



PALLIATIVE CARE BASEL

Konzept «Palliative Care im Kanton Basel-Stadt»

Umsetzung Stand Oktober 2013

1. Ziele

Das Palliative Care Konzept des Kantons Basel-Stadt hat zum Ziel, dass auf allen Ebenen und in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung Patientinnen und Patienten mit palliativem Behandlungs- und Pflegebedarf fachgerecht im Sinne der «Nationalen Strategie Palliative Care» behandelt und betreut werden. Dies bedingt, dass

- alle Leistungserbringer Palliative Care kennen
- die bestehenden (noch ungenügenden) Palliative Care Angebote ausgebaut werden
- alle Patientinnen und Patienten Zugang zu Palliative Care haben
- die Fachbegriffe und Definitionen geklärt sind.

Für den Kanton Basel-Stadt sind folgende Massnahmen vorgesehen:

- Verankerung von Palliative Care bei den stationären und ambulanten Leistungserbringern
- Etablierung von Palliative Care Konsiliardiensten und Mobilien Palliative Care Teams
- Sensibilisierung und Information der Bevölkerung.

2. Definition

Palliative Care verbessert die Lebensqualität von Menschen mit unheilbaren lebensbedrohlichen und chronisch fortschreitenden Krankheiten. Sie umfasst medizinische Behandlung, pflegerische Interventionen sowie psychische, soziale und spirituelle Unterstützung in der letzten Lebensphase. Palliative Care achtet die Würde und Autonomie der Patientinnen und Patienten und orientiert sich an deren Bedürfnissen und Wünschen. Der Einbezug der Angehörigen und der persönlichen Lebenssituation ist wichtig.

- Symptombehandlung
- Selbstbestimmung
- Sicherheit
- Unterstützung für Angehörige.

3. Versorgungsstrukturen

Palliative Care findet zur Hauptsache in der Grundversorgung statt. Dies umfasst die Behandlung und Pflege zu Hause (Ärzte, Spitex, Angehörige), in Institutionen der Langzeitpflege (Alterspflegeheime und Behindertenheime) und in Akut- (auch UKBB) und Geriatriespitalern sowie in Rehabilitations- und Psychiatriekliniken. In der Grundversorgung können rund 80 % der palliativen Fälle behandelt werden.

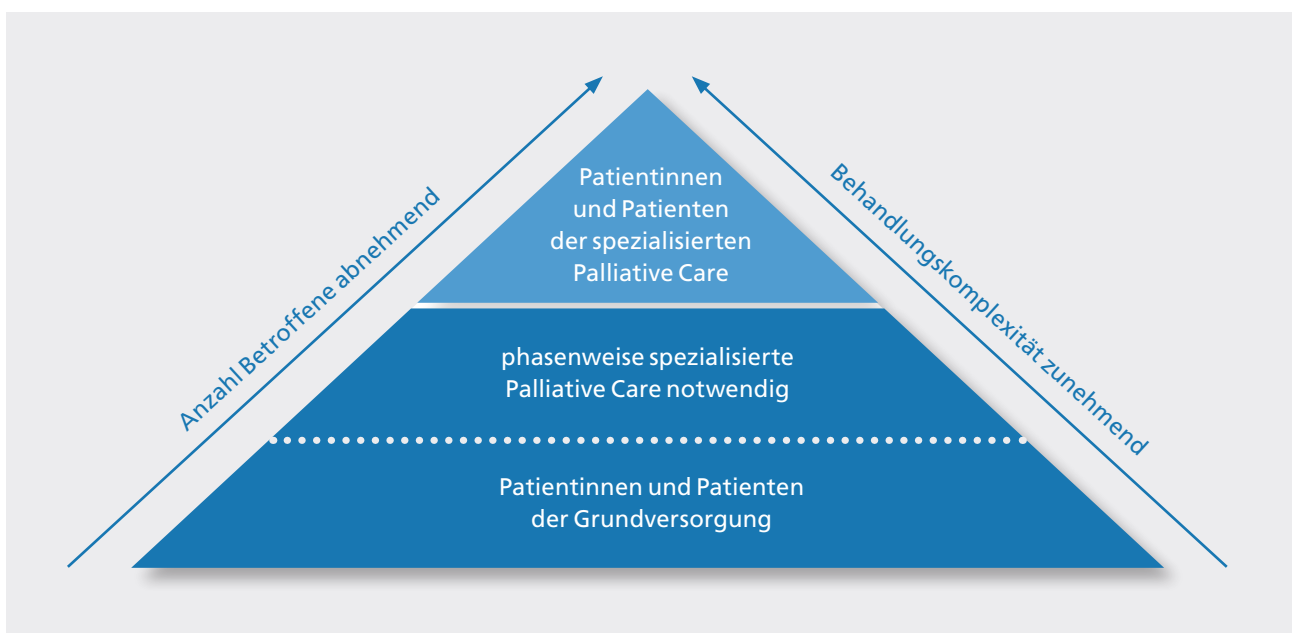
In der Grundversorgung kommt erworbenes Wissen und Können der primären Leistungserbringer zum Einsatz. Der Aus- und Weiterbildungsstand ist in der Grundversorgung sehr unterschiedlich, weswegen in der palliativmedizinischen Grundversorgung nach Bedarf eine Unterstützung durch Palliative Care Konsiliardienste und Mobile Palliative Care Teams erfolgen muss.

Bei hochkomplexen Situationen kommen spezialisierte stationäre Angebote (Palliativzentrum Hildegard, Palliativstation im SCS) zum Einsatz. Auch im UKBB und REHAB kommen spezialisierte palliative Care Ansätze zur Anwendung. In speziellen Einzelsituationen werden hochkomplexe Fälle auch zu Hause betreut und behandelt, wenn die Patientin oder der Patient unbedingt zu Hause bleiben will, oder weil die Finanzierung des stationären Aufenthalts nicht (mehr) gegeben ist (z. B. ALS-Patienten). Manchmal fehlt auch die geeignete Institution (insbesondere bei jüngeren Patienten).

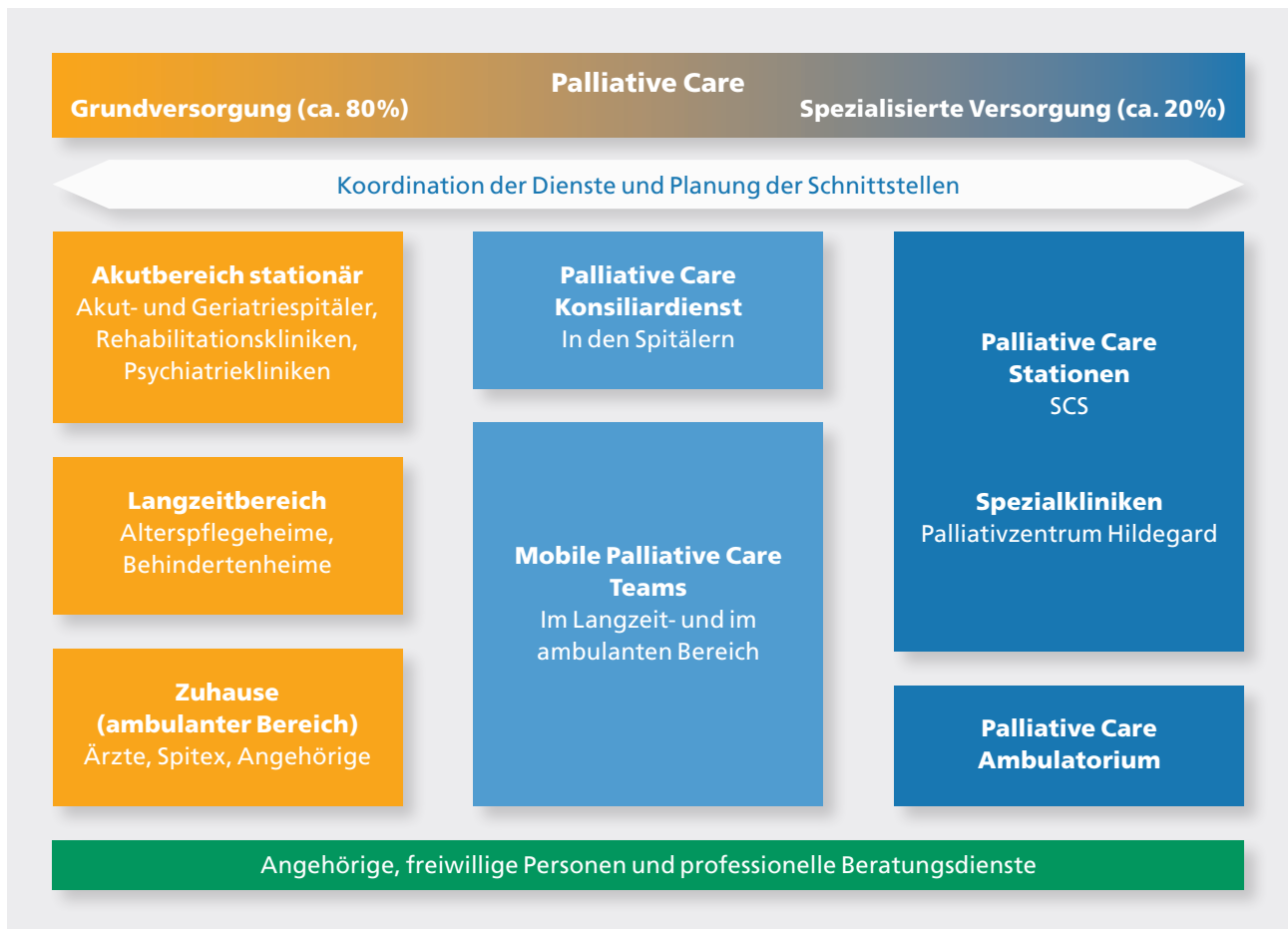
In allen Situationen können ehrenamtliche Personen und Institutionen (Angehörige, SRK, Krebsliga, GGG Begleiten, Kirchen, Selbsthilfeorganisationen und Private) wichtige Unterstützung bieten.

Palliative Care braucht das Know-how verschiedener Professionen (Medizin, Pflege, Psychologie, Sozialarbeit, Seelsorge); der Koordination dieser Dienste sowie der Planung der Schnittstellen kommt entsprechend eine grosse Bedeutung zu.

Die Übergänge zwischen Grundversorgung und spezialisierter Versorgung sind fließend. So kann eine Patientin oder ein Patient zwar im Rahmen der Grundversorgung palliativ behandelt und betreut werden. Dazu benötigen die Grundversorger palliative Basiskompetenzen. In instabilen Phasen oder bei erhöhter Komplexität im Krankheitsverlauf ist der Beizug von spezialisierter Palliative Care notwendig:



Grafisch lassen sich die anzustrebenden Strukturen wie folgt darstellen:



4. Bestehende Lücken in der heutigen Angebotsstruktur

In folgenden Bereichen wurden in Basel-Stadt noch Lücken eruiert (Stand Februar 2012):

- Rechtzeitiger Zugang zu Palliative Care in der Grundversorgung (4.1)
- Palliative Care Konzepte in den Spitälern und Heimen (4.2)
- Palliative Care Konsiliardienste in den Spitäler (4.3)
- Mobile Palliative Care Teams (4.4)
- Zentrale Anlauf- und Koordinationsstelle (4.4)
- Palliative Care Ambulatorium (4.5)
- Einfacher Zugang zur Krankengeschichte für verschiedene Leistungserbringer (4.6)
- Finanzierung von Teilen von Palliative Care Leistungen (4.7)
- Sensibilisierung der Bevölkerung (4.8)
- Qualitätssicherung (4.9)

Ziel ist es, diese Lücken bis Ende 2014 zu schliessen:

4.1 Rechtzeitiger Zugang zu Palliative Care in der Grundversorgung

Voraussetzung, um den Zugang zu Palliative Care zu verbessern, ist das Wissen der Fachpersonen um die Problematik und das Kennen der entsprechenden Angebote. Es muss in allen Berei-

chen eine entsprechende gezielte Schulung durchgeführt werden. Diese hat bei den praktizierenden Ärzten, in den Spitexorganisationen, in den Alterspflegeheimen und in den Spitälern (Akut- und Geriatriespitälern, Rehabilitationskliniken, Psychiatrische Kliniken) zu erfolgen. Schulungsinhalte sind generelle Information über Palliative Care, die bestehenden Angebote und insbesondere über die Indikationskriterien, wann Palliative Care angezeigt ist. Die Finanzierung dieser Ausbildung kann über die bestehenden Ausbildungsbudgets erfolgen. Denkbar ist eine Mitfinanzierung durch den Kanton im Sinne einer Anschubfinanzierung (beispielsweise Beiträge für die Erstellung der Schulungsunterlagen).

4.2 Palliative Care Konzepte in den Spitälern, Alterspflegeheimen und Spitexorganisationen

Spitäler, Alterspflegeheime und Spitexorganisationen sind zu verpflichten, ein Palliative Care Konzept einzuführen.

Das Palliative Care Konzept kann übergeordnet oder Teil eines umfassenden Behandlungs-, Pflege- und Betreuungskonzeptes sein. Es umfasst (immer im Hinblick auf Palliative Care)

- eine Umschreibung des Begriffs «Palliative Care» im Sinne «was ist Palliative Care für uns?»
- den Leistungsauftrag und die Kernkompetenz der Einrichtung
- eine Umschreibung der Zielgruppe der Patientinnen und Patienten bzw. Bewohnerinnen und Bewohner
- eine Beschreibung des Leistungsangebotes der Einrichtung
- eine Beschreibung durch wen und wie die Leistungen erbracht werden
- das Anforderungsprofil des Teams
- eine Beschreibung der wichtigsten Prozesse
- eine Situierung der Einrichtung im Versorgungsnetz.

4.3 Palliative Care Konsiliardienste in den Spitälern

Die Spitäler sind zu verpflichten, einen eigenen internen Palliative Care Konsiliardienst (Palliativkonsiliardienst) einzurichten oder eine Vereinbarung mit einem Partnerspital einzugehen. Palliativkonsiliardienste in Spitälern sind spezialisierte multiprofessionelle Teams. Sie bestehen aus einer Pflegefachperson und einer Ärztin/einem Arzt. Beide haben Spezialkenntnisse und Erfahrung in Palliative Care (Bildungsniveau B2 und C gemäss Nationale Strategie Palliative Care, Praktikum auf Palliativstation oder in Hospiz). Bei Bedarf werden weitere Fachdienste mit einbezogen (Therapien, Sozialdienst, Psychologischer Dienst, Seelsorge).

Sie wenden sich in erster Linie an die betreuenden Ärzte und Pflegenden auf Stationen und in Ambulatorien. Der Dienst ist beratend tätig bei der Bewältigung komplexer palliativer Situationen, d.h. bei Patienten mit weit fortgeschrittener Erkrankung gemäss den Grundaufgaben der Palliative Care. Diese Leistung kann sowohl in Form eines einmaligen Konsiliarbesuchs als auch als fortgesetzte Beratung erfolgen.

Die Hauptaufgaben der Palliativkonsiliardienste sind:

- rechtzeitige Integration palliativmedizinischer und palliativpflegerischer Expertise bei der Betreuung schwerkranker und sterbender Menschen
- Herstellung der Verbindung zu lokalen Palliative Care Netzwerken
- fachspezifische Beratung und Weiterbildung.

Damit kann

- die Betreuung vor Ort verbessert werden und gegebenenfalls eine Entlassung nach Hause oder ins Pflegeheim ermöglicht werden
- eine gezielte und rasche Übergabe auf eine Palliativstation oder in ein Hospiz erfolgen
- der Übergang zur ambulanten Betreuung verbessert werden
- ein Verbleiben des Patienten zu Hause oder im Pflegeheim ermöglicht werden
- die Palliative Care Kompetenz bei den Betreuungsteams verbessert werden.

Palliativkonsiliardienste werden auf Anfrage der behandelnden Ärzte und Pflegenden tätig.

4.4 Mobile Palliative Care Teams und Anlauf- und Koordinationsstelle

Für die Unterstützung der ambulanten Versorgung Zuhause und in den Alterspflegeheimen sind Mobile Palliative Care Teams (MPCT) einzurichten. Dabei soll auf bestehende Angebote zurückgegriffen werden. Diese sind nach Bedarf zu erweitern und entsprechend auszubilden. Zusätzlich ist eine Anlauf- und Koordinationsstelle einzurichten, die Anfragen der Grundversorger und der Patienten /Angehörigen entgegen nimmt, triagiert und die MPCT anbietet.

MPCT sind spezialisierte, multiprofessionelle Expertenteams. Sie bestehen aus einer Pflegefachperson und einer Ärztin/einem Arzt. Beide haben Spezialkenntnisse und Erfahrung in Palliative Care (Bildungsniveau B2 und C gemäss Nationale Strategie Palliative Care, Praktikum auf Palliativstation oder in Hospiz). Bei Bedarf werden weitere Fachdienste mit einbezogen (Therapien, Sozialdienst, Psychologischer Dienst, Seelsorge).

Die Hauptaufgabe der MPCT ist der fachliche Palliative Care Support für den Grundversorger (Spitex – Hausarzt, bzw. Pflege APH – Heimarzt). Dieser erfolgt telefonisch oder bei komplexen palliativen Situationen vor Ort. Beratungsinhalte sind: Aufbau des Patientenpfades, Gewährleistung der Entscheidungskompetenz, Anleitung und Instruktion bei speziellen Therapiemassnahmen und weiteren medizinischen Handlungen. Nach Absprache können Aufgaben, die üblicherweise vom Grundversorger geleistet werden, übernommen werden: Fallkoordination, Netzwerkorganisation, direkte Pflege, Beratung der Patientin/des Patienten und Angehörigen.

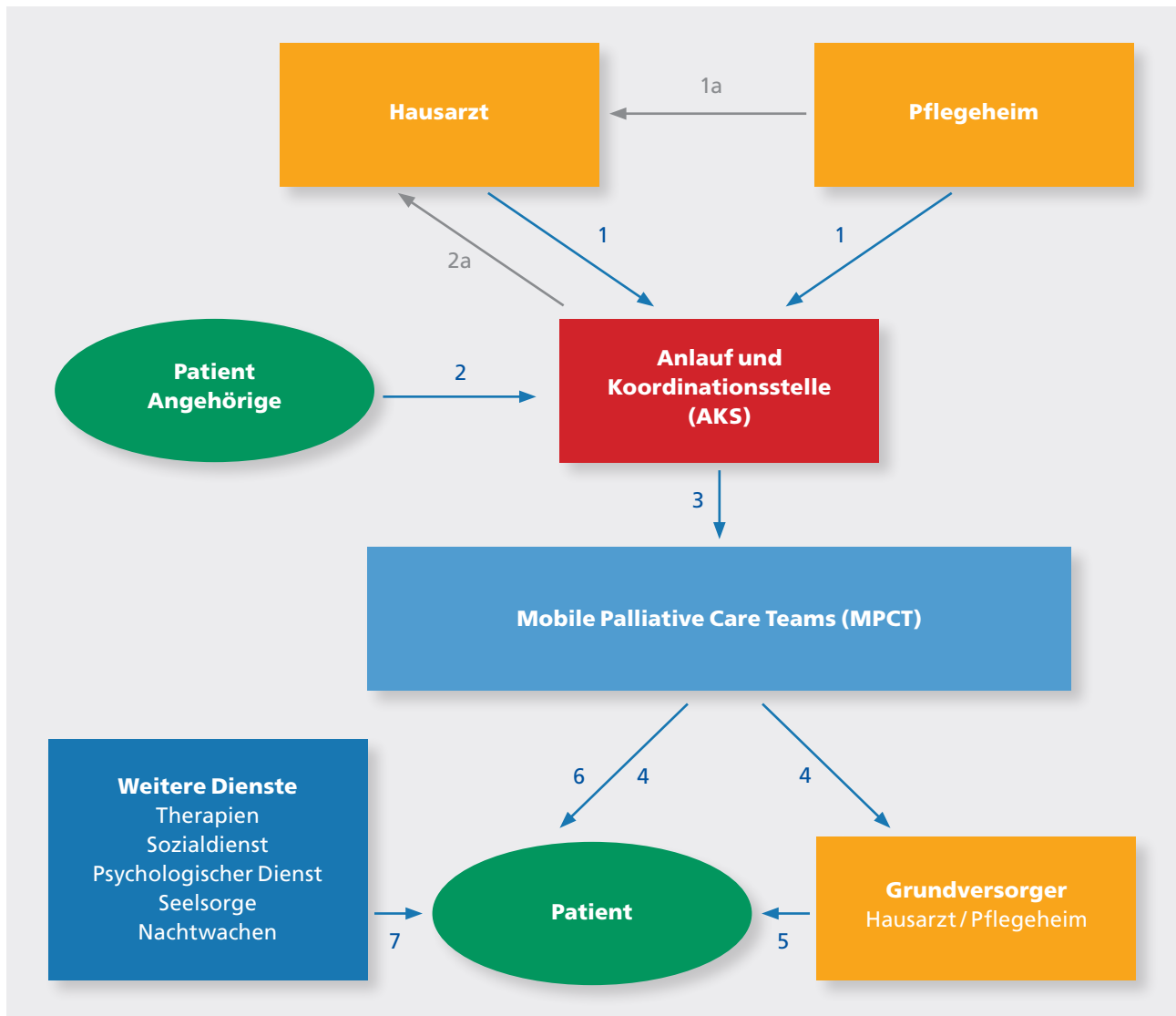
MPCT stellen zudem die Verbindung zu lokalen Palliative Care-Netzwerken her und leisten fachspezifische Weiter- und Fortbildung.

MPCT

- bewirken, dass die spezialisierte Expertise in Palliative Care im jeweiligen Umfeld eingesetzt wird und die verschiedenen Bestandteile des Palliativnetzes verbunden werden
- unterstützen, dass die Patienten möglichst lange zu Hause oder im Pflegeheim bleiben können
- vermindern Notfalleinweisungen und definieren Indikationen und Ziele einer Einweisung
- erleichtern den Übergang zwischen stationärer und ambulanter Betreuung
- ermöglichen eine frühere Entlassung von Patienten aus dem Akutspital.

MPCT werden auf Anfrage der behandelnden Ärzte oder Pflegenden und auch auf Anfrage von Patientinnen, Patienten und Angehörigen tätig.

Das Aufgebot und die Koordination der MPCT laufen über die Anlauf- und Koordinationsstelle, die im Palliativzentrum Hildegard realisiert wird. Folgender schematischer Ablauf ist vorgesehen:



1. Der Grundversorger (Hausarzt oder Pflegeheim) meldet sich bei der Anlauf- und Koordinationsstelle (AKS); das aktuelle Problem wird besprochen und die notwendigen Daten für das Stammbblatt erhoben. Wenn der Kontakt vom Pflegeheim aus kommt, informiert das Pflegeheim den Hausarzt (1a).
2. Falls sich Patienten/Angehörige direkt an die AKS wenden, informiert die AKS den Hausarzt (2a).
3. Die AKS bietet bei Bedarf ein MPCT auf. Steht die pflegerische Beratung im Vordergrund erfolgt die Kontaktaufnahme über die Onko-Spitex; steht die ärztliche Beratung im Vordergrund erfolgt die Kontaktaufnahme über den Arztdienst des Palliativzentrums Hildegard. Die AKS eröffnet das Patientendossier (Datenblatt).

4. Das MPCT nimmt Kontakt zum Grundversorger auf: Telefonische Besprechung oder Besuch bei Patientin/Patient. Bei Bedarf bespricht sich die MPCT-Fachperson mit den andern Fachkräften des MPCT (z. B. Arzt bei der Pflege oder umgekehrt). Aufgrund dieser Abklärungen erfolgt die Beratung des Grundversorgers (Empfehlung) in schriftlicher Form (vorweg telefonische Information wenn angezeigt). Die Empfehlung kann in einfacher Form erfolgen, z.B. Medikationsvorschlag, bis hin zum detaillierten Betreuungsplan.
5. Die Grundversorger leisten die medizinische und pflegerische Behandlung und Betreuung.
6. Bei Bedarf kann auch das MPCT selbst Leistungen erbringen, z. B. erstmalige Verabreichung (Anleitung und Instruktion), Spezialhandlungen, etc. In Ausnahmefällen ist auch die komplette Fallübernahme durch den MPCT-Arzt denkbar.
7. Weitere Dienste werden bei Bedarf mit einbezogen.
8. Nach der Beratung erfolgt in der Regel eine Rückfrage beim Grundversorger über den Verlauf, bzw. den Bedarf für weitere Beratung und Unterstützung.

Als Betriebszeiten für die AKS wird vorgeschlagen: Montag bis Freitag, 8.00–12.00 und 13.30–17.00 Uhr. Ausserhalb dieser Zeiten soll ein Tonband Auskunft über eine Telefonnummer für Notfälle geben (Medizinische Notrufzentrale MNZ 061 261 15 15).

4.5 Palliatives Ambulatorium

Ein eigentliches Palliativ-Ambulatorium gibt es derzeit in Basel nicht. Hingegen werden viele der in einer solchen Einrichtung erbrachten Leistungen in den ambulanten Sprechstunden der Onkologie des USB, im UKBB und im REHAB erbracht. Auftragsgemäss steht bei den bestehenden Ambulatorien der therapeutische Auftrag im Vordergrund. Zeit und Raum für die palliative Care Dimensionen fehlen oft. Es muss abgeklärt werden, ob ein Ausbau notwendig ist.

4.6 Einfacher Zugang für verschiedene Leistungserbringer zur Krankengeschichte

Palliative Care ist in hohem Mass auf Informationen von verschiedenen Leistungserbringern angewiesen. Deshalb ist ein einfacher Zugang aller beteiligten und berechtigten Akteure auf die relevanten Patientendaten notwendig. Hier gilt es abzuklären, ob bestehende IT-Plattformen angewandt werden können (docbox; siehe auch eHealth-Modellversuch NWCH).

Diese ganze Fragestellung betrifft die Gesundheitsversorgung generell und kann nicht im Rahmen der Umsetzung des Palliative Konzeptes Basel-Stadt vertieft behandelt werden.

4.7 Finanzierung von Palliative Care Leistungen

Nicht alle Palliative Care Leistungen werden derzeit finanziert. Die folgende Übersicht zeigt die Lücken:

Bereich	IST-Zustand	Lücken
Stationär generell	Grundsätzlich sind Palliative Care Leistungen finanziert, da die Kosten (Ressourcen) in den „anerkannten Kosten KVG“ enthalten sind. Spezialisierte Palliative Care Leistungen können entweder mit der DRG „palliative Komplexbehandlung“ (im akutsomatischen Bereich, z. B. im USB) oder mit Tagespauschalen (in Palliativstationen (SCS) und spezialisierten Zentren (Palliativzentrum Hildgard) abgerechnet werden.	–
Ambulant Direkte ärztliche Leistungen Zuhause und im APH	Die ärztlichen Leistungen, die direkt am Patienten erbracht werden, können weitgehend abgerechnet werden (Tarmed).	–
Ambulant Direkte pflegerische Leistungen Zuhause	Im Prinzip können die am Patienten erbrachten pflegerischen Leistungen abgerechnet werden (Spitextarif). Man stösst jedoch relativ schnell an quantitative Grenzen (Anzahl Stunden). Die Kassen argumentieren mit dem Wirtschaftlichkeitsargument.	Klärung mit Kassen anstreben (→ Gesundheitsversorgung BS)
Ambulant Direkte pflegerische Leistungen im APH	Pflegerische Leistungen sind nur im Rahmen der RAI-Bedarfsabklärung finanziert; d. h. zusätzliche pflegerische Leistungen durch Dritte (z. B. MPCT) können nicht abgerechnet werden.	Sollten von den Heimen via Taxen übernommen werden können.
Ambulant Koordinative Leistungen	Sowohl ärztliche als auch pflegerische Leistungen, die in Abwesenheit des Patienten erbracht werden (Organisation der verschiedenen Leistungserbringer, Koordinationssitzungen, Dokumentation, Information der Angehörigen etc.) können nicht abgerechnet werden. Eine Anpassung der KLV ist zwar in dieser Richtung per 1.1.2012 erfolgt. Es wird sich zeigen, ob dies genügt. Die zentrale Anlauf- und Koordinationsstelle (s. 4.4) ist nicht finanziert.	BS übernimmt Anstossteilfinanzierung der Anlauf- und Koordinationsstelle.

4.8 Sensibilisierung der Bevölkerung

Angesichts der an sich kleinen Zahl von Palliative Care betroffenen Personen (BS ca. 600 pro Jahr) sind eigene grossflächige Sensibilisierungsanstrengungen nicht angezeigt. Es kann auf die gesamtschweizerischen Angebote (insb. www.palliative.ch) zurückgegriffen werden. Hingegen ist kantonal die Sensibilisierung und Schulung der Ärzte und Pflegefachkräfte (siehe 4.1) voranzutreiben.

Wenn die Umsetzung des Konzeptes «Palliative Care im Kanton Basel-Stadt» weiter fortgeschritten ist, soll eine einmalige breitere Information erfolgen (Flyer, Website).

4.9 Qualitätssicherung

Ein eigentliches Qualitätssicherungskonzept für die palliative Versorgung in BS gibt es (noch) nicht. In den Leistungsvereinbarungen zwischen dem Kanton und den verschiedenen Leistungserbringern ist jedoch festzuhalten, dass die auf schweizerischer Ebene festgelegten Standards und Kriterien umgesetzt werden müssen (siehe palliativ.ch).