oder Angehörige direkt an die IFS wenden, informiert die IFS in Rücksprache mit dem Patienten oder der Patientin den Hausarzt bzw. die Hausärztin (2a). Die IFS eröffnet ein Patientendossier.
3. Die IFS bietet bei Bedarf das MPCT auf. Kommt es zu einer Übernahme des Patienten oder der Patientin durch das MPCT, zieht sich die Informationsstelle zurück. Die weitere Koordination und Behandlung erfolgen dann unter der Verantwortung des MPCT.
4. Das MPCT nimmt Kontakt zu den Grundversorgern oder anderen betreuenden Fachpersonen auf und berät sie.
5. Die Grundversorger leisten die medizinische und pflegerische Behandlung und Betreuung, inklusive palliativmedizinischer Grundversorgung.
6. Bei Bedarf kann das MPCT selbst Leistungen erbringen, z.B. erstmalige Verabreichung (Anleitung und Instruktion, Behandlungen etc.). Zukünftig ist in Ausnahmefällen auch die komplette Fallübernahme durch den Arzt oder die Ärztin des MPCT denkbar. Grundsätzlich sollte dies in Absprache mit der Hausärztin bzw. dem Hausarzt erfolgen.
7. Weitere Dienste werden bei Bedarf einbezogen.
8. Nach der Beratung erfolgt in der Regel eine Rückfrage bei den Grundversorgern über den Verlauf bzw. den Bedarf für weitere Beratung und Unterstützung.

5.3. WEITER- UND FORTBILDUNG

Bereits heute sind entsprechende Angebote in der ganzen Region vorhanden, wobei die Kosten Sache der Anbieter sind. Das Bildungszentrum Gesundheit Basel-Stadt bietet beispielsweise gemeinsam mit dem Palliativzentrum Hildegard (BS) multiprofessionelle Kurse für Mitarbeitende an, die im ambulanten, teilstationären oder stationären Bereich tätig sind und in ihrem Berufsalltag mit Palliativsituationen konfrontiert sind. Das Hospiz im Park bietet modulartige Fortbildungen für Ärztinnen und Ärzte an und in Zusammenarbeit mit dem SBK¹⁶ multiprofessionelle Lehrgänge.

Im Rahmen der ärztlichen Ausbildung verfügt die Universität Basel über das einzige Curriculum in der Schweiz, das den Anforderungen der Europäischen Gesellschaft für Palliative Care entspricht (40 obligatorische, prüfungsrelevante Vorlesungsstunden und zusätzliche Praktika über das gesamte Studium verteilt). Dr. Heike Gudat, leitende Ärztin des Hospiz im Park, verfügt über den entsprechenden Lehrauftrag für Palliativmedizin.

Die palliativmedizinischen Schulungen richten sich an alle Fachpersonen der ambulanten und stationären Grundversorgung sowie des Langzeitbereichs, welche regelmässig mit Palliativsituationen zu tun haben. Die Kosten und Umsetzung dieser Massnahme obliegen den jeweiligen Institutionen.

5.4. QUALITÄTSSICHERUNG

Es gibt in der Schweiz anerkannte Standards für alle Bereiche von Palliative Care. Die vom BAG, palliative.ch und der GDK gemeinsam herausgegebene Broschüre «Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz»¹⁷ orientiert sich an den nationalen Leitlinien und stellt die Versorgungsstrukturen für Palliative Care in der Schweiz exemplarisch dar. Im Dokument werden die einzelnen Leistungen der spezialisierten Palliative Care beschrieben und mit entsprechenden Kriterien der Strukturqualität unterlegt. Die geplanten Konsiliardienste in den Spitälern sowie das Mobile Palliative Care Team müssen zwingend den nationalen Qualitätskriterien entsprechen.

Diese nationalen Anforderungen an die Qualität von Palliativstrukturen werden im Kanton Basel-Landschaft übernommen und sind Teil der betrieblichen Qualitätsanforderungen und -überprüfungen. Für den Erhalt eines Leistungsauftrags sind die spezialisierten Palliative Care-Angebote innerhalb der ersten drei Jahre ihres Bestehens zu zertifizieren. Wie alle anderen Qualitätsanforderungen wird diese Massnahme über die regulären Budgets der Institutionen finanziert.

6. EVALUATION DER MASSNAHMEN

Gemäss Landratsbeschluss vom 20. Oktober 2016 wird der Regierungsrat beauftragt, in drei Jahren über die Wirkung der Strategie Palliative Care dem Landrat Bericht zu erstatten.

Die künftig mindestens alle zwei Jahre stattfindende Koordinationskonferenz bietet eine gute Möglichkeit zu überprüfen, ob und wie die formulierten Massnahmen umgesetzt werden, wo stärkere Bemühungen notwendig sind oder in welchen Bereichen das Konzept gegebenenfalls angepasst werden müsste.

Spezialisierte Angebote der Palliative Care können als Teil der Leistungsaufträge evaluiert werden. Zertifizierungen sind Voraussetzung, um einen kantonalen Leistungsauftrag zu erhalten.

Schwieriger ist der Bereich der Grundversorgungsangebote, da diese sich zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht zertifizieren können.

Die geplante Informationsstelle soll ebenfalls evaluiert werden. Dazu wird fortlaufend ein schriftliches Reporting der Inanspruchnahme geführt und jährlich ausgewertet.

¹ palliative.ch: <https://www.palliative.ch/de/palliative-care/was-bedeutet-palliative-care/>.

² Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren.

³ Die Aussagen in Kapitel 3 und 4 sowie die beschlossenen Massnahmen basieren auf dieser Erhebung.

⁴ In Anlehnung an die Definition aus: Binder, Judith und Lea von Wartburg (2009): Nationale Strategie Palliative Care 2010–2012. Bern: BAG und GDK.

⁵ palliative.ch: <https://www.palliative.ch/de/palliative-care/was-bedeutet-palliative-care/>.

⁶ Von Wartburg, Lea et al. (2014): Rahmenkonzept Palliative Care Schweiz. Eine definitorische Grundlage für die Umsetzung der «Nationalen Strategie Palliative Care». Version vom 15. Juli 2014. Bern: GDK, BAG, palliative.ch.

⁷ Grundversorgung in der Palliative Care gemäss Definition des BAG, nachfolgend «die Grundversorger» genannt.

⁸ Alters- und Pflegeheime übernehmen eine zentrale Funktion an der Nahtstelle zwischen Grundversorgung und spezialisierter Palliative Care. Die Grundversorgung wird von den Institutionen der Langzeitpflege (in unterschiedlichem Umfang) sichergestellt. Bei Bedarf werden im Rahmen der begrenzten finanziellen Möglichkeiten und der begrenzten bestehenden Kapazitäten spezielle Dienste zugezogen.

⁹ Beim KSBL ist der Aufbau eines Konsiliardienstes in Arbeit, die Umsetzung ist bisher erst teilweise erfolgt.

¹⁰ Das Problem liegt darin, dass spezialisierte Teams und Konsiliardienste über die allgemeinen Tagestaxen finanziert werden müssen. Eine Abrechnung dieser Dienstleistungen ist weder mit den Krankenversicherern noch über die öffentliche Hand möglich.

¹¹ Darstellung von R. Widmer in Anlehnung an die Nationale Palliative Care-Strategie des BAG.

¹² Eychmüller, Steffen; Coppex, Pia und Lea von Wartburg (2012): Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz. Bern: GDK, BAG, palliative.ch. S. 25–27.

¹³ Eychmüller, Steffen; Coppex, Pia und Lea von Wartburg (2012): Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz. Bern: GDK, BAG, palliative.ch. S. 28–29.

¹⁴ Darstellung von R. Widmer in Anlehnung an die Nationale Palliative Care-Strategie des BAG.

¹⁵ Damit sind auch die Psychiatrien sowie Reha-Kliniken gemeint.

¹⁶ Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner.

¹⁷ http://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/H_%20Downloads/Versorgungsstrukturen_DE.pdf.

LITERATURHINWEISE, ADRESSEN UND LINKS

- Binder, Judith und Lea von Wartburg (2009): Nationale Strategie Palliative Care 2010–2012. Bern: BAG und GDK.
- Binder, Judith und Lea von Wartburg (2010): Nationale Leitlinien Palliative Care. Bern: BAG und GDK.
- Eychmüller, Steffen; Coppex, Pia und Lea von Wartburg (2012): Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz. Bern: GDK, BAG, palliative.ch.
- Furrer Marie-Thérèse; Grünig Annette und Pia Coppex (2013): Finanzierung der Palliative-Care-Leistungen der Grundversorgung und der spezialisierten Palliative Care (ambulante Pflege und Langzeitpflege). Bern: BAG und GDK.
- Von Wartburg, Lea und Flurina Näf (2012): Nationale Strategie Palliative Care 2013–2015. Bilanz «Nationale Strategie Palliative Care 2010–2012» und Handlungsbedarf 2013–2015. Bern: BAG und GDK.
- Von Wartburg, Lea et al. (2014): Rahmenkonzept Palliative Care Schweiz. Eine definitorische Grundlage für die Umsetzung der «Nationalen Strategie Palliative Care». Version vom 15. Juli 2014. Bern: GDK, BAG, palliative.ch.

IMPRESSUM

Herausgeber: Amt für Gesundheit, Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion Kanton Basel-Landschaft, Bahnhofstrasse 5, 4410 Liestal

Foto: Martin Glauser

Gestaltung: Julia Müller

Redaktion: Amt für Gesundheit Kanton Basel-Landschaft

Herausgabedatum: Juni 2016 (aktualisiert im Mai 2017)

© 2017 Amt für Gesundheit, Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion Kanton Basel-Landschaft.

Weitere Informationen auf www.altersfragen.bl.ch

Weitere Informationen und Zugang zu den Dokumenten unter:

<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-palliative-care.html>

<https://www.palliative.ch/de/home/>

