

Vorlage an den Landrat

Titel: Bericht zur kantonalen Umsetzung der Nationalen Strategie Palliative Care

Datum: 28. Juni 2016

Nummer: 2016-214

Bemerkungen: [Verlauf dieses Geschäfts](#)

Links:

- [Übersicht Geschäfte des Landrats](#)
- [Hinweise und Erklärungen zu den Geschäften des Landrats](#)
- [Landrat / Parlament des Kantons Basel-Landschaft](#)
- [Homepage des Kantons Basel-Landschaft](#)



Vorlage an den Landrat

Bericht zur kantonalen Umsetzung der Nationalen Strategie Palliative Care

vom 28. Juni 2016

Inhaltsverzeichnis

1	Zusammenfassung	3
2	Ausgangslage	3
2.1	Definition und Grundlagen	4
2.2	Nationale Strategie Palliative Care (Ebene: Bund)	6
2.3	Text der Postulate (Ebene: Kanton BL)	9
2.3.1	Postulat 2008-235 Pia Fankhauser Zenhäusern, SP-Fraktion	9
2.3.2	Postulat 2012-366 Marie-Therese Müller, BDP-Fraktion	9
2.4	Manifest Palliative Care	11
2.5	Auftrag	11
3	Bestandsaufnahme	12
3.1	Palliative Care Konzepte anderer Kantone	12
3.1.1	Kanton Basel-Stadt	12
3.1.2	Kanton Solothurn	13
3.1.3	Kanton Aargau	15
3.1.4	Kanton Jura	15
3.2	Konzepterarbeitung im Kanton Basel-Landschaft	16
3.2.1	Arbeitsgruppe und Datenerhebung	16

3.2.2	Versorgungssituation	17
3.2.3	Handlungsbedarf	21
4	Palliative Care Konzept für den Kanton Basel-Landschaft (siehe Beilage).....	22
4.1	Sensibilisierung.....	23
4.1.1	Sensibilisierung der Pflegepersonen, Spitalärztinnen und -ärzte sowie der Hausärztinnen und -ärzte.....	24
4.1.2	Sensibilisierung der interessierten Öffentlichkeit.....	24
4.2	Versorgungsstrukturen.....	24
4.2.1	Palliative Care Konzepte in den Heimen, Spitälern und Spitexdiensten.....	24
4.2.2	Palliativ-Konsiliardienst in den Spitälern	25
4.2.3	Mobiler, spitalexterner Palliativdienst (SEOP).....	25
4.2.4	Zentrale Informationsstelle.....	26
4.3	Weiter- und Fortbildung	26
4.4	Qualitätssicherung	27
5	Diskussion	27
5.1	Finanzierung.....	27
5.1.1	Potential von Palliative Care zur Kosteneffektivität im Gesundheitswesen.....	27
5.1.2	Finanzierungsproblematik auf Ebene des Bundes	28
5.2	Schlussfolgerungen	30
6	Finanzielle Auswirkungen für den Kanton Basel-Landschaft.....	31
6.1	Finanzielle Auswirkungen für den Kanton Basel-Landschaft.....	31
6.2	Ergebnis der finanzrechtlichen Prüfung	32
7	Weiteres Vorgehen	32
8	Anträge des Regierungsrates an den Landrat.....	33
	Quellenverzeichnis.....	34
	Anhänge	37

1 Zusammenfassung

Gemeinsam mit den Kantonen hat der Bund Palliative Care in einer Nationalen Strategie verankert. Im Kanton Basel-Landschaft ist bereits eine Palliative Care Versorgung vorhanden, dennoch besteht bisher kein ganzheitliches kantonales Umsetzungskonzept, wie dies in der Nationalen Strategie gefordert wird. Im Sinne der Nationalen Strategie 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 dass 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.

Gemäss Regierungsratsbeschluss Nr. 0751 vom 30. April 2013 wurde eine Arbeitsgruppe eingesetzt, welche dem Landrat ein Konzept zur Umsetzung der nationalen Palliative Care Strategie im Kanton Basel-Landschaft vorlegen muss. Die Arbeiten der Arbeitsgruppe bzw. die Bestandsaufnahme zur Palliative Care Versorgung im Kanton Basel-Landschaft ist die Grundlage dieser Landratsvorlage. Der vorliegende Bericht bildet den aktuellen Stand der Palliative Care im Kanton Basel-Landschaft ab und verweist auf die bisher erfolgten Massnahmen sowie die bestehenden Lücken. Mit dem beiliegenden Konzept, welches von der VGD in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe entwickelt wurde, sollen die zurzeit noch bestehenden Lücken geschlossen werden. Um dieses Ziel zu erreichen, wurden konkrete Massnahmen formuliert: Sensibilisierung des Pflegepersonals und der Ärzteschaft, Sensibilisierung der interessierten Öffentlichkeit, Palliative Care Konzepte für alle Leistungserbringer (Spitex-Organisationen, Alters- und Pflegeheime, Spitäler), Palliativ-Konsiliardienste in den Spitälern, ein Mobiler Palliative Care Dienst und einer Informationsstelle sowie Palliativmedizinische Schulungen für Fachpersonen der ambulanten und stationären Grundversorgung sowie des Langzeitbereichs, welche regelmässig mit Palliativsituationen zu tun haben. Die Finanzierung erfolgt über Drittmittel und das ordentliche Budget des Amtes für Gesundheit. Vorgesehen sind jährlich wiederkehrende kantonale Beiträge in der Höhe von CHF 49'500.-

2 Ausgangslage

Im folgenden Kapitel wird das Thema „Palliative Care“ in einen grösseren Kontext eingebettet. Die Definition und Grundlagen sowie die Nationale Palliative Care Strategie dienen als Einführung in das Thema und zu einem besseren Verständnis von Palliative Care. Anschliessend werden die beiden Postulate [2008-235](#) und [2012-366](#) sowie das Manifest Palliative Care vorgestellt. Zuletzt wird der Auftrag, welcher mit der vorliegenden Vorlage ausgeführt wird, genauer erläutert.

2.1 Definition und Grundlagen

Unter Palliative Care versteht man die **ganzheitliche Betreuung und Behandlung** von Menschen mit **unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten**¹. 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 die individuellen Wünsche und Bedürfnisse der schwerkranken und sterbenden Menschen im Mittelpunkt und weniger die Diagnosen und Heilungschancen. Das Ziel von Palliative Care ist es, dass die Betroffenen in der letzten Lebensphase besser leben, weniger leiden und am Ort ihrer Wahl bleiben können. Palliative Care bietet Hilfe zur Selbsthilfe und so die Möglichkeit, die letzte Lebensphase selber zu gestalten. Palliative Care führt gemeinsam mit Fachpersonen und Freiwilligen zu praxisorientierten Lösungen und lässt schwerkranke Menschen nicht alleine. Dies führt auch zur Entlastung der Angehörigen. Gleichzeitig können durch die Vorausplanung Kosten gespart werden (beispielsweise können unnötige Einweisungen ins Akutspital vermieden werden)².

Palliative-Care-Patientinnen und -Patienten haben unterschiedliche Bedürfnisse, weshalb zwischen Patientinnen und Patienten in der Grundversorgung³ (Gruppe A) und Patientinnen und Patienten in der spezialisierten Palliative Care (Gruppe B) unterschieden wird. Der Übergang zwischen diesen beiden Gruppen ist fließend. Patientinnen und Patienten in der Grundversorgung befassen sich üblicherweise aufgrund des Verlaufs ihrer unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronischen fortschreitenden Erkrankung vorausschauend mit dem Lebensende oder befinden sich in der letzten Phase ihres Lebens. Unter der zahlenmässig kleineren Patientengruppe der spezialisierten Palliative Care versteht man Patientinnen und Patienten, welche auf Unterstützung durch ein spezialisiertes Palliative Care Team angewiesen sind. Dies aufgrund von instabilen Krankheitssituationen, zur Stabilisierung von bestehenden Symptomen oder weil deren Angehörige an ihre Belastungsgrenzen stossen. Oft handelt es sich dabei auch um Patientinnen und Patienten, die weiterhin durch die Grundversorgung betreut werden sollen/wollen. Die betreuenden Leistungserbringer sind jedoch auf zusätzliche Unterstützung durch spezialisierte Fachpersonen angewiesen. Kinder sind systematisch der

¹ BAG und GDK (2009): Nationale Strategie Palliative Care 2010-2012.

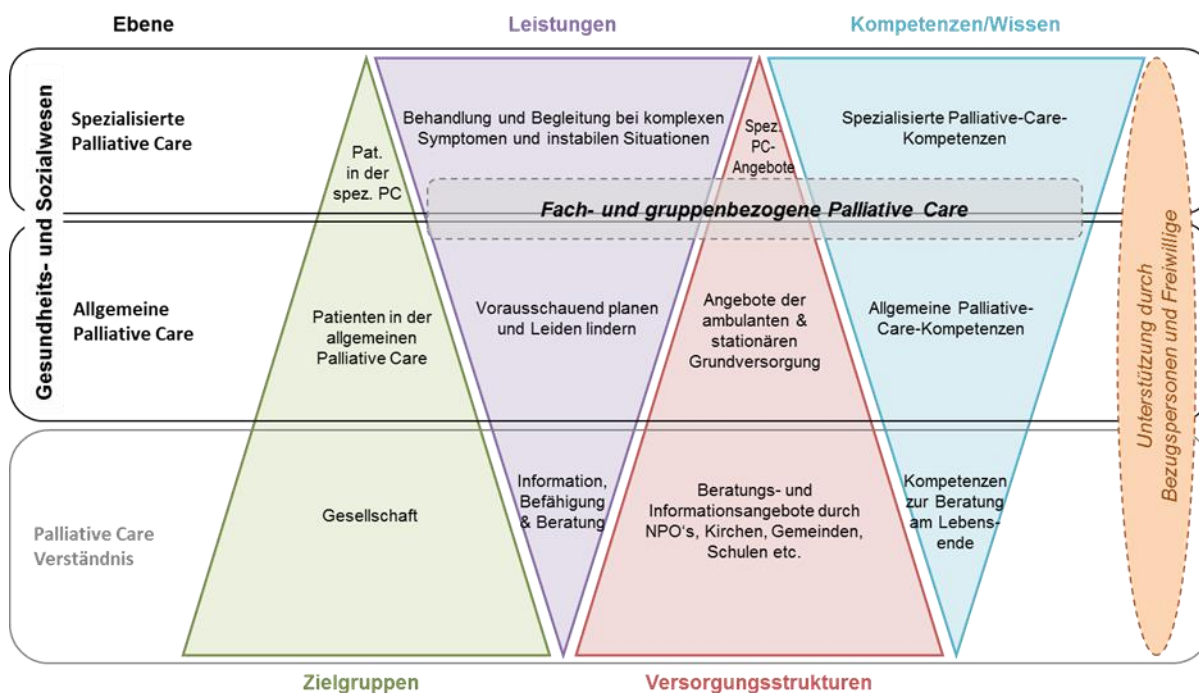
² Nationale Strategie Palliative Care 2010-2012. S.22.

³ Grundversorgung in der Palliative Care gemäss Definition des BAG, nachfolgend „die Grundversorger“ genannt

Gruppe B zuzuteilen, weil in der Grundversorgung involvierte Fachpersonen meist zu wenig ausreichende Erfahrung aufbauen können, da Todesfälle im Kindesalter relativ selten vorkommen⁴.

Die Mehrheit der Menschen in der Schweiz (ca. 90%) stirbt nach einer mehr oder weniger langen Krankheitsphase- und Pflegephase⁵. Immer mehr Menschen brauchen zusätzliche Betreuung am Lebensende, weil die Menschen in der Schweiz immer älter werden und unheilbare, chronische Krankheiten im Alter häufiger auftreten. Aber auch jüngere Patientinnen und Patienten, die an unheilbaren Krankheiten leiden, brauchen über längere Zeit eine umfassende pflegerische und medizinische Betreuung. Aufgrund der demografischen Entwicklung wird die Anzahl der jährlichen Todesfälle von 60'000 (im Jahr 2010) auf 90'000 Menschen im Jahr 2050 zunehmen. Palliative Care ist eine Antwort auf den Handlungsbedarf aus gesundheitspolitischer Sicht. In der Schweiz bestehen im Bereich der Versorgung, Finanzierung, Information, Bildung und Forschung nach wie vor Lücken.

Das "Rahmenkonzept Palliative Care Schweiz"⁶ unterscheidet drei Ebenen der Palliativversorgung. Diese beschreiben die Spezialisierungsgrade von Palliative-Care-Leistungen, -Versorgungsstrukturen und -Kompetenzen, die nötig sind, um den Bedürfnissen der betroffenen Menschen und ihren Bezugspersonen optimal zu entsprechen. Die drei Ebenen sind "Palliative-Care-Verständnis", "allgemeine Palliative Care" und "spezialisierte Palliative Care".



Rahmenkonzept Palliative Care Schweiz

⁴ Nationale Leitlinien Palliative Care. Oktober 2010. S. 15-17.

⁵ Nationale Strategie Palliative Care 2010-2012. S.2.

⁶ BAG, GDK und palliative.ch (2014): Rahmenkonzept Palliative Care Schweiz. Eine definitorische Grundlage für die Umsetzung der "Nationalen Strategie Palliative Care". Aktualisierte Version.

2.2 Nationale Strategie Palliative Care (Ebene: Bund)

Der Bund und die Kantone haben aufgrund der bestehenden Lücken 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 2009 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. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) arbeitet an unterschiedlichen Umsetzungsaspekten der Nationalen Strategie Palliative Care. Wichtige Ergebnisse - auch für die kantonale Umsetzung - aus den Bereichen Ressortforschung, Bildung und Forschung, Versorgung und Finanzierung, Sensibilisierung sowie Freiwilligenarbeit werden hier kurz aufgeführt:

1. Ressortforschung

Das BAG hat eine systematische Bestandsaufnahme zu den mobilen Palliative-Care-Diensten (MPCD) in Auftrag gegeben, deren Ergebnisse mittlerweile vorliegen. Die Studie stellt die regional unterschiedlichen Organisationsstrukturen und Leistungsangebote sowie unterschiedliche Finanzierungsformen und -träger vor. In der Studie des Bundes wird beim Kanton Basel-Landschaft die Spitalexterne Onkologiepflege (SEOP), welche vom Kantonsspital Baselland betrieben wird, aufgeführt. Gemeinsam mit den internen Auswertungen bietet die Studie eine gute Grundlage für die Weiterentwicklung der mobilen Palliativdienste, ein zentraler Pfeiler der Palliative Care, auch im Kanton Basel-Landschaft.

Weitere Berichte hat das BAG in Auftrag gegeben, u.a. zur Versorgungssituation von Menschen mit psychischen Erkrankungen in einer palliativen Situation, zum Bekanntheitsgrad des Palliative Care Konzeptes in der Migrationsbevölkerung und zu den Möglichkeiten von eHealth-Anwendungen im Bereich Palliative Care.

2. Bildung und Forschung

Die Arbeiten zur Verankerung der Palliativmedizin in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung sind nach Angaben des BAG auf gutem Wege.

Im März 2015 fand in Bern das vom BAG und SBFI (Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation) gemeinsam organisierte dritte Forum „Bildung und Arbeitswelt Palliative Care“ statt. Im Rahmen dieser nationalen Austauschplattform wird der bildungs- und berufsübergreifende Austausch im Bereich Palliative Care auf nationaler Ebene ermöglicht. Gleichzeitig soll damit die Umsetzung des Nationalen Bildungskonzeptes gefördert werden. Der thematische Schwerpunkt des Forums 2015 lag ebenfalls im Bereich der Interdisziplinarität und Interprofessionalität in der Palliative-Care Lehre. Insbesondere die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe mit anderen Berufen wie der Sozialarbeit, der

Seelsorge oder der Psychologie wurde thematisiert. Die Tagung sollte einen Beitrag an die Förderung der Entwicklung, Vernetzung und Koordination der interprofessionellen Palliative-Care-Lehre leisten und schliesslich eine solide Basis für die Umsetzung der interprofessionellen Zusammenarbeit im Bereich der Palliative Care schaffen⁷.

Die Nationalen Palliative Care Tage 2015 fanden im Dezember in Bern statt⁸. Organisiert wurde der Kongress in Zusammenarbeit von „palliative ch“ (Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung) mit dem BAG, der GDK (Schweizerische Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren) und der Akademien der Wissenschaften Schweiz. Nach sechs Jahren Strategie Palliative Care war es Zeit für eine Standortbestimmung: Welches sind die Erkenntnisse und Erfahrungen der Entscheidungsträger und Fachleuten, die im Gesundheits- und Sozialwesen oder in der Lehre und Forschung an der Verankerung von Palliative Care beteiligt sind? Der erste Tag war der Umsetzung der "Nationalen Strategie Palliative Care", der zweite Tag der Forschung gewidmet. Unter dem gemeinsamen Motto "Wie kommt Palliative Care an? " wurde aufgezeigt, wo die Schweiz im Bereich der Forschung bzw. der Strategieumsetzung steht und welche Anstrengungen in Zukunft noch notwendig sind, damit schwerkranke und sterbende Menschen in der Schweiz ihren Bedürfnissen angepasste Palliative Care erhalten und ihre Lebensqualität verbessert wird.

3. Versorgung und Finanzierung⁹

3.1 Grundversorgung/ Langzeitversorgung

Eine Expertengruppe hat Indikationskriterien für komplexe und instabile Palliative-Care-Situationen in der Grundversorgung erarbeitet. Nun werden in genügend grosser Anzahl in Alters- und Pflegeheimen Messungen des Zeitaufwands für KLV- und Nicht-KLV-Leistungen¹⁰ für diese spezifischen Situationen durchgeführt. Die Ergebnisse sollen zur Überprüfung der Bedarfsermittlungs- und Abgeltungssysteme herangezogen werden. Die Arbeiten werden von einer Steuergruppe seit Herbst 2014 begleitet.

3.2 Finanzierung von Leistungen der Palliative Care im Akutspital

Der Verwaltungsrat der SwissDRG AG¹¹ hat beschlossen, in Zusammenarbeit mit den Partnern, die Grundlagen für eine gesamtschweizerische, einheitliche Abgeltung von Leistungen der Palliative Care in der Akutsomatik, in spezialisierten Einheiten von Akutspitalern (Palliativstationen) sowie in Spezialkliniken mit Spitalstatus, weiterzuentwickeln. In einem ersten Schritt hat daher der Verwaltungsrat der SwissDRG AG am 17. Oktober 2013 beschlossen, zur Abgeltung stationärer Fälle in der Akutsomatik mit palliativmedizinischer Komplexbehandlung ein Zusatzentgelt zu etablieren. Dieses wurde für die Version 5.0 eingeführt und kann ab dem Jahr 2016 abgerechnet werden.

⁷ BAG Gesundheitspolitik: <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13764/13772/13791/index.html?lang=de>

⁸ Weitere Informationen unter: <http://de.palliative-kongresse.ch/2015/>

⁹ Die Finanzierungsproblematik wird in Kapitel 5 ausführlich dargelegt.

¹⁰ KLV = Krankenpflege-Leistungsverordnung

¹¹ Die SwissDRG AG ist gemäss den gesetzlichen Vorgaben (Art. 49 KVG) zuständig für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege des SwissDRG-Fallpauschalensystems zur Abgeltung der stationären Leistungen der Spitäler.

4. Sensibilisierung

Das BAG hat diverse Berichte und Broschüren zum Thema Palliative Care publiziert, welche kostenlos bestellt oder als PDF heruntergeladen werden können¹². Zur Sensibilisierung von Hausärztinnen und Hausärzten wurde beispielsweise das Informationsblatt "Palliative Care: Lebensqualität bis zuletzt" erarbeitet. Das BAG hat im Dezember 2014 eine weitere Broschüre zum Thema Palliative Care mit dem Titel „unheilbar krank – und jetzt?“ herausgegeben. Das Informationsmaterial soll zur Sensibilisierung der Bevölkerung beitragen. Die Broschüre vermittelt betroffenen Personen und deren Angehörigen praktische Inhalte darüber, was Palliative Care überhaupt ist, welche Angebote es gibt und wer diese Angebote in Anspruch nehmen kann. Der Bund bietet damit den Kantonen und den in diesem Bereich arbeitenden Organisationen ein einsatzbereites Produkt zur Aufklärung der Allgemeinheit. Daneben wurde vom Bund ein neues Angebot zur Integration regionsspezifischer Angebote und Informationen geschaffen.

5. Freiwilligenarbeit

Unter Federführung des BAG entstand eine Broschüre zum Thema "Empfehlungen zur formellen Freiwilligenarbeit in der Palliative Care". Die Broschüre ist seit September 2014 in drei Landessprachen erhältlich. Sie enthält Empfehlungen für kantonale und kommunale Behörden sowie interessierte Organisationen.

Plattform Palliative Care

Der Dialog „Nationale Gesundheitspolitik“ hat Ende Mai 2015 beschlossen, die Nationale Strategie Palliative Care in eine Plattform zu überführen. Damit soll der Zugang zu qualitativ guten Angeboten für die Betroffenen in der Palliative Care weiterhin sichergestellt werden. Im Mittelpunkt stehen die Versorgungs- und Finanzierungsfrage sowie die Koordination der Aktivitäten. Bereits laufende Arbeiten im Bereich der spezialisierten Palliative Care im Akutspital und in der stationären Langzeitpflege werden fortgesetzt. Ob die bestehenden Tarifstrukturen die Leistungen und Kosten ausreichend abbilden, wird überprüft. Damit soll die Grundlage für eine angemessene Abgeltung geschaffen werden. Wichtig bleiben weiterhin die Förderung von Aus- und Weiterbildung und die Sicherstellung von Wissensvermittlung und Vernetzung.

Lanciert wurde die Plattform vom Eidgenössischen Departement des Innern (EDI). Das Bundesamt für Gesundheit ist für die Umsetzung und Koordination zuständig und arbeitet eng mit den Kantonen, der Fachgesellschaft „palliative ch“ und weiteren kompetenten Partnern zusammen¹³.

¹² Sämtliches Informationsmaterial kann unter folgendem Link heruntergeladen oder bestellt werden:

<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13764/13778/index.html?lang=de>

¹³ BAG: <http://www.bag.admin.ch/dokumentation/medieninformationen/01217/index.html?lang=de&msg-id=57455>

2.3 Text der Postulate (Ebene: Kanton BL)

2.3.1 Postulat [2008-235](#) Pia Fankhauser Zenhäusern, SP-Fraktion

Am 25. September 2008 reichte **Pia Fankhauser Zenhäusern** das Postulat [2008-235](#) "Palliativmedizin in ein Konzept einbetten – Sterben in Würde ermöglichen" mit folgendem Wortlaut ein:

Palliativmedizin befasst sich, anders als andere medizinische Disziplinen, mit dem Sterben. Sterben ist ein Teil des Lebens und leider nicht nur des Alters. Der Kanton Baselland hat in verdienstvoller Weise frühzeitig Leistungsaufträge für ambulante und stationäre Palliativmedizin erteilt. Diese machten eine qualitativ hochstehende Palliative Care erst möglich und sie sind für die betreffenden Institutionen überlebenswichtig. Es fehlt jedoch ein kantonales Gesamtkonzept bezüglich einer flächendeckenden und bedürfnisgerechten palliativmedizinischen Versorgung. Die Einbindung in ein kantonales Konzept und der damit zwingend geforderte Qualitätsnachweis der involvierten Institutionen würden zu einer Qualitätssicherung der Patientenversorgung beitragen. Palliative Care gehört, wie beispielsweise die Geriatrie, zur Grundversorgung. Sie stellt aber auch einen spezialisierten Teil der Medizin dar mit universitärer Lehre und Forschung. Dies muss aber auch durch ein differenziertes Versorgungskonzept sichtbar sein (bspw. Palliative Care Dienst in einer universitären Klinik). Für Patienten und ihre Angehörigen muss ersichtlich sein, welche Institutionen Palliative Care im medizinischen Sinne anbieten.

Ich bitte daher den Regierungsrat zu prüfen und zu berichten:

- welche personellen und räumlichen Ressourcen nötig sind, um Palliative Care in den Kantonsspitalern zu ermöglichen,*
- wie eine Anlauf- und Informationsstelle für Patienten eingerichtet werden kann,*
- wie ein Versorgungskonzept erstellt werden kann,*
- wie die erwähnten Punkte in die Leistungsaufträge der Kantonsspitäler eingebaut werden*

Können

2.3.2 Postulat [2012-366](#) Marie-Therese Müller, BDP-Fraktion

Am 28. November 2012 reichte **Marie-Therese Müller** das Postulat [2012-366](#) "Palliative Care" mit folgendem Wortlaut ein:

Die "Nationale Strategie Palliative Care" 2010 - 2012 ist von Bund und Kantonen lanciert worden.

Die Strategie konzentriert sich unter anderem auf folgende Massnahmen:

- Ausbau Versorgungsnetz: U.a. mobile Palliativdienste (Behandlung und Pflege zu Hause) sollen vermehrt angeboten werden, sodass sie überall in Anspruch genommen werden können.*
- Aus- und Weiterbildung: In einem gemeinsamen Bildungskonzept sollen die Berufsgruppen der Palliative Care Lernziele und -Inhalte zur Palliative Care festlegen, welche zur Erbringung dieser Leistungen notwendig sind.*

In vielen Regionen fehlt ein Angebot an Palliative Care so auch im Kanton Baselland.

Siehe nachstehende Statistik: (Quelle BAG)

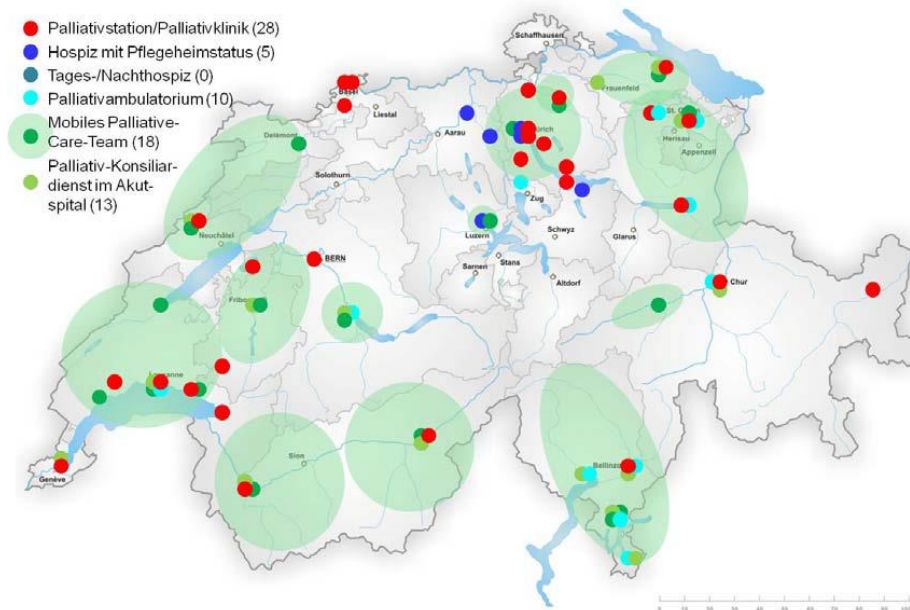


Abb. 1: Spezialisierte Palliative Care in der Schweiz, Stand Ende 2011

Der "Dialog Nationale Gesundheitspolitik", die gemeinsame Plattform von Bund und Kantonen, hat am 25. Oktober 2012 die Fortsetzung der "Nationalen Strategie Palliative Care" für die Jahre 2013 bis 2015 verabschiedet.

Bereits 9 Kantone haben Massnahmen im Bereich Palliative Care umgesetzt oder sind an der Umsetzung. Mit dabei sind unter anderem der Kanton Basel-Stadt sowie der Kanton Aargau. Nicht so der Kanton Baselland. Deshalb fordern wir von der Regierung im nächsten halben Jahr eine Standortbestimmung mit folgenden Schwerpunkten:

- Wo steht Baselland im Bereich Palliative Care?
- Welche Massnahmen sind bis heute bereits erfolgt oder nicht erfolgt?
- Sind das Kantonsspital Bruderholz, Liestal und Laufen bereits an einer Umsetzung der nationalen Strategie im Bereich Aus- und Weiterbildung?
- Wird Baselland mit Basel-Stadt gemeinsam etwas aufbauen?
- Wie werden die Gemeinden mit einbezogen, vor allem auch die kleineren?
- In welcher Form und in welcher Zeitspanne gedenkt die Regierung die Umsetzung von Palliative Care im Kanton zu realisieren?

Wir erwarten von der Regierung, dass sie sich aktiv und rasch für die Förderung resp. Einführung der Palliative Care in Baselland einsetzt.

2.4 Manifest Palliative Care

Am 22. November 2012 überreichten Vertreter von palliative bs + bl, vom Verband der Baselbieter Alters-, Pflege-, und Betreuungseinrichtungen (BAP) und dem Spitex-Verband Baselland (SVBL) der Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion BL das Baselbieter Manifest "Palliative Care, Gemeinsam für ein Leben in Würde bis zuletzt". Die Unterzeichnenden dieses Manifest forderten eine rasche Klärung und Umsetzung der Nationalen Strategie im Kanton Basel-Landschaft.

Die Initianten setzen sich dafür ein, dass für Palliative Care-Leistungen ein sozialverträgliches kantonales Finanzierungssystem durch die öffentliche Hand, die Sozial- und Krankenversicherer und die Leistungserbringer ausgearbeitet, sichergestellt und umgesetzt wird. Der Kanton Basel-Landschaft wird dazu aufgefordert, die verschiedenen Akteure im Bereich Palliative Care aktiv zu unterstützen und eine koordinierende Funktion zu übernehmen. Des Weiteren soll der Kanton die Vergabe von Leistungsaufträgen mit angemessenen Qualitätsstandards verknüpfen und diese auch überwachen.

Die Leistungserbringer garantieren eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Umsetzung der Dienstleistungen und die Einhaltung der Qualitätsstandards im Bereich Palliative Care. Gemäss Manifest wollen die Leistungserbringer sich dafür stark machen, die Selbstbestimmung der unheilbar kranken und sterbenden Menschen zu wahren und deren körperliches, psychisches und spirituelles Leiden adäquat zu lindern. Sie gewährleisten eine interprofessionelle Palliativversorgung, welche die Bedürfnisse der unheilbar kranken und sterbenden Menschen ins Zentrum stellt sowie ihre Familie und ihr Umfeld aktiv in die Betreuung miteinbezieht.

2.5 Auftrag

Die Nationale Strategie bietet laut Umfragen in den Kantonen eine gute Grundlage und einen Referenzrahmen für die Entwicklung kantonaler Konzepte. Bisher verfügte der Kanton Basel-Landschaft noch über kein kantonales Konzept zur Palliative Care. Alle Kantone wurden jedoch von Seiten des Bundes bzw. der GDK beauftragt, die nationale Strategie auf kantonaler Ebene umzusetzen. Nach den zuvor genannten Vorstössen aus dem Landrat sowie dem Manifest Palliative Care hat der Regierungsrat mit Beschluss Nr. 0751 vom 30. April 2013 eine Arbeitsgruppe eingesetzt, welche in Übereinstimmung mit der Nationalen Strategie ein kantonales Konzept Palliative Care für den Kanton Basel-Landschaft erarbeiten soll. Das kantonale Konzept zur Palliative Care soll Aussagen zu folgenden Bereichen enthalten:

- Bestehende Leistungsaufträge
- Flächendeckendes Versorgungsnetzwerk für den Kanton Basel-Landschaft
- Qualitätssicherung
- Sensibilisierung der Bevölkerung
- Sensibilisierung der Fachpersonen
- Aus- und Weiterbildung

- Koordination der Angebote/Schnittstellen
- Finanzierung
- Freiwilligenarbeit
- Einbezug der Angehörigen

3 Bestandsaufnahme

Nachfolgend wird dargestellt, welche Wege unsere Nachbarkantone eingeschlagen haben, um die Palliative Care Versorgung für ihre Bevölkerung sicherzustellen. Anschliessend wird auch der Stand der Palliative Care Versorgung im Kanton Basel-Landschaft thematisiert. Es wird dargestellt, welche Massnahmen im Bereich der Palliative Care Versorgung im Kanton Basel-Landschaft bereits erfolgt sind und welche Lücken zurzeit noch bestehen.

3.1 Palliative Care Konzepte anderer Kantone

3.1.1 Kanton Basel-Stadt

Im Rahmen der Freizügigkeit im Spitalbereich können Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Basel-Landschaft auch die stationäre Versorgung im Kanton Basel-Stadt in Anspruch nehmen. Die Koordination und Vernetzung zwischen den beiden Kantonen wird über die Koordinationskonferenz zum Thema Palliative Care von Basel-Stadt sichergestellt, zu welcher Vertreter des Amtes für Gesundheit Basel-Landschaft eingeladen werden.

Das Palliative Care Konzept des Kantons Basel-Stadt¹⁴ hat zum Ziel, dass auf allen Ebenen und in sämtlichen 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 und alle Patientinnen und Patienten Zugang zu Palliative Care erhalten. Zu diesem Zweck sind folgende Massnahmen erforderlich: Verankerung von Palliative Care bei den stationären und ambulanten Leistungserbringern, Etablierung von Palliative Care Konsiliardiensten und Mobilien Palliative Care Teams sowie Sensibilisierung und Information der Bevölkerung.

Palliative Care findet mehrheitlich in der Grundversorgung statt, wo rund 80% der palliativen Fälle behandelt werden. Da der Aus- und Weiterbildungsstand in der Grundversorgung sehr unterschiedlich ist, muss in der palliativmedizinischen Grundversorgung nach Bedarf eine Unterstützung durch Palliative Care Konsiliardienste und Mobile Palliative Care Teams erfolgen. Hochkomplexe Situationen erfordern spezialisierte stationäre Angebote (Palliativzentrum Hildegard, Palliativstation im Clara-Spital). Auch im Universitätskinderspital beider Basel (UKBB) und in der Klinik REHAB Basel kommt

¹⁴ Palliativ Info Basel: http://www.palliativ-info-basel.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/PCB_Konzept.pdf

die spezialisierte Palliative Care zum Einsatz. In Einzelsituationen werden hochkomplexe Fälle auch Zuhause betreut, wenn die Finanzierung für einen stationären Aufenthalt nicht gewährleistet ist, oder wenn PatientInnen zwingend zuhause bleiben möchten. Manchmal fehlt auch eine geeignete Institution (z.B. bei jüngeren PatientInnen). Ehrenamtlich tätige Personen und Institutionen können in allen Situationen wichtige Unterstützung bieten. Palliative Care braucht das Know-how verschiedener Professionen wie Medizin, Pflege, Psychologie, Sozialarbeit und Seelsorge. Die Koordination dieser Dienste und die Planung der Schnittstellen sind dementsprechend von grosser Bedeutung.

Im Palliative Care Konzept von Basel-Stadt (2012/2013) wurden folgende Massnahmen festgehalten:

- Gezielte Schulungen der Ärztinnen und Ärzte sowie Mitarbeitern der Spitexorganisationen, Alters- und Pflegeheimen und Spitälern (das Bildungszentrum Gesundheit Basel-Stadt bietet gemeinsam mit dem Hildegard Hospiz multiprofessionelle Kurse zu Palliative Care an).
- Alters- und Pflegeheime, Spitexorganisationen und Spitäler wurden verpflichtet, ein Palliative Care Konzept einzuführen.
- Die Spitäler wurden verpflichtet, einen eigenen internen Palliative Care Konsiliardienst einzurichten oder eine Vereinbarung mit einem Partnerspital einzugehen.
- Aufbau eines Mobilen Palliative Care Teams (MPCT) als Unterstützung der ambulanten Versorgung zu Hause und in den Alters- und Pflegeheimen. Im März 2014 wurde das Pilotprojekt des Kantons Basel-Stadt gestartet. Das Aufgebot und die Koordination des MPCT erfolgen über die Anlauf- und Koordinationsstelle, die im Palliativzentrum Hildegard (PZHI) realisiert wurde. Die Kosten wurden zwischen dem Palliativzentrum Hildegard und dem Kanton aufgeteilt. Angesiedelt ist die Anlauf- und Koordinationsstelle im PZHI mit einer 20%-Stelle.

3.1.2 Kanton Solothurn

Der Kanton Solothurn strebt einen **einheitlichen Betreuungsplan für Schwerkranke** an. Damit soll die Behandlungskette bei unheilbar- und schwerkranken Menschen konstant aufrechterhalten werden. Er dient der vorausschauenden Umsetzung der 4 „S“ in Palliative Care und ist damit ein Hilfsmittel zur konkreten Umsetzung der Zielformulierungen der Nationalen Leitlinien Palliative Care.

Dieses Instrument wurde vom Verein palliative so¹⁵ gemeinsam mit der Gesellschaft der Ärztinnen und Ärzte, der Solothurner Spitäler AG und Unterstützung des Kantons sowie der Ärztekasse eingeführt. Um den Betroffenen ein bestmögliches Leben bis zum Tod zu ermöglichen, muss eine nahtlose Versorgung bis zum Lebensende gewährleistet werden. Häufig erleben Patientinnen und Patienten jedoch mehrere Übergänge von einer Institution in die nächste, wobei Lücken in der Behandlungskette entstehen können. Um dieses Problem anzugehen, hat palliative so einen Betreuungsplan entwickelt. Der Betreuungsplan wird in einem elektronischen Patientendossier abgelegt und wurde als Basisdokument für die interdisziplinäre Betreuung von Patientinnen und Patienten entwickelt. Er basiert

¹⁵ palliative so: www.palliative-so.ch

auf Konsens. Spitäler und Hausärzte/-ärztinnen erprobten damit ein zukunftsweisendes Schnittstellenmanagement. Durch die elektronische Führung der Krankengeschichte sind Pflegeberichte, ein Medikamentenplan und ein Kommunikationstool online ersichtlich. Es wird ein individuelles Betreuungs- und Behandlungskonzept in interprofessioneller Zusammenarbeit mit der Patientin oder dem Patienten und allen Betroffenen erarbeitet, indem die vorhandenen und vermutlich eintreffenden Beschwerden erfasst werden. In bestimmten Fällen kann dies Kosten- und Ressourceneinsparungen zur Folge haben, weil unnötige bzw. erneute Spitalaufenthalte und Doppelspurigkeiten vermieden werden können. Der Betreuungsplan begleitet Patientinnen und Patienten bei wiederholten Hospitalisationen oder dient als Basis für die weitere Betreuung zu Hause. Mit diesem Hilfsmittel wird gewährleistet, dass der Wille der Patientinnen und Patienten respektiert und die Behandlung vorausschauend diskutiert wird. Der Betreuungsplan beinhaltet neben medizinischen auch psychologische, soziale und spirituelle Aspekte.

Im Kanton Solothurn wird des Weiteren die Einführung eines **Mobilen Palliative Care Teams** diskutiert. Palliative so hat ein Konzept erarbeitet und ein Gesuch zur Anschubfinanzierung an den kantonalen Swisslos-Fonds gestellt. Längerfristig kann die Finanzierung nur durch einen Leistungsauftrag sichergestellt werden. Das Mobile Palliative Care Team soll eine überwiegend beratende Funktion im Sinne einer Second Line Organisation einnehmen. Die spezialisierte Beratung durch das Team zielt darauf ab, zur Vernetzung der verschiedenen Angebote im Kanton Solothurn beizutragen. Die Patientinnen und Patienten sollen damit eine optimale Unterstützung und mehr Lebensqualität erhalten – auch zu Hause oder im Heim. Notfalleinweisungen sollen damit vermindert werden. Gleichzeitig sollen die Übergänge (Ein- und Austritt) zwischen ambulanter und stationärer Betreuung erleichtert werden. Leistungserbringer der Grundversorgung (Spitex, Hausarzt/-ärztin, Alters- und Pflegeheime, Heimarzt/-ärztin), aber auch Betroffene und Angehörige sollen durch den mobilen Palliativdienst Unterstützung finden. Das Projekt „Mobiles Palliative Care Team“ umfasst zwei Teilprojekte. Einerseits wird seit dem 1. März 2016 in Kooperation mit der Krebsliga Solothurn eine telefonische Helpline betrieben, die im Sinne eines Zweitliniendienstes fachliche Beratung sowohl für Betreuungspersonen, wie auch direkt betroffene PatientInnen und Angehörigen bietet. Andererseits soll durch regionale Teams die Implementierung und Anwendung des Betreuungsplans umgesetzt werden.

Mit dem **Pilotprojekt, Stationäre Langzeit-Palliative Care für Erwachsene Kanton Solothurn** soll eine verbesserte Versorgung von jüngeren, „nichtgeriatrischen“ Menschen in Alters- und Pflegeheimen erreicht werden, welche eine deutlich eingeschränkte Lebenserwartung haben. In einer ersten dreijährigen Projektphase wird mit wenigen Pflegeplätzen an zwei Standorten (je einer in der Region Solothurn und Olten) gestartet. Je nach Erfahrungen und weiterem Bedarf soll das Angebot ausgebaut werden. Um eine professionelle Betreuung ermöglichen zu können, muss das Personal in den Alters- und Pflegeheimen weitergebildet werden. Der Kanton Solothurn hat aus dem Lotteriefond eine Anschubfinanzierung gesprochen. Damit soll vor allem die oben genannte Ausbildung des Personals

finanziert werden. Zusätzlich muss die Vorhalteleistung der beteiligten Heime finanziert werden. Auch dieses Projekt soll längerfristig in einen kantonalen Leistungsauftrag einfließen.

3.1.3 Kanton Aargau

Um der steigenden Nachfrage nach verbesserter palliativen Versorgung zu begegnen, hat das Gesundheitsdepartement 2012 eine Arbeitsgruppe gebildet, welche ein kantonales Palliative-Care-Konzept ausarbeitete¹⁶. Vertreten waren der Ärzteverband, der Hospizverein, die Akutspitäler, Alters- und Pflegeheime, Benevol Aargau, die Krebsliga, die Onko-Spitex, palliative Aargau, die Reformierte Landeskirche und der Spitex-Verband. Im Pilotprojekt war ein mobiler Palliativ-Dienst vorgesehen – doch dieser kommt nun nicht zustande. Schon im Februar hatte der Regierungsrat in der Antwort auf eine Interpellation im Grossen Rat festgehalten: "Die im Aufgaben- und Finanzplan 2015 - 2018 eingestellten Beträge reichen nicht aus". Konservativ geschätzt hätte das Pilotprojekt zwischen 3 und 3,5 Millionen Franken gekostet, im Finanzplan waren aber lediglich 1,9 Millionen vorgesehen. Aus diesem Grund wurde das Projekt reduziert, so dass nun "die Unterstützung von Weiterbildung für Fachpersonen und Freiwillige und die Etablierung einer Anlaufstelle Palliative Care" im Vordergrund steht.

Die Regierung schlägt ausserdem vor, das Projekt aus Swisslos-Geldern zu finanzieren und damit das ordentliche Budget zu entlasten. Dies ist allerdings umstritten. Problematisch sei insbesondere, dass die Beiträge jedes Jahr neu festgelegt würden, nicht im Voraus feststehe, wie gut der Swisslos-Topf gefüllt ist und diverse andere Interessenten ebenfalls Ansprüche stellen.

3.1.4 Kanton Jura

In der Region Jura gibt es einen kantonsübergreifenden, spitalexternen, mobilen Palliativdienst. Das mobile Palliative Care Team EMSP BEJUNE (**E**quipe **m**obile en **S**oins **P**alliatifs) der Kantone Bern (französischsprachiger Teil), Jura und Neuenburg handelt auf Anfrage von Gesundheitspersonal und unterstützt in schwierigen Situationen, welche eine spezialisierte Palliative Care erfordern. EMSP BEJUNE ist ein Partner des Palliativnetzwerkes der Region Bern, Jura und Neuenburg. Das Team bietet keine Pflege an sich und handelt nur mit Zustimmung des behandelnden Gesundheitspersonals. Das mobile Team ist telefonisch erreichbar und steht beratend zur Verfügung. Bei Bedarf unterstützt das mobile Team das Pflegepersonal/die behandelnden Ärzte/Ärztinnen auch im Spital, Zu Hause oder in Pflegeeinrichtungen. EMSP BEJUNE ist als nicht profitorientierter Verein organisiert und steht ein für die Förderung und Entwicklung der Palliativmedizin in den Kantonen NE, JU, und BE (Berner Jura). Mit dem mobilen Team soll die Verfügbarkeit eines spezialisierten Secondline-Dienstes gewährleistet werden¹⁷.

¹⁶ Aus einem Artikel von Fabian Hägler, Grenchner Tagblatt und Aargauer Zeitung vom 11.09.2015: <http://m.grenchnertagblatt.ch/aargau/kanton-aargau/kanton-will-palliative-care-aus-swisslos-geldern-finanzieren-129537467>

¹⁷ EMSP BEJUNE: www.emsp-bejune.ch

3.2 Konzepterarbeitung im Kanton Basel-Landschaft

3.2.1 Arbeitsgruppe und Datenerhebung

Die vom Regierungsrat (RRB 0751 vom 30. April 2013) eingesetzte Arbeitsgruppe wurde beauftragt, ein kantonales Palliative Care Konzept zu erarbeiten. Der Arbeitsgruppe gehörten Vertreter folgender Stakeholder an:

- Kantonsspital Baselland (KSBL)
- Psychiatrie Baselland (PBL)
- Vereinigung Nordwestschweizer Spitäler (VNS)
- Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB)
- Hospiz im Park
- Ärztesgesellschaft BL
- Verband der Basellandschaftlichen Gemeinden (VBLG)
- Verband der Baselbieter Alters-, Pflege- und Betreuungseinrichtungen (BAP)
- Spitex-Verband BL
- palliative bs+bl
- Krebsliga beider Basel
- Spitalexterne Onkologiepflege Baselland (SEOP BL)
- Reformierte und katholische Landeskirche/Spitalseelsorge; ökumenische Koordinationsstelle Palliative Care
- Patientenvertretung

In der Arbeitsgruppe arbeiteten zudem Vertreter der Volkswirtschaft- und Gesundheitsdirektion, des Amtes für Berufsbildung BL und der Finanz- und Kirchendirektion mit.

Die Arbeitsgruppe nahm im März 2013 ihre Tätigkeit auf. Für den ersten Arbeitsschritt, die Analyse des heutigen Angebots sowie die Erhebung allfälliger Lücken, wurden die Leistungserbringer in fünf Unterarbeitsgruppen aufgeteilt (1. Spitäler; 2. ambulante Leistungserbringer/niedergelassene Ärztinnen und Ärzte; 3. Alters- und Pflegeheime und Hospiz; 4. weitere ambulante Leistungserbringer z.B. Spitex und 5. Familienpflege/Angehörige/Laien). Nach ersten vorbereitenden Arbeiten wurde von der Steuergruppe ein Raster (Fragenkatalog) entworfen und von der Arbeitsgruppe verabschiedet. Dieses sollte eine weitgehend standardisierte Erhebung und Vergleichbarkeit ermöglichen. Im Sommer 2013 wurden mit Hilfe dieses Fragenkataloges Angaben zu den Bereichen Versorgung, Finanzierung, Qualitätssicherung, Aus- und Weiterbildung sowie Sensibilisierung ermittelt¹⁸. Ein punktuelles Update erfolgte im Sommer 2015.

¹⁸ Detaillierte Angaben sind im Anhang ersichtlich.

3.2.2 Versorgungssituation

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

In der innerkantonalen Versorgung bestehen zurzeit Leistungsaufträge des Kantons Basel-Landschaft im Bereich der Palliative Care mit folgenden Spitälern: Kantonsspital Baselland, Klinik Arlesheim und dem Hospiz im Park¹⁹. In der ausserkantonalen Versorgung bestehen Leistungsaufträge mit dem St. Claraspital und dem Palliativzentrum Hildegard²⁰.

Folgende Akteure und Institutionen im Kanton Basel-Landschaft engagieren sich bereits jetzt im Bereich Palliative Care:

Die SEOP Baselland

Die SEOP Baselland (Spitalexterne Onkologiepflege) ist ein mobiler Palliative Care Dienst (MPCD) und bietet eine spezialisierte Pflege am Ort der Wahl der PatientInnen an. Sie setzt sich ein für die Förderung und Verbesserung der Pflege von krebskranken und sterbenden Menschen und die Unterstützung der Angehörigen. Sie steht den Betroffenen mit Beratungen und gezielten Schulungen zur Seite. Direkte medizinisch-therapeutische Behandlungen oder pflegerische Begleitung der PatientInnen vor Ort werden nur in Ausnahmefällen erbracht. Um diese Ziele zu erreichen, arbeitet die SEOP mit den lokalen Spitexorganisationen sowie den behandelnden Ärzten und Ärztinnen zusammen. Das Pflegepersonal der SEOP ist im Bereich der Onkologie- und Palliativpflege geschult und verfügt über grosse Erfahrung. Das Pflorgeteam ist direkt ins Kantonsspital Baselland integriert, welches vom Förderverein SEOP BL ideell und finanziell unterstützt wird²¹. Es besteht zudem ein Leistungsauftrag durch den Kanton an das Kantonsspital Baselland. Von 1998 bis 2013 hatte die SEOP die Organisationsform einer Spitex, welche von ihrem Förderverein getragen wurde. Die SEOP wurde von der Spitex Region Liestal und der Krebsliga Baselland administrativ unterstützt. Durch den Anschluss an das Spital profitiert der MPCD nun von den Synergien mit den Spitalstrukturen. Dies wurde durch den Ausbau der Palliative Care Medizin und Pflege im Spital ermöglicht.

Gemäss des Berichtes „Mobile Palliative-Care-Dienste in der Schweiz – Eine Bestandsaufnahme aus der Perspektive dieser Anbieter“ (Wächter & Bommer 2014: 8)²² können sich die MPCD aufgrund ihrer Brückenfunktion, ihrer konsiliarischen Tätigkeiten und ihrer speziellen Aufgaben in der Palliativ-

¹⁹ Grundsätzlich gehört die Palliative-Care-Behandlung zur Basisversorgung aller Akutspitäler. Lediglich PatientInnen, die auf eine spezifisch palliative Behandlung angewiesen sind, sollen an einem Kompetenzzentrum für Palliative Care medizinisch versorgt werden.

²⁰ Spitalliste 2015, S. 6.

²¹ SEOP BL: <http://www.seopbl.ch/4682.html>

²² Wächter & Bommer (2014): „Mobile Palliative-Care-Dienste in der Schweiz – Eine Bestandsaufnahme aus der Perspektive dieser Anbieter“. Schlussbericht im Auftrag des BAG.

versorgung nicht aus den Erträgen ihrer Leistungen finanzieren. Die Autoren schreiben, dass dies nur durch explizite Leistungsaufträge der öffentlichen Hand und in vereinzelt Fällen über den Einbezug von Spendengeldern funktionieren würde.

Im Kanton Basel-Landschaft liegt die Patientenbeteiligung zurzeit bei maximal 8 Franken pro Tag (2014: 39). Die Finanzierung der SEOP BL basiert auf folgenden Säulen (2014: 50-51):

1. Abgeltung des Leistungsauftrags des Kantons an das Spital (GWL),
2. Ertrag aus Leistungen der Krankenversicherer,
3. Finanzierung aus den Erträgen des Spitals als Gesamtorganisation und Synergien mit den bestehenden Organisationsstrukturen,
4. Beiträge durch den angegliederten Förderverein.

Einen grossen Teil der Weiterbildungskosten wird über den Förderverein der SEOP finanziert (2014: 76). In Baselland übernimmt der MPCD auch pflegerische Aufgaben in der Nacht mit Einsätzen vor Ort. Das Angebot in der Grundversorgung wird von der SEOP als sehr heterogen und teilweise ungenügend eingeschätzt (2014: 59).

Kantonsspital Baselland (KSBL)

Eine Projektgruppe des Kantonsspitals Baselland begann im Oktober 2013 mit der Ausarbeitung von drei Palliative Care Konzepten. Es ging dabei um den Aufbau eines Konsiliardienstes, eines stationären sowie eines ambulanten Angebotes. Die drei Teilkonzepte sollten zu gegebener Zeit zu einem Gesamtkonzept unter Einbezug der SEOP zusammengefügt werden. Mittlerweile wurde bekannt, dass die Geschäftsleitung den Auftrag erteilt hat, einen internen Palliativ-Konsiliardienst einzurichten. Eine Palliativ-Station kann zurzeit nicht verwirklicht werden.

Hospiz im Park

Das Hospiz im Park wurde anfangs 2015 mit dem Label „Qualität in Palliative Care“ zertifiziert. Das Hospiz in Arlesheim mit öffentlichem Auftrag für Palliative Care steht erwachsenen Personen aller Versicherungsklassen offen. Das Hospiz im Park bietet zehn Zimmer für zehn PatientInnen, welchen ein interprofessionelles und multidisziplinäres Team zur Seite steht. Das Hospiz im Park bietet auch ambulante Sprechstunden an bei palliativmedizinischen Fragestellungen und für Beratungen, Konsil, sowie Zweitmeinungen. Die Leistungen können über die Krankenkasse abgerechnet werden. Schon seit längerer Zeit können Hausärzte und Hausärztinnen einen Behandlungsvorschlag oder ein Konsil für Palliativsituationen verlangen. Auch Pflegende können in ihrem Bereich punktuell beraten oder geschult werden – egal ob für PatientInnen zu Hause oder im Alters- und Pflegeheim²³. Um den Zugang zu Palliative Care zu verbessern, erfolgen diese Angebote möglichst niederschwellig. Nachdem

²³ 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 Kapazitäten spezielle Dienste zugezogen.

das Pflegepersonal des Alters- und Pflegeheims Hofmatt und des Alters- und Pflegeheims Frenkenbündten mit inhouse-Lehrgängen von SBK und Hospiz geschult wurde, intensivierte sich die Zusammenarbeit mit diesen Institutionen. Damit entstand die Idee von Kooperationsverträgen, welche die Grundwerte in der Zusammenarbeit regeln. Seitens des Hospiz wird eine gewisse Verfügbarkeit garantiert, die über die niederschweligen Angebote hinausgeht. Seitens der Alters- und Pflegeheime werden gewisse Strukturen und Kompetenzen vorausgesetzt, um das notwendige Versorgungsniveau zu gewährleisten. Dazu gehört beispielsweise ein Leitbild mit Bekenntnis zu Palliative Care sowie eine aktive Arbeitsgruppe im Bereich Palliative Care mit mindestens einem ärztlichen Mitglied. Pro 40 Bewohner muss mindestens eine Pflegefachperson mit dem Kompetenzniveau B1 zur Verfügung stehen. Der Konsiliardienst des Hospizes arbeitet immer als Zweitliniendienst, weshalb die Leitung der Behandlung immer beim Zuweiser verbleibt. Da die konsiliarischen Leistungen des Hospizes über die Krankenkassen abgerechnet werden können, entstehen den Bewohnern keine zusätzlichen Kosten. Mittlerweile konnten weitere Kooperationsverträge mit dem Alterszentrum Birsfelden und der Stiftung Blumenrain in Therwil abgeschlossen werden.

Im Jahr 2014 wurden insgesamt 238 SpitalpatientInnen betreut, wovon die meisten an einer Tumorerkrankung litten. Das Durchschnittsalter der Patientinnen und Patienten lag bei 75 Jahren, wobei der jüngste Patient erst 32 Jahre alt war. Der Grossteil der PatientInnen war allgemein versichert und stammte aus dem Kanton Basel-Landschaft (rund 70 %). Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer im Hospiz betrug sechs Tage.

Klinik Arlesheim (ehemals Ita Wegmann- und Lukas-Klinik)

Die Klinik Arlesheim hat einen kantonalen Leistungsauftrag für Palliative Care. Im Palliativbereich arbeitet ein interprofessionelles Team aus Ärztinnen und Ärzten, Pflegenden, Therapeuten, Care Management und bei Bedarf externen Seelsorgern. Alle Berufsgruppen sind sowohl in der Schulmedizin als auch der anthroposophischen Medizin ausgebildet.

Spezialisierte Spitexdienste

Der *Spitexdienst curavis* ist eine Stiftung des SBK, dem Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner. curavis arbeitet mit den Spezialdiensten der örtlichen Spitex (z.B. SEOP), den Spitexdiensten Baselland und Baselstadt, mit den Hausärzten und Hausärztinnen, den Hospizen, dem Begleitdienst der GGG voluntas und dem Roten Kreuz zusammen. curavis bietet ambulante Behandlung im Bereich der Palliative Care. Das Ziel von curavis ist es, die Betroffenen in der Palliativpflege fachkundig und ruhig mit Zuwendung und Achtung zu begleiten – auch bis zum Lebensende. Die Mitarbeiter von curavis leisten beispielsweise auch Nachtwachen in der palliativen Pflege.

Die *Kinderspitex Nordwestschweiz* übernimmt die bedarfsgerechte Pflege von Kindern und Jugendlichen in palliativen Situationen, welche im Kanton Basel-Landschaft wohnhaft sind.

palliative bs + bl

palliative bs + bl ist eine Sektion der Schweizerischen Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung (palliative ch) beider Basel. palliative bs + bl setzt sich ein für die Vernetzung zwischen regionalen Dienstleistungsanbietern im Bereich der Palliative Care sowie den Informations-, Erfahrungs- und Wissensaustausch unter Fachpersonen. Ein grosses Anliegen von palliative bs + bl ist die Verbesserung des Zugangs zu Palliative Care für Betroffene und deren Angehörige. Des Weiteren macht sich die Gesellschaft für die Sensibilisierung der Öffentlichkeit und die Verankerung von Palliative Care im regionalen Gesundheitswesen stark.

Palliative Care in den Landeskirchen Basellandschaft

Die Dimension der Spiritualität gehört zum Ansatz und Programm von Palliative Care. Die ökumenische Arbeitsgruppe hat ein Konzept Palliative Care in den reformierten und katholischen Landeskirchen ausgearbeitet. Als Massnahme wurde die Ökumenische Koordinationsstelle geschaffen. Die Aufgaben der Ökumenischen Koordinationsstelle sind die Initiierung und Stärkung der lokalen Netzwerke in der Palliative Care, die Unterstützung und Begleitung der Verantwortlichen in den Kirchgemeinden/Pfarreien, die Organisation der Bereitstellung von Freiwilligen, die Ausbildung von Freiwilligen und bei Bedarf die Vermittlung von Supervision. Seelsorgende gehören als fundiert ausgebildete Profis zum interdisziplinären Team in den Institutionen und der mobilen Palliative Care.

Die Koordinationsstelle ist vorerst auf zwei Jahre befristet (2015-2016) und wird mit einem Pensum von 20% von den beiden Theologinnen Judith Borter und Sarah Biotti geleitet.

Ehrenamtliche Tätigkeit im Bereich der Palliative Care

BENEVOL Baselland, die Fachstelle für Freiwilligenarbeit, vermittelt Freiwillige an das *Rote Kreuz Baselland*, welche Schwerkranke, demente und sterbende Menschen begleiten. Die freiwilligen Begleiterinnen und Begleiter leisten Hilfestellung und Unterstützung für die Betroffenen. Die Freiwilligen werden auf die anspruchsvolle Aufgabe vorbereitet, indem sie vorab einen Lehrgang „Passage“ für Begleiter/innen von Schwerkranken und deren Angehörigen bzw. einen Kurs zum Thema Demenz absolvieren. Auch die *GGG Voluntas (Basel-Stadt)* vermittelt und qualifiziert Freiwillige für den Begleitdienst von kranken und sterbenden Menschen. Die Freiwilligen entlasten die pflegenden Angehörigen indem sie stundenweise die Betroffenen zu Hause besuchen und gegebenenfalls sogar Nachtwachen anbieten. Die Freiwilligen von GGG Voluntas werden ebenfalls durch den Lehrgang „Passage“ auf die Begleitrolle vorbereitet und erhalten während des Einsatzes fachliche Unterstützung.

Freiwillige Helferinnen und Helfer sind beispielsweise feste Bestandteile des Palliativzentrums Hildegard in Basel. Sie spenden den schwerkranken Personen Zeit und führen mit ihnen Gespräche. Auch im Hospiz im Park in Arlesheim wird das multiprofessionelle Team von einer Gruppe Freiwilliger unterstützt.

Weitere Angebote

Es gibt im Kanton Baselland auch einige private Fachpersonen, welche im Bereich der Palliative Care ambulante Betreuung anbieten.

3.2.3 Handlungsbedarf

Grundsätzlich gibt es bereits 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. Gemäss der Arbeitsgruppe haben sich folgende offene Punkte herausgestellt:

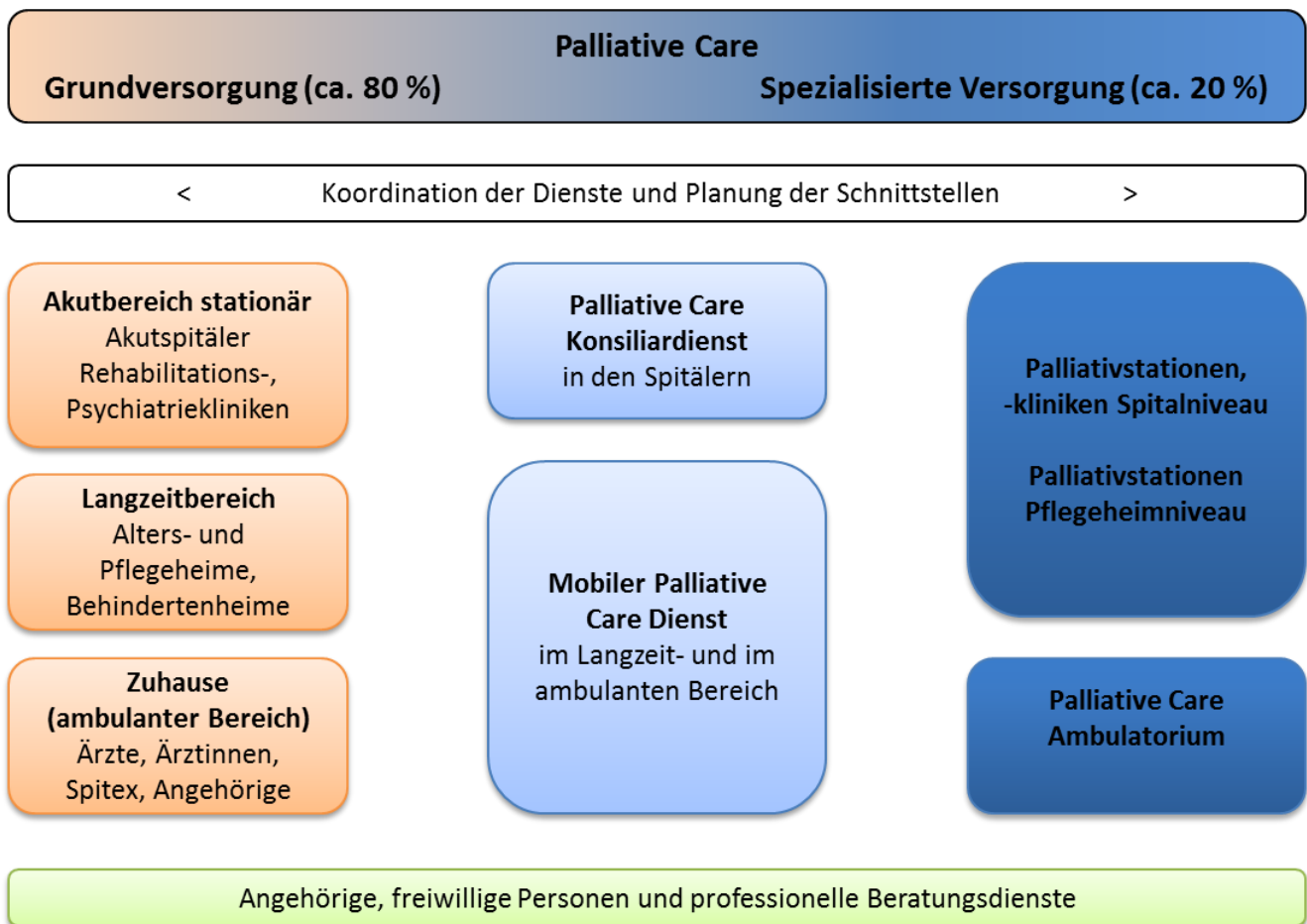
- Der rechtzeitige und gerechte Zugang zu Palliative Care muss sichergestellt sein.
- Es bestehen keine offiziellen, niederschweligen Anlaufstellen, bei denen sich Betroffene, Interessierte oder Fachpersonen über Behandlungsangebote informieren können (abgesehen von der Fachstelle palliative bs + bl). Die Organisation des „palliativmedizinischen Behandlungspaketes“ ist in der Regel den Betroffenen bzw. Angehörigen selbst überlassen.
- Patientinnen und Patienten, welche keine onkologischen Krankheiten aufweisen, haben erschweren 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 vorgesehen, enthält keinen eigenen ärztlichen Dienst). Es gibt nur begrenzte ambulante Angebote für Kinder (Kinderspitex NWS).
- In den Akutspitälern fehlen multiprofessionelle palliative Konsiliardienste, welche die Grundversorger fachlich unterstützen. Kein Akutspital in Baselland weist bisher eine Abteilung für spezialisierte Palliative Care auf (Palliativstation).
- Es fehlen allgemein zugängliche psychosoziale Unterstützungsangebote für PatientInnen 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 erschweren Zugang zu Palliative Care: Bei Hausärztinnen, Hausärzten und Pflegenden bestehen Wissensdefizite, unterstützende spezialisierte Teams (SEOP) werden nicht finanziert. Dies gilt explizit für die wachsende, besonders vulnerable Gruppe der Demenzkranken.
- Technisch bedingte Informationslücken der Behandelnden führen bei komplexkranken PatientInnen gehäuft zu Diskontinuität der Behandlung, Krisensituationen, ungewollten (Notfall-)

Hospitalisationen und damit zu Einbussen der Lebensqualität und zu erhöhten Kosten: Hilfreich wäre ein erleichterter Zugriff Behandelnder auf elektronische Patientendaten (eHealth).

- Psychosoziale Unterstützungsangebote für Patientinnen, Patienten und Angehörige sind nur punktuell verfügbar (Sozialdienste der Spitäler und Langzeitinstitutionen, Krebsliga für TumorpatientInnen, ALS-Vereinigung für ALS-Betroffene).
- 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 noch Lücken in der Regelung der Finanzierung Palliative Care Leistungen, da viele Leistungen (z.B. Koordinationsleistungen, spezialisierte Pflege in Langzeitinstitutionen) zurzeit nicht ausreichend vergütet werden.
- 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 und Angehörigen einbezogen, insbesondere im ambulanten und stationären Langzeitpflegebereich.
- Generell gibt es im Kanton Basel-Landschaft zu wenig spezifisch ausgebildetes Personal in Palliative Care und zu wenige Angebote für eine flächendeckende Palliative Care Ausbildung/Fortbildung. Es herrscht Unsicherheit über die Aufgaben und Kompetenzen der verschiedenen Berufsgruppen sowie der Freiwilligen. Gleichzeitig besteht Handlungsbedarf bezüglich der Sensibilisierung der Hausärztinnen und -ärzte sowie der Spitalärztinnen und -ärzte.

4 Palliative Care Konzept für den Kanton Basel-Landschaft (siehe Beilage)

Basierend auf die Bestandsaufnahme haben sich in Absprache mit der Arbeitsgruppe einige Bereiche herauskristallisiert, welche für eine umfassende Palliative Care Versorgung im Kanton Basel-Landschaft vermehrt ausgebaut werden sollten. Die Details der konkreten Massnahmen sind im Konzeptbeschrieb als Beilage einsehbar. Die anzustrebenden Strukturen lassen sich folgendermassen darstellen:

Grafik Konzept²⁴:*Versorgungsstrukturen***4.1 Sensibilisierung**

In der Nationalen Strategie Palliative Care 2013-2015 wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass Palliative-Care-Angebote nur erfolgreich sein können, wenn die Menschen wissen, was Palliative Care überhaupt bedeutet. Trotz verschiedener Kommunikationsaktivitäten seien der Begriff und die Angebote rund um Palliative Care vor allem in der Deutschschweiz noch wenig bekannt, stellen das BAG und die GDK fest²⁵. In der eher kurzen Zeitdauer seit dem Start der Nationalen Strategie im Jahre 2010 war es noch nicht möglich, die Bevölkerung für ein bis anhin fast unbekanntes Thema zu sensibilisieren, wobei überdies Sterben und Tod auch in der Schweiz nach wie vor als Tabuthemen gelten. Suizidhilfeorganisationen werden in erster Linie als Möglichkeit zur Wahrung der Selbstbestimmung am Lebensende wahrgenommen, während andere Möglichkeiten – wie unter anderem die Palliative Care – in der Bevölkerung nur wenig beachtet werden. Um einen selbstbestimmten, umfassenden Entscheid treffen zu können, braucht es das Wissen um die anderen Angebote – wie Palliativ-

²⁴ Darstellung von R. Widmer in Anlehnung an die Nationale Palliative Care Strategie des BAG.

²⁵ BAG und GDK (2012): Nationale Strategie Palliative Care 2013-2015. S. 37.

ve Care, Patientenverfügung und das Erkennen und Behandeln von Depressionen. Zu diesem Zwecke braucht es Massnahmen hinsichtlich der Sensibilisierung, insbesondere im Bereich der Information der Bevölkerung, aber auch der Information von Fachpersonen.

4.1.1 Sensibilisierung der Pflegepersonen, Spitalärztinnen und -ärzte sowie der Hausärztinnen und -ärzte

Das medizinische Fachpersonal der Grundversorgung ist meist die erste Anlaufstelle für gesundheitsrelevante Fragen, z.B. wenn sich jemand über Palliative Care informieren möchte. Fachpersonen müssen daher in der Lage sein, Beratungen bei Fragen zur Gestaltung der letzten Lebensphase zu leisten. Aus diesem Grund braucht es vermehrt Sensibilisierung, insbesondere da in der Fachwelt unterschiedliche Auffassungen davon herrschen, was Palliative Care beinhaltet. Zudem ist es wichtig, die Fachpersonen auch für kulturelle Unterschiede im Umgang mit dem Thema „Sterben und Tod“ zu sensibilisieren. Institutionen, welche im Palliative Care Bereich tätig sind, werden aufgefordert, den Schwerpunkt der internen Schulung dem Thema Palliative Care zu widmen und das Thema anschliessend in die formale Weiter- und Fortbildung zu integrieren.

4.1.2 Sensibilisierung der interessierten Öffentlichkeit

Das BAG und die GDK gehen davon aus, dass der Kenntnisstand bezüglich Palliative Care auch heute noch lückenhaft ist. Insbesondere im Bereich der praktischen Informationen über Palliative Care besteht ein grosser Bedarf, z.B. darüber, wer Palliative Care bezahlt oder erbringt und wo sie angeboten wird. Informationsbedarf besteht auch bezüglich der Möglichkeit einer Patientenverfügung, in welcher persönliche Wünsche und Bedürfnisse festgehalten werden²⁶. Im Idealfall können damit Notfallhospitalisationen und nicht gewünschte Interventionen verhindert werden. Durch eine Leistungsvereinbarung mit palliative bs + bl sowie einer kantonalen, jährlich stattfindenden Koordinationskonferenz zum Thema Palliative Care soll die Sensibilisierung verstärkt gefördert werden.

4.2 Versorgungsstrukturen

4.2.1 Palliative Care Konzepte in den Heimen, Spitälern und Spitexdiensten

Die meisten Spitäler, Heime und Spitexdienste verfügen über eigene Qualitätssicherungskonzepte. „qualivista“ verlangt beispielsweise von allen Alters- und Pflegeheimen bereits ein Palliative Care Konzept. Alle Leistungserbringer werden aufgefordert, entsprechende Palliative Care Konzepte zu erstellen (wenn dies noch nicht erfolgt ist), welche ab 2017 Voraussetzung für Leistungsaufträge der öffentlichen Hand sind.

²⁶ Die Ärztesgesellschaft Baselland hat gemeinsam mit dem Hospiz im Park und der VGD eine Baselbieter Patientenverfügung ausgearbeitet. Online verfügbar unter: <https://www.baselland.ch/fileadmin/baselland/files/docs/vsd/publ/patientenverfuegung-formular.pdf>

4.2.2 Palliativ-Konsiliardienst in den Spitälern

Das spezialisierte, interprofessionell arbeitende Team²⁷ 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 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, aber auch um fortgesetzte Beratung im Sinne einer Liaison-Tätigkeit handeln. Durch diese Dienste kann die Betreuung vor Ort verbessert und gegebenenfalls Entlassungen von Patientinnen und Patienten aus der Akutabteilung ermöglicht werden. Die Konsiliardienste ermöglichen gezielte Übernahmen von Patientinnen und Patienten auf Palliativstationen und erleichtern den Übergang zwischen der stationären und der ambulanten Betreuung. Palliativ-Konsiliardienste werden auf Anfrage/Anforderungen sowohl des pflegerischen als auch des ärztlichen Personals aktiv. Interne Palliativ-Konsiliardienste können je nach örtlicher oder geographischer Gegebenheiten auch ausserhalb der Krankenhäuser tätig werden (vgl. mobiler Palliativdienst). Gemäss EAPC²⁸ sollte pro 250 Betten in der Akutversorgung ein Palliativteam verfügbar sein.

Im Rahmen des Konzeptes werden die Spitäler der Grundversorgung verpflichtet, einen internen Palliativ-Konsiliardienst aufzubauen oder eine Vereinbarung mit einem Partnerspital einzugehen.

4.2.3 Mobiler, spitalexterner Palliativdienst (SEOP)

In erster Linie richtet sich das spezialisierte, interprofessionell arbeitende Team des mobilen Palliativdienstes²⁹ an die professionellen Betreuenden der Grundversorgung zu Hause und in Alters- und Pflegeheimen. Der Dienst ist beratend und anleitend tätig und bietet seine Erfahrung in Palliative Care auf dem Niveau der spezialisierten Palliativversorgung an. Gleichzeitig unterstützt das Team des mobilen Palliativdienstes die Übergänge zwischen der häuslichen Versorgung und dem Spital und ist damit der Drehpunkt des 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 der mobile Palliativdienst auch direkt an der Begleitung und Behandlungen einer Patientin oder eines Patienten beteiligt sein. Die primäre Zielgruppe sind daher professionelle Betreuende der Dienste vor Ort, beispielsweise die Grundversorger zu Hause, im Langzeitbereich oder je nach regionalen Bedingungen auch im Akutbereich (Hausärztinnen und Hausärzte, Pflegefachpersonen und anderes Pflegepersonal, Fachpersonen in der Betreuung, Sozialdienste etc.). Patientinnen und Patienten und deren Angehörige gehören somit zur sekundären Zielgruppe. Mobile Palliativdienste können den Patientinnen und Patienten ein länge-

²⁷ BAG, GDK und palliative ch (2012): Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz. 25-27, 38.

²⁸ European Association for Palliative Care

²⁹ BAG, GDK und palliative ch (2012): Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz. 28-29, 39.

res Verbleiben zu Hause oder im Alters- und Pflegeheim ermöglichen. Möglich sind dadurch auch frühere Entlassungen von Patientinnen und Patienten aus dem Akutspital. Das übergeordnete Ziel der mobilen Dienste ist es, die spezialisierte Expertise in Palliative Care im jeweiligen Umfeld verfügbar zu machen und die unterschiedlichen Bestandteile eines Palliativnetzes zu verbinden. Gemäss EAPC sollte pro 100'000 Einwohner mindestens ein mobiler Palliativdienst während 24 Stunden verfügbar sein.

Es ist daher ein mobiler Palliative Care Dienst einzurichten, welcher auf bestehenden Strukturen beruht und idealerweise sowohl die SEOP BL als auch Spitalärztinnen und -ärzte des Hospizes im Park, des KSBL und der Klinik Arlesheim miteinbezieht.

4.2.4 Zentrale Informationsstelle

Um einen mobilen Palliativ Care Dienst zu betreiben, braucht es eine Informationsstelle, welche die Unterstützungsleistungen organisiert und koordiniert. Zu den Aufgaben einer solchen Stelle gehören sämtliche Koordinationsleistungen: Beantwortung von Anfragen, Beratung von Institutionen und Privatpersonen, Aufgebot und Koordination des mobilen Palliativ Care Dienstes, Recherchearbeit, Rechnungsstellung usw. Die Stelle kann zudem für die Öffentlichkeitsarbeit (Schulungen, Vorträge, Besuche der Institutionen etc.) sowie für die Netzwerkarbeit zuständig sein. Durch den Aufbau einer offiziellen Informationsstelle³⁰ im Hospiz im Park im Laufe des Jahres 2017 soll auch die Koordination und Kommunikation unter den verschiedenen Leistungserbringern verbessert und verstärkt werden.

4.3 Weiter- und Fortbildung

Bereits heute sind entsprechende Angebote in der Region Basel vorhanden: Das BZG (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 (Bildungsebene A1). Das Hospiz im Park bietet in Zusammenarbeit mit dem SBK Berufsverband multiprofessionelle Lehrgänge auf Bildungsniveau A2 und B1 an. 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 alle Jahre verteilt). Dr. Heike Gudat, leitende Ärztin des Hospizes im Park, verfügt über den entsprechenden Lehrauftrag für Palliativmedizin. Palliativmedizinische Schulungen richten sich an alle Fachpersonen der ambulanten und stationären Grundversorgung sowie des Langzeitbereichs, welche regelmässig mit Palliativsituationen zu tun haben. Die Umsetzung liegt in der Verantwortung der jeweiligen Institutionen, wobei die Kosten Sache der Anbieter sind.

³⁰ Das Hospiz im Park ist bereits jetzt informell in diesem Bereich tätig.

4.4 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“³¹ 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 Massnahmen müssen zwingend den nationalen Qualitätskriterien entsprechen.

5 Diskussion

Im folgenden Kapitel wird argumentiert, weshalb die vorgeschlagenen Massnahmen für eine umfassende Palliative Care Versorgung im Kanton Basel-Landschaft zwingend notwendig sind und welche Probleme – insbesondere finanzieller Natur – dennoch bestehen bleiben.

5.1 Finanzierung

5.1.1 Potential von Palliative Care zur Kosteneffektivität im Gesundheitswesen

Investitionen in den Ausbau der Palliative Care Versorgung (insbesondere im ambulanten Bereich) sollten sich langfristig in einer Einsparung im öffentlichen Gesundheitswesen bemerkbar machen, wie diverse Studien zur Kosteneffektivität von Palliative Care zeigen. Gemäss einer Literaturanalyse des BAG³² aus dem Jahre 2011 weisen die 15 internationalen Studien zur Kosteneffektivität von Palliative Care darauf hin, dass mit Palliative Care Kosten im öffentlichen Gesundheitswesen eingespart werden können und gleichzeitig die Lebensqualität der Betroffenen verbessert werden kann: "Early integration of palliative care into management of patients with serious disease has the potential to both improve quality of life of patients and families and reduce healthcare costs"³³

Mit diesem Thema hat sich am 1. Februar 2016 auch die dritte Nationale Konferenz Gesundheit 2020 beschäftigt. Auf Einladung von Bundesrat Alain Berset und Regierungsrat Philippe Perrenoud, Präsident der Schweizerischen Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (GDK), wurde das Thema Überversorgung intensiv diskutiert. Es ging um die Frage, in welchen Bereichen unnötige Eingriffe vorgenommen werden, wo die Gründe dafür liegen und wie dieses Problem angegangen werden kann. Nicht notwendige oder gar kontraproduktive Therapien und Eingriffe setzen Patientinnen und Patienten unnötigen Risiken aus und verursachen insbesondere bei Menschen am Lebensende vermeidbares Leid. Zudem treiben sie die Gesundheitskosten in die Höhe. Die Experten sind sich einig, dass in der Schweiz Behandlungen vorgenommen werden, die etablierten medizinischen

³¹ BAG, GDK und palliative.ch (2012): Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz.

³² BAG (2011): Kosteneffektivität von Palliative Care Literaturanalyse.

³³ Melissa D. Aldrige et al. (2015): Education, implementation, and policy barriers to greater integration of palliative care: A literature review. *Palliative Medicine*. Auch diese Studie kommt zur Erkenntnis, dass Palliative Care sowohl auf das Wohlbefinden des Patienten/der Patientin, aber auch auf die Gesundheitskosten einen positiven Einfluss hat.

Guidelines widersprechen und nicht im Sinne der Patientin oder des Patienten sind. Überversorgung ist nicht zuletzt eine Folge von finanziellen Fehlanreizen.

Während kurative Massnahmen vielfach von der Krankenkasse bezahlt werden, ist die Finanzierung palliativer Leistungen nicht durchgehend gesichert. Steffen Eychmüller schreibt dazu: "Ökonomische Anreize bestimmen darüber, welchen Wert welche Intervention am Lebensende hat"³⁴. Weiter unterlegt Eychmüller seine Aussagen mit folgendem Beispiel: Durch das KVG sind medizinisch-invasive Massnahmen, beispielsweise in der Tumorthherapie oder Radiotherapie, heute bis zum Lebensende kostenmässig gedeckt. Menschen, die sich gegen solche medizinischen Interventionen entscheiden und lieber im gewohnten Umfeld Zuhause sterben möchten, sehen sich durch den Pflegeaufwand häufig mit erheblichen Kosten konfrontiert, für welche die Betroffenen selber aufkommen müssen. Diese Unterfinanzierung der ambulanten Versorgung von Schwerkranken steht in einem extremen Kontrast zur politischen Zielsetzung der Gesundheitsagenda 2020³⁵ des Bundesrats.

Fazit:

Hospitalisationen und Akutbehandlungen machen den grössten Anteil der Kosten am Lebensende insgesamt und insbesondere der von der öffentlichen Hand getragenen Kosten aus. Studien zeigen, dass mittels guter Palliative-Care-Versorgung im ambulanten Bereich Hospitalisationen vermieden werden. Zudem kann Palliative Care die Aufenthaltszeiten im Spital verkürzen und weniger Notfälle und Aufenthalte auf Intensivstationen zur Folge haben. Allerdings weisen die Studien auch darauf hin, dass mit dem Ausbau der ambulanten Versorgung zum Teil eine Verschiebung der Kosten hin zu den privaten Kostenträgern bzw. den Familien stattfindet. Die Studien wurden in Gesundheitssystemen durchgeführt, welche sich nicht gänzlich mit dem Schweizerischen System vergleichen lassen. Dennoch lässt die Eindeutigkeit der Ergebnisse den Schluss zu, dass auch im Kanton Basel-Landschaft Kosteneinsparungen durch die öffentliche Hand mit Hilfe von Palliative Care möglich sind.

5.1.2 Finanzierungsproblematik auf Ebene des Bundes

Das Bundesamt für Gesundheit stellte 2013 fest³⁶, dass einige Finanzierungsschwierigkeiten bestehen, welche wesentlich zu Problemen bei der Umsetzung eines umfassenden Palliative-Care-Angebotes sowohl in der Grundversorgung aber auch in der spezialisierten Palliative Care beitragen. Kosten für die Leistungen, soweit sie der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen (Art. 25 Abs. 1 KVG), werden von der obligatorischen Krankenversicherung übernommen. Eine kontinuierliche Pflege und die Anpassung der Behandlung an die raschen Veränderungen der

³⁴ Eychmüller, Steffen (2016): Über Werte und Kosten am Lebensende. CSS Magazin Im Dialog. Nur der Zweck heiligt die Mittel. Ausgabe 1/2016.

³⁵ Weitere Informationen zur Gesundheitsagenda 2020 unter: <http://www.bag.admin.ch/gesundheit2020/index.html?lang=de>

³⁶ Der ganze Abschnitt bezieht sich auf Unterlagen vom BAG und der GDK 2013: Finanzierung der Palliative-Care-Leistungen der Grundversorgung und der spezialisierten Palliative Care (ambulante Pflege und Langzeitpflege). S. 4-7.

Patientenbedürfnisse sind wichtige Bedingungen, um eine verantwortungsvolle und auch kostengünstige Betreuung sicherzustellen. In diesem Sinne wurde vom Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) der Artikel 7 der KLV angepasst. Seit Januar 2012 werden Koordinationsleistungen der Pflegefachpersonen in komplexen Situationen explizit im Leistungsteil der KLV aufgeführt.

Gewisse Probleme bleiben jedoch trotz dieser Anpassung bestehen, insbesondere an der **Schnittstelle ambulanter Bereich/Spitalbereich** (mit dem Risiko eines Unterbruchs der Pflegekette und der Informationsweitergabe). Besonders schwierig ist die Finanzierung bestimmter Leistungen von **Spitex-Organisationen**, wie z.B. die psychosoziale Unterstützung für die PatientInnen und ihre Angehörigen, besondere Massnahmen wie Präsenzzeiten, Nachtwachen, Trauerbesuche und die Zurverfügungstellung von Hilfsmitteln. Und dies, obwohl genau diese Leistungen einen direkten Einfluss auf die Pflege des Patienten/der Patientin haben. Aufenthalte in Akutspitälern könnten vermieden werden und Angehörige würden frühzeitig unterstützt. Wenn die Finanzierung dieser Leistungen jedoch nicht frühzeitig geregelt wird, hat dies für die PatientInnen und Angehörigen oft hohe Kosten zur Folge, worauf sich PatientInnen häufig für eine Hospitalisation entscheiden, um der Familie nicht zur Last zu fallen.

Auch in **Alters- und Pflegeheimen** trägt die Finanzierung dem nötigen Zeitaufwand für spezialisierte Palliative Care (z.B. in Krisensituationen, für Neueinschätzungen von instabilen Pflegesituationen und im Todesfall) aufgrund der zunehmenden Komplexität der Pflege der Bewohnerinnen und Bewohner nur ungenügend Rechnung. Dies kann dazu führen, dass in Alters- und Pflegeheimen der Zugang zu Palliative Care erschwert sein kann; z.B. wenn der Pflegeaufwand besonders intensiv ist, wenn der Einsatz von spezialisierten Fachpersonen in Palliative Care nötig ist oder wenn instabile und komplexe Krisensituationen am Lebensende auftreten. Dies hat einerseits negative Auswirkungen auf die Betroffenen in den Alters- und Pflegeheimen und kann andererseits dazu führen, dass Personen, welche eine spezialisierte Palliative Care benötigen, aufgrund mangelnder personeller und materieller Ressourcen gar nicht erst in Alters- und Pflegeheime eintreten dürfen. Auch in **Sozialinstitutionen** ist die Situation für Betroffene ähnlich wie in Alters- und Pflegeheimen.

Auch drei Jahre später, nachdem das Problem erkannt wurde, weisen Palliative Care Experten³⁷ noch immer auf die **problematische Finanzierung der Langzeitpflege** hin: Sie stellen klar, dass Pflegenden dort ihre Leistungen noch immer nicht korrekt abrechnen können; somit können Palliative Care Konzepte nicht richtig umgesetzt werden. Nebst den Nachteilen für die betroffenen Bewohner der Institutionen der Langzeitpflege ist dies auch für das Personal sehr belastend. Mit dem heutigen Standard können zwar die Pflege-, nicht aber die Palliative-Leistungen erbracht werden, da nicht genug Zeit

³⁷ Der folgende Abschnitt stammt aus einem Artikel der BAZ: Nadine A. Brügger: Langsam sterben ist Verlustgeschäft. Die Krankenkassen haben die Verträge zur Palliative Care mit den Spitälern gekündigt. 31.08.2015. Online verfügbar unter: <http://bazonline.ch/basel/stadt/langsam-sterben-ist-ein-verlustgeschaefst/story/19031298>

übrigbleibt, um auf die individuellen Bedürfnisse der PatientInnen oder deren Angehörigen einzugehen.

Bei **Spitälern** wurde ab dem 1.1.2016 anstelle einer Tages- eine Fallpauschale eingeführt – berechnet nach dem neuen Tarifsysteem SwissDRG 5.0. Jeder Spitalaufenthalt soll nun anhand von bestimmten Kriterien einer Fallgruppe zugeordnet und pauschal vergütet werden. Problematisch ist jedoch, dass der Palliative-Prozess meist sehr schwierig zu planen ist, da die Pflege am Lebensende in Aufwand und Dauer sehr individuell ist – PatientInnen werden so kaum ihrer Fallgruppe entsprechen. Bei nicht gedeckten Kosten müsse bei den Kassen um eine Verlängerung der Kostengutschrift angefragt werden, welche oft nur für 30 Tage ausgesprochen werde. Wenn PatientInnen länger leben, müssen Ärztinnen und Ärzte schriftlich begründen, weshalb die Palliative-Pflege weiterhin notwendig ist.

Während Spitäler 930 Franken täglich abrechnen können – was die Kosten noch immer nicht deckt –, sind es bei Alters- und Pflegeheimen maximal 400 Franken. Das aber auf der höchsten Pflegestufe. Grundsätzlich seien die Tarife zu tief angesetzt und zu unklar definiert, erklärt Richard Widmer, Präsident des Verbandes gemeinnütziger Basler Alterspflegeheime (VAP).

Die Kritiker sehen das Problem beim Bund, welcher nationale Gelder an die Kassen sprechen sollte, damit diese die Möglichkeit haben, besser zu reagieren. Die Nationale Palliative Care Strategie schreibt vor, dass jeder Mensch ein Recht auf Palliative Care hat – unabhängig vom Einkommen und der Versicherungsstufe. Dem Bund wird vorgeworfen, zu wenig zur Anschubfinanzierung für Institutionen, die Langzeit-Palliative-Care anbieten, beizutragen. Nur so könne die Basis dafür geschaffen werden, dass die Häuser auch über das Angebot verfügen, welches laut nationaler Strategie jedem Menschen am Ende zusteht.

5.2 Schlussfolgerungen

Um die bestehenden Lücken zu schliessen und die bestehenden Angebote zu koordinieren, werden im Konzept folgende Massnahmen vorgeschlagen: Sensibilisierung des Pflegepersonals, der Hausärztinnen und -ärzte, Spitalärztinnen und -ärzte sowie der interessierten Öffentlichkeit, die Einführung von Palliative Care Konzepten in den Institutionen aller Leistungserbringer (insofern noch nicht erfolgt), die Einrichtung von Palliativ-Konsiliardiensten in allen Spitälern (insofern noch nicht erfolgt), der Ausbau des mobilen Palliative Care Dienstes (SEOP BL) sowie der Aufbau einer Informationsstelle. Nicht zuletzt sind weitere Bemühungen im Bereich der Aus- und Weiterbildung notwendig. Sämtliche vorgeschlagene Massnahmen sind Bestandteil des kantonalen Konzeptes zur Palliative Care (siehe Beilage). Die Umsetzung der Massnahmen muss den nationalen Qualitätskriterien entsprechen.

Die Umsetzung des kantonalen Konzeptes ist gerade auch in Anbetracht der demografischen Entwicklung ein absolutes Muss. Mit der Umsetzung des Konzeptes lässt sich die Palliative Care Versorgung im Kanton Basel-Landschaft weiter aufbauen und besser koordinieren. Es liegt auf der Hand, dass ein kantonales Konzept keine nationalen Probleme im Alleingang lösen kann. Der Kanton Basel-Landschaft kann keine Finanzierungslücken füllen, welche auf Bundesebene gelöst werden sollten. Die Arbeitsgruppe Palliativmedizin des Bundes/der GDK arbeitet daran, insbesondere die Problematik um die Palliative Care Versorgung in Alters- und Pflegeheimen sowie gesamtschweizerische Finanzierungsprobleme zu lösen.

6 Finanzielle Auswirkungen für den Kanton Basel-Landschaft

6.1 Finanzielle Auswirkungen für den Kanton Basel-Landschaft

Bei der Umsetzung der Nationalen Strategie Palliative Care handelt es sich um einen Auftrag des Bundes und der GDK. Diesem Auftrag haben mittlerweile 22 Kantone Folge geleistet. Der Kanton Basel-Landschaft ist einer der letzten Kantone in der Umsetzung der Nationalen Strategie auf kantonalen Ebene. Die Abgeltung der Versorgungsleistungen ist im Krankenversicherungsgesetz, KVG, geregelt. Für die Koordinationsfunktion und die Umsetzung der Nationalen Strategie gibt es jedoch keine eigentliche gesetzliche Verankerung. Für den Kanton handelt es sich daher um eine neue, nicht gebundene Ausgabe.

Bei der Konzeptentwicklung hat sich gezeigt, dass neben der koordinierenden Funktion des Kantons sowie der Abgeltung von Leistungen der Spitalexternen Onkologiepflege, SEOP über die Gemeinwirtschaftlichen Leistungen (GWL), zwingend weitere finanzielle Unterstützungsleistungen seitens des Kantons insbesondere für die Errichtung einer Informationsstelle erforderlich sind. Dabei kann der Kanton auf bewährte Partner bei den Leistungserbringern und auf Drittmittel in der Höhe von jährlich CHF 35'000.- zählen und damit seine eigenen Ausgaben möglichst gering halten.

Die Umsetzung des Konzeptes hat für den Kanton Basel-Landschaft daher folgende finanzielle Auswirkungen:

Massnahme	Kosten
Jährlicher Beitrag an die Informationsstelle (50% des Gesamtvolumens)	CHF 35'000.-
Leistungsvereinbarung mit palliative bs + bl (Veranstaltungen und Website)	CHF 12'000.-
Kantonale Koordinationskonferenz alle 2 Jahre; jährliche Kosten	CHF 2'500.-
totale jährliche Kosten für den Kanton	CHF 49'500.-

Hierbei handelt es sich um jährlich wiederkehrende Kosten. Die Kosten werden über das reguläre Budget des Amtes für Gesundheit, Profitcenter P2214, abgewickelt. Budgetiert wurden die Ausgaben im Innenauftrag 501720 „Palliative Care Konzept BL“ in den folgenden Konti:

36350000 Beiträge an private Unternehmen BL

36310040 Beiträge an gemeinsame Institutionen mit anderen Kantonen.

Die Umsetzung des Konzeptes setzt voraus, dass die bisherigen Gemeinwirtschaftlichen Leistungen des Kantons an die SEOP BL mindestens in gleichem Umfang beibehalten werden. Diese haben in der aktuellen Periode von 2014-2016 CHF 200'000 p.a. betragen.

6.2 Ergebnis der finanzrechtlichen Prüfung

Die Finanz- und Kirchendirektion hat die Vorlage gemäss § 36 Abs. 1 lit. c des Finanzhaushaltsgesetzes geprüft und stellt fest, dass die Grundsätze der Haushaltsführung und die Kompetenzordnung eingehalten sind.

7 Weiteres Vorgehen

Die Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion wird die Umsetzung der kantonalen Palliative Care Strategie verfolgen und dokumentieren. Die Thematik rund um Palliative Care wird am zweijährlich stattfindenden Palliative Care Vernetzungstreffen des Kantons aufgegriffen. Dieses Treffen dient neben der Vernetzung auch dem Austausch zwischen den verschiedenen Akteuren im Palliative Care Bereich. Dieser Rahmen bietet des Weiteren die Möglichkeit, zu überprüfen, ob die formulierten Massnahmen fortlaufend umgesetzt werden, wo stärkere Bemühungen notwendig sind oder in welchen Bereichen das Konzept gegebenenfalls angepasst werden müsste. Es ist vorgesehen, die neu geschaffene Informationsstelle zu evaluieren.

8 Anträge des Regierungsrates an den Landrat

1. Der Landrat nimmt das Kantonale Konzept Palliative Care zustimmend zur Kenntnis.
2. Die Postulate [2008-235](#) und [2012-366](#) werden als erfüllt abgeschrieben.

Beilage: Konzept Palliative Care

Liestal, 28. Juni 2016

Im Namen des Regierungsrates

Der Präsident:

Anton Lauber

Der Landschreiber:

Peter Vetter

Quellenverzeichnis

Aldrige, Melissa D.; **Hasselaar**, Jeroen; **Garralda**, Eduardo; **van der Eerden**, Marlieke; **Stevenson**, David; **McKendrick**, Karen; **Centeno**, Carlos und Diane E. **Meier** (2015): Education, implementation, and policy barriers to greater integration of palliative care: A literature review. *Palliative Medicine*, März 2016, Vol.30, Nr. 3, 224-239.

BAG: Forum Bildung und Arbeitswelt. Gesundheitspolitik. Online verfügbar unter: <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13764/13772/13791/index.html?lang=de>. (Stand 19.10.2015).

BAG: Neue Plattform für Palliative Care lanciert. Online verfügbar unter: <http://www.bag.admin.ch/dokumentation/medieninformationen/01217/index.html?lang=de&msgid=57455> . (Stand 19.10.2015).

BAG (15.09.2011): Kosteneffektivität von Palliative Care. Literaturanalyse: Online verfügbar unter: <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13764/13777/14629/index.html?lang=de> (Stand 26.02.2016).

BAG: Gesundheit 2020. Online verfügbar unter: <http://www.bag.admin.ch/gesundheit2020/index.html?lang=de>. (Stand 12.02.2016).

Binder, Judith und Lea **von Wartburg** (2009): Nationale Strategie Palliative Care 2010-2012. Bern: *BAG und GDK*. Online verfügbar unter: <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13764/13778/index.html?lang=de>. (Stand 26.02.2016).

Binder, Judith und Lea **von Wartburg** (2010): Nationale Leitlinien Palliative Care. Bern: *BAG und GDK*. Online verfügbar unter: <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13764/13778/index.html?lang=de> . (Stand 26.02.2016).

Brügger, Nadine A. (31.08.2015): Langsam sterben ist Verlustgeschäft. Die Krankenkassen haben die Verträge zur Palliative Care mit den Spitälern gekündigt. *Basler Zeitung*. Online verfügbar unter: <http://bazonline.ch/basel/stadt/langsam-sterben-ist-ein-verlustgeschaeft/story/19031298>. (Stand 26.02.2016).

Eychmüller, Steffen (2016): Über Werte und Kosten am Lebensende. *CSS Magazin Im Dialog. Nur der Zweck heiligt die Mittel*. Ausgabe 1/2016.

Eychmüller, Steffen; **Coppex**, Pia und Lea **von Wartburg** (2012): Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz. Bern: *GDK, BAG, palliative ch*. 25-27, 38. Online verfügbar unter: <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13764/13768/13785/?lang=de>.
(Stand 26.02.2016).

Fankhauser Zenhäusern, Pia (2008): "Palliativmedizin in ein Konzept einbetten – Sterben in Würde ermöglichen". Postulat im Landrat Kanton Basel-Landschaft. (2008-235). Online verfügbar unter: <https://www.baselland.ch/fileadmin/baselland/files/docs/parl-lk/vorstoesse/2008/2008-235.pdf>.
(Stand 26.02.2016).

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*. Online verfügbar unter: <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13764/13771/13789/?lang=de>.
(Stand 26.02.2016).

Hägler, Fabian (11.09.2015): Kanton will Palliative Care aus Swisslosgeldern finanzieren. *Grenchner Tagblatt und Aargauer Zeitung*. Online verfügbar unter: <http://m.grenchnertagblatt.ch/aargau/kanton-aargau/kanton-will-palliative-care-aus-swisslos-geldern-finanzieren-129537467>.
(Stand 26.02.2016).

Kanton Basel-Landschaft (1.1.2016): Spitalliste.
Online verfügbar unter: http://bl.clex.ch/frontend/annex_document_dictionaries/1470.
(Stand 26.02.2016).

Kanton Basel-Landschaft, Ärztesgesellschaft Baselland und Hospiz im Park: Patientenverfügung.
Online verfügbar unter: <https://www.baselland.ch/fileadmin/baselland/files/docs/vsd/publ/patientenverfuegung-formular.pdf>.
(Stand 26.02.2016).

Müller, Marie-Therese (2012): "Palliative Care". Postulat im Landrat Kanton Basel-Landschaft (2012-366). Online verfügbar unter:

<https://www.baselland.ch/fileadmin/baselland/files/docs/parl-lk/vorstoesse/2012/2012-366.pdf>.

(Stand 26.02.2016).

palliative ch: Palliative Kongresse 2015. Online verfügbar unter:

<http://de.palliative-kongresse.ch/2015/>. (Stand 26.02.2016).

Palliativ Info Basel: Konzept "Palliative Care im Kanton Basel-Stadt". Umsetzung Stand Oktober 2013. Online verfügbar unter:

http://www.palliativ-info-basel.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/PCB_Konzept.pdf.

(Stand 26.02.2016).

palliative so: www.palliative-so.ch. (Stand 26.02.2016).

SEOP BL (Spitalexterne Onkologiepflege Baselland): <http://www.seopbl.ch>. (Stand 26.02.2016).

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*. Online verfügbar unter:

<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13764/13778/index.html?lang=de>.

(Stand 26.02.2016).

Wächter, Matthias und Angela **Bommer** (2014): „Mobile Palliative-Care-Dienste in der Schweiz – Eine Bestandesaufnahme aus der Perspektive dieser Anbieter“. Schlussbericht im Auftrag des BAG. *Hochschule Luzern*. Online verfügbar unter:

<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13764/13778/index.html?lang=de>.

(Stand 26.02.2016).

Anhänge

Ist-Erhebung 2013

Nach ersten vorbereitenden Arbeiten wurde von der Steuergruppe ein Raster (Fragenkatalog) entworfen und von der Arbeitsgruppe verabschiedet. Dieses sollte eine weitgehend standardisierte Erhebung und Vergleichbarkeit ermöglichen. Im Sommer 2013 wurden mit Hilfe dieses Fragenkataloges Angaben zu den Bereichen Versorgung, Finanzierung, Qualitätssicherung, Aus- und Weiterbildung sowie Sensibilisierung ermittelt³⁸:

Thema Versorgung

Gibt es einen 24-Stunden-Dienst, welcher die Erreichbarkeit rund um die Uhr gewährleisten kann? Stehen bei Einsätzen ausserhalb der üblichen Arbeitszeiten Fachpersonen mit spezialisierten Kenntnissen zur Verfügung?

Gibt es flächendeckende Angebote?

Ist der Zugang zu den Patientendaten rund um die Uhr möglich? In welcher Form werden die Daten an andere Behandelnde weitergegeben?

Welche Fachgruppen stehen den Institutionen zur Verfügung?

Wie wird der Informationsfluss sichergestellt bzw. welche Schnittstellen mit anderen Anbietern ergeben sich?

Thema Finanzierung

Welche Kosten fallen für die Leistungsbezüger an? Gibt es allfällige Deckungslücken?

Wie werden Kosten von Koordinationsleistungen vergütet?

Gibt es Leistungsvereinbarungen oder Spenden?

Thema Qualitätssicherung

Gibt es Institutionen/Organisationen mit spezialisierten Angeboten und erfüllen diese die Kriterien der Nationalen Strategie?

Wie wird die Qualität intern und extern gesichert bzw. kontrolliert?

Thema Aus- und Weiterbildung

Wie ist das Bildungsniveau der Mitarbeitenden?

Gibt es strukturierte Angebote der Institutionen bezüglich der Weiterbildung?

³⁸ Die Angaben des IST-Zustandes wurden bis Sommer 2013 erhoben. Ein punktuelles Update wurde in den Bericht eingearbeitet.

Haben die Mitarbeiter Zugang zu diesen Angeboten und wie werden diese finanziert?

Bestehen validierte Angebote im Bereich der Fortbildungen?

Thema Sensibilisierung

Organisieren die Institutionen/ Organisationen Anlässe zur Sensibilisierung und Information der Bevölkerung bezüglich Palliative Care, oder nehmen sie an solchen Anlässen teil?

Resultate

Die Resultate wurden in den Untergruppen gebündelt und im Sinne einer Aufzählung unter die einzelnen Themen zusammengefasst (Tabelle im Anhang).

Thema Versorgung

Spitäler, Stationäre Versorgung (Untergruppe 1a)

Die SEOP BL hat keine spezialisierte ärztliche Notfallereichbarkeit. Im USB (Universitätsspital Basel) leidet die Sicherstellung der Versorgung unter den unterschiedlichen Personalbeständen und Palliative-Care-Kompetenzen in den Abteilungen. Im KSBL, am Standort Liestal, ist die Versorgung für ambulante Patienten auch nachts und an Wochenenden gewährleistet. Der Zugang zu den Patientendaten gestaltet sich allerdings schwierig. Die Abgrenzung der Kompetenzen der unterschiedlichen Berufsgruppen im Bereich der Palliative Care ist häufig unklar. Genauso herrscht Unklarheit über die Verfügbarkeit und die Aufgaben von Freiwilligen. Bisher gibt es noch keinen standardisierten Informationsaustausch und kein einheitliches Konzept oder definiertes Netzwerk.

Spitäler, spezialisierte Medizin (Untergruppe 1b)

Der Zugang für Patienten ist erschwert, da 1/3 der Patienten aus Eigeninitiative kommen. Die meisten werden nicht vom behandelnden Arzt/Ärztin auf die Angebote hingewiesen. Dies betrifft insbesondere jene Patienten, die nicht an Tumoren leiden. Eine elektronisch verfügbare, gemeinsame ärztliche und pflegerische Krankengeschichte wäre wünschenswert, ist aber nicht finanzierbar. Dasselbe gilt für die hausinterne psychologische Beratung bzw. Begleitung der Angehörigen durch PsychologInnen. Die Stellenprozentage bei der Ärzteschaft sind sehr knapp bemessen. Auch ein eigener Sozialarbeiter/Sozialarbeiterin wäre erwünscht, ist aber finanziell nicht möglich. Die Physiotherapie wird durch einen externen, seit Jahren spezialisierten Betrieb abgedeckt. Eine gemeinsame Patientenbesprechung mit den bisherigen oder künftigen Betreuern ist häufig erschwert oder gar nicht möglich (Mangel an Zeit und Finanze-

rungsmöglichkeiten). Die Lukas Klink (LK; neu: Klinik Arlesheim) verfügt über kein definiertes Netzwerk.

Stationäre Langzeitpflege (Untergruppe 1c)

Das Angebot an Physiotherapie und Aktivierung ist zu gering; es gibt auch keine Ergotherapie. Eine engere Zusammenarbeit mit der Spitex und den Alters- und Pflegeheimen (APH) wird gewünscht. Gut wären allenfalls schnellere Übernahmen, denn infolge Kapazitätsengpässen warten viele Patienten Wochen bis Monate auf einen Platz im APH. Häufig erreichen die Patienten bereits das Terminal-Stadium oder kommen in eine palliative Situation, in der eine Verlegung nicht mehr sinnvoll ist.

Der BAP weist darauf hin, dass in Kleinst-Institutionen Lücken bestehen können. Die Zusammenarbeit zwischen der Pflege und den Hausärzten/Hausärztinnen stellt immer wieder eine Herausforderung dar. Insbesondere weil das Wissen und die Ansichten zu Palliative Care oft unterschiedlich sind und ein interdisziplinärer Ansatz erforderlich ist. Mit vielen Hausärzten/Hausärztinnen ist die Zusammenarbeit hingegen sehr gut; dennoch gibt es Lücken. Handlungsbedarf besteht bei den Schnittstellen mit anderen Anbietern im Sinne eines Case Managements.

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte (Untergruppe 2a)

Mit der SEOP BL ist die Kommunikation zum Teil unbefriedigend. Die SEOP muss in der jetzigen Form mit ihrer grossen Autonomie erhalten bleiben. Dies einerseits, damit die Patienten zu ihren Schmerzmitteln kommen, andererseits damit die Arbeitszufriedenheit der äusserst engagierten SEOP-Pflegefachfrauen erhalten bleibt. Ein klar strukturierter Palliativ Care Konsiliardienst wäre wünschenswert. Die Verlegung von Palliativpatienten aus dem Spital, insbesondere in der End-of-life-Situation, ist häufig unbefriedigend. Es besteht der Eindruck, dass dies seit der Einführung der DRGs deutlich zugenommen hat. Die Kliniker scheinen häufig mit der Umstellung vom kurativen zum palliativen Setting überfordert: Häufig fehlen Überweisungsberichte oder es wird zu wenig mit der Spitex und der SEOP abgesprochen und koordiniert. Durch Fehleinschätzungen im Spital kommt die Palliativpflege zu spät; Patienten sind häufig schon moribund. Laufende, indizierte Therapien werden vor dem Verlegungstransport abgebrochen (Infusionen) und müssen notfallmässig reinstalled werden.

Ambulante Leistungserbringer (Untergruppe 2b)

Der Zugang zu Patientendaten geschieht durch Verlegungsrapporte aus den Spitälern. Es gibt Case-Managerinnen für spezielle Situationen, da bei Hausärzten/Hausärztinnen häufig das Fachwissen fehlt. Die gemeinnützigen Spitex-Organisationen sind bereit, die Palliative-Care-

Versorgung anzubieten bzw. zu übernehmen. Soweit fehlen aber verbindliche Richtlinien, Strukturen und Netzwerke.

Familienpflege / Angehörige / Laien (Untergruppe 3)

Die sofortige Erreichbarkeit ist nicht garantiert und der Zugang zu Patientendaten wird gelegentlich bei Spitaleintritt nicht erfragt. Bezüglich des Freiwilligenbereiches besteht noch Ausbaupotential.

Thema Finanzierung

Spitäler, Stationäre Versorgung (Untergruppe 1a)

Das DRG-System erfasst keine Symptome und ist daher ungeeignet für Palliativpatienten. Die Palliativ-Tagessätze sind unzureichend und es gibt kein CHOP (Behandlungscode) für Komplementärmedizin. Bei der SEOP ist problematisch, dass die Wegzeiten nicht vergütet werden. Bei der Ita-Wegmann Klinik (IWK; neu: Klinik Arlesheim) erfolgt die Abrechnung nicht über Palliativ-Tagessätze, da diese die Kosten bei weitem nicht decken. Die PBL weist darauf hin, dass die gemeinwirtschaftlichen Sätze unzureichend sind. Koordinationsleistungen werden nicht finanziert.

Spitäler, spezialisierte Medizin (Untergruppe 1b)

Das Hospiz im Park stellt Folgendes fest: Ausserkantonale Kostengutsprachen sind teilweise problematisch (insbesondere Kanton AG). Bei komplex kranken Patienten bewährt sich eine Visite bei den Vorbehandelnden, um Fehler an den Schnittstellen zu minimieren. Pro betroffenen Patienten entsteht ca. 1-2h Aufwand vor der Hospitalisation (und ist damit nicht abrechenbar). Dieser Beitrag an Lebensqualität und Fehlerminimierung wird nicht vergütet. Es benötigt jeweils Einzelverhandlungen mit den Krankenkassen, da kein nationaler Tarif für spezialisierte Palliative Care vorhanden ist. Auch die Klinik Arlesheim stellt fest, dass es kein CHOP für Komplementärmedizin gibt, dass die Palliativ-Tagessätze unzureichend und die DRG-Sätze für Palliativpatienten nicht geeignet sind. Es gibt keine gesonderte Vergütung von Koordinationsleistungen.

Stationäre Langzeitpflege (Untergruppe 1c)

Psychiatrie Baselland: Der gesprochene Betrag bei den Gemeinwirtschaftlichen Leistungen (GWL) seitens des Kantons BL im Jahr 2013 deckt die eigentlichen Kosten nicht. Eine Leistungsvereinbarung für Palliative Care fehlt.

Der BAP weist darauf hin, dass in den letzten Lebenstagen in der Regel ein grosser Mehraufwand entsteht, der nicht entschädigt wird. Angehörigengespräche sind keine Pflegeleistungen. Für eine Erhöhung der Pflegestufe braucht es eine 7-tägige Beobachtungsphase; terminale Situationen sind aber meist eher kürzer. Einmalige Leistungen können von der Langzeitpflege nicht verrechnet werden, auch wenn sie in palliativen Situationen sehr aufwändig sind.

Ambulante Leistungserbringer (Untergruppe 2b)

(Sehr heterogene Befragungsgruppe, daher z.T. widersprüchliche Aussagen)

Die Nachtbetreuung muss durch den Klienten übernommen werden. Es gibt eine übergeordnete geklärte Finanzierung für die Koordinationsleistungen der Leistungserbringer sowie für das Case Management. Diese ist jedoch nicht immer bekannt oder wird nicht immer angewendet. Es gibt im ambulanten Bereich ein Kostendach bei hohen Leistungsstunden. Nicht verrechnet werden können die effektiven Wegzeiten, Fallbesprechungen, zum Teil Telefonate mit Angehörigen und Fachgruppen, Umstellung der Einsatzplanungszeiten, sowie schriftliche oder telefonische Bekanntgabe der Einsatzzeiten. Die Spezialdienste bräuchten pro Gemeinde eine Leistungsvereinbarung, dies ist bei 86 Gemeinden aber fast unmöglich zu erreichen.

Familienpflege / Angehörige / Laien (Untergruppe 3)

Es ist keine Vernetzung mit den Behörden bezüglich der Finanzierung von Koordinationsleistungen vorhanden.

Thema Qualitätssicherung

Spitäler, Stationäre Versorgung (Untergruppe 1a)

Die SEOP hat Zugang zu einem Palliativmediziner für Fallbesprechungen und für den konsiliarischen Beizug. Das USB weist Lücken bezüglich der Qualitätssicherung in der Palliative Care auf. Auch im KSBL fehlt es an spezifisch ausgebildetem Personal in Palliative Care. Einzelne Personen sind in Ausbildung.

Spitäler, spezialisierte Medizin (Untergruppe 1b)

Unbrauchbare Vorgaben der offiziellen Stellen, beispielsweise des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ).

Ambulante Leistungserbringer (Untergruppe 2b)

Es gibt Palliativmediziner für Fallbesprechungen und für konsiliarischen Beizug. Palliative Care ist aber in keinem Vertrag ein explizit erwähnter und geregelter Bestandteil.

Familienpflege / Angehörige / Laien (Untergruppe 3)

Interne Prozesse sind nicht obligatorisch, es gibt keine externe Überprüfung.

Thema Aus- und Weiterbildung

Spitäler, Stationäre Versorgung (Untergruppe 1a)

Das UKBB bietet keine flächendeckende Palliative Care-Ausbildung an. Auch das USB verfügt nicht über eine strukturierte und flächendeckende Expertise; ein spezifisches Bildungsangebot besteht nicht. In der Klinik Arlesheim sind ebenfalls kaum formelle Palliative Care-Kompetenzen vorhanden. Zurzeit fehlen Mitarbeiter mit Palliative Care-Ausbildung in der PBL.

Spitäler, spezialisierte Medizin (Untergruppe 1b)

Es existieren kaum valable Fortbildungsangebote in der Region. Die Finanzierung der regelmässigen, meist externen, spezialisierten Fortbildung der MitarbeiterInnen des Hospizes im Park ist nicht geregelt bzw. erfolgt über die Stiftung. Die Finanzierung von Weiterbildungsstellen wird durch die hauseigene Förderstiftung sichergestellt.

Stationäre Langzeitpflege (Untergruppe 1c)

In der PBL gibt es vorerst keine Anstellung einer Mitarbeiterin/eines Mitarbeiters mit einem Masterabschluss in Palliative Care.

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte (Untergruppe 2a)

Es werden mehr Weiterbildungsangebote zur Palliative Care gewünscht (nicht nur Schmerz) im Rahmen grosser Fortbildungen mit strukturierten Programmen (also nicht als isoliertes Angebot).

Familienpflege / Angehörige / Laien (Untergruppe 3)

Palliative Care läuft allgemein unter diakonischen Aufgaben.

Thema Sensibilisierung

Spitäler, spezialisierte Medizin (Untergruppe 1b)

Regelmässige Einzelberatungen (ca. 60 pro Jahr) durch die Pflegedienstleitung (PDL) werden *nicht* von den Krankenkassen vergütet. Eine allgemein bekannte, niederschwellige Beratungsstelle für Betroffene fehlt in BL (und BS). Es besteht Interesse, dies im Hospiz im Park anzubieten. Dort gibt es heute schon eine regelmässige Beratungstätigkeit, wobei ein möglichst langer Verbleib am Ort der Wahl (im Allgemeinen zu Hause) unterstützt wird.

Stationäre Langzeitpflege (Untergruppe 1c)

Der BAP wünscht sich eine stärkere Vernetzung mit anderen Leistungserbringern.

Weitere Themen

Stationäre Langzeitpflege (Untergruppe 1c)

Der BAP hält fest, dass geprüft werden soll, ob in den Institutionen bereits eine Ansprechperson zum Thema Palliative Care definiert ist, oder noch definiert werden muss.

Ambulante Leistungserbringer (Untergruppe 2b)

Fehlendes Fachwissen wird bei Hausärztinnen und Hausärzten häufig festgestellt.

Palliative Care Konzept für den Kanton Basel-Landschaft

Version 13. Juni 2016

Definition

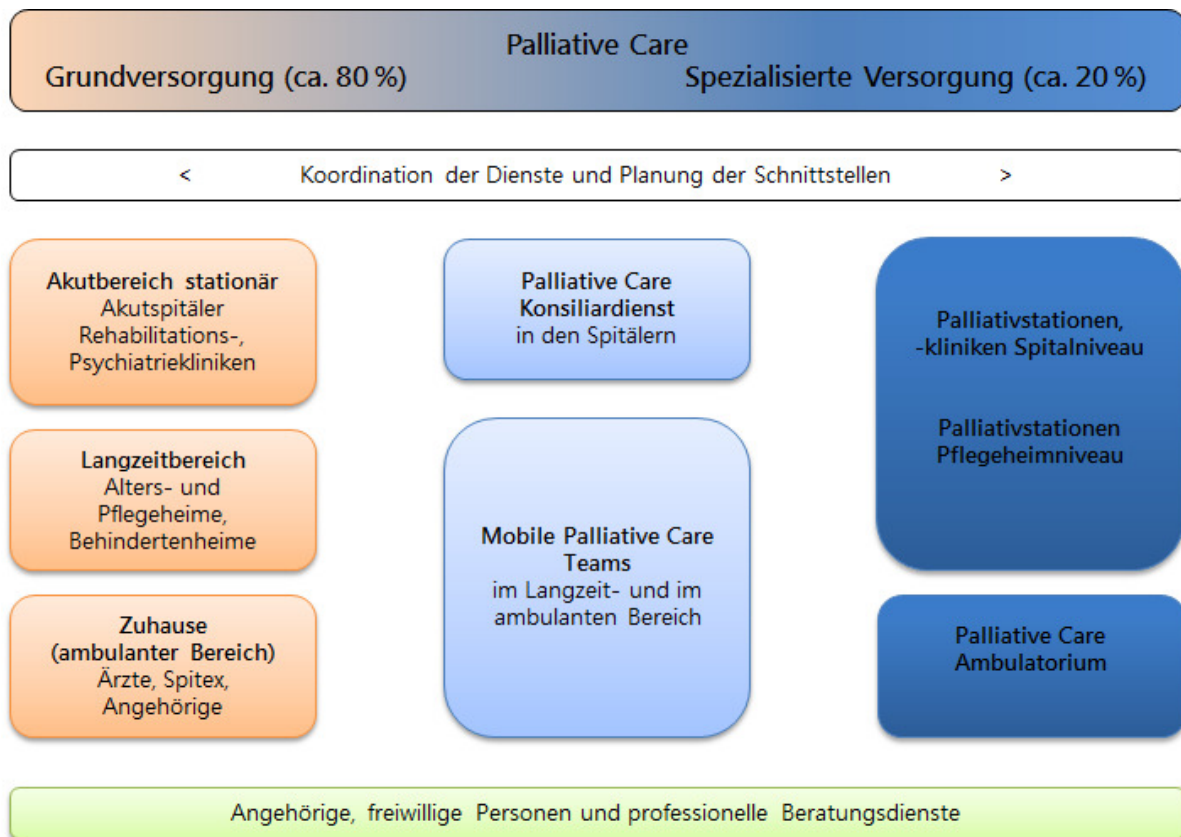
Unter Palliative Care versteht man die **ganzheitliche Betreuung und Behandlung** von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten¹. Mittels medizinischer und pflegerischer Unterstützung, aber auch psychologischer, sozialer und spiritueller Hilfe am Lebensende, 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 es, dass die Betroffenen in der letzten Lebensphase besser leben, weniger leiden und am Ort ihrer Wahl bleiben können. Palliative Care bietet Hilfe zur Selbsthilfe und so die Möglichkeit, die letzte Lebensphase selber zu gestalten.

Ziele

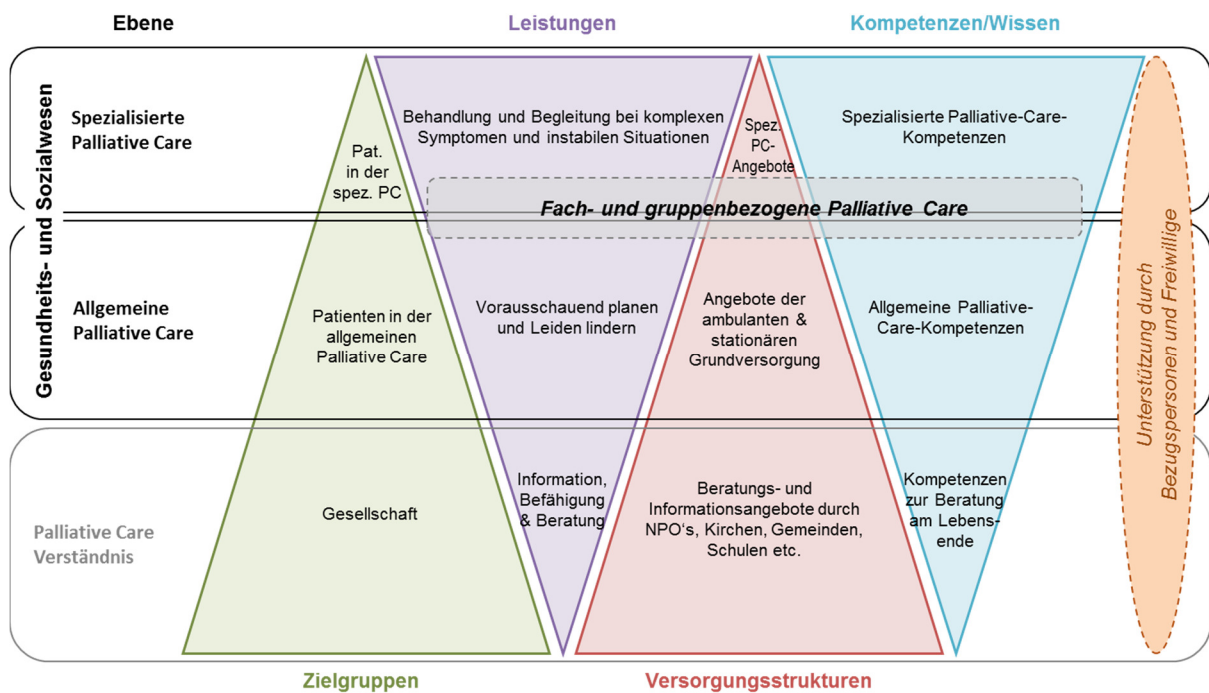
Im Sinne der „Nationalen Strategie Palliative Care“ soll Palliative Care im kantonalen Gesundheitswesen verankert werden, so dass alle schwerkranken und sterbenden Menschen eine ihren Bedürfnissen angemessene Palliative Care erhalten. Dadurch soll die Lebensqualität der Betroffenen verbessert werden. Dies bedingt, dass alle Leistungserbringer über Palliative Care Bescheid wissen und dass 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.

¹ BAG und GDK (2009): Nationale Strategie Palliative Care 2010-2012.

Die anzustrebenden Strukturen lassen sich folgendermassen darstellen²:



Grafik 1 Versorgungsstrukturen



Grafik 2 Rahmenkonzept Palliative Care Schweiz

² Grafik1: Darstellung von R. Widmer in Anlehnung an die Nationale Palliative Care Strategie des BAG.

Grafik 2: BAG, GDK und palliative.ch (2014): Rahmenkonzept Palliative Care Schweiz. Eine definitorische Grundlage für die Umsetzung der „Nationalen Strategie Palliative Care“. Aktualisierte Version.

Das „Rahmenkonzept Palliative Care Schweiz“ unterscheidet drei Ebenen der Palliativversorgung. Diese beschreiben die Spezialisierungsgrade von Palliative-Care-Leistungen, -Versorgungsstrukturen und -Kompetenzen, die nötig sind, um den Bedürfnissen der betroffenen Menschen und ihrer Bezugspersonen optimal zu entsprechen. Die drei Ebenen sind „Palliative-Care-Verständnis“, „allgemeine Palliative Care“ und „spezialisierte Palliative Care“.

Versorgungssituation im Kanton Basel-Landschaft

Schätzungsweise 80% aller palliativen Situationen können in der Grundversorgung der Palliative Care³ behandelt werden. Dazu gehört die Behandlung und Pflege in den Spitälern, zu Hause (Ärztinnen und Ärzte, Spitex, Angehörige), in Alterspflege- und Behindertenheimen sowie in Rehabilitations- und Psychiatriekliniken. In hochkomplexen Fällen sind spezialisierte stationäre oder mobile Angebote erforderlich.

In der innerkantonalen Versorgung bestehen zurzeit 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 vorwiegend erwachsenen TumorpatientInnen zur Verfügung und ist nicht flächendeckend. Zurzeit besteht wegen fehlenden Grundlagen für die Finanzierung nur beschränkter Zugang zu ambulanten Angeboten der Palliative Care oder zu speziellen Angeboten der Palliative Care für Patientinnen und Patienten in Institutionen der Langzeitpflege⁴. 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 bestimmten Alters- und Pflegeheimen und informell mit gewissen Spitälern.

Ehrenamtlich tätige Personen und Institutionen (Landeskirchen, Krebsliga, Rotes Kreuz, Selbsthilforganisationen, 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.

³ Grundversorgung in der Palliative Care gemäss Definition des BAG, nachfolgend „die Grundversorger“ genannt.

⁴ 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.

Bestehende Lücken 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 der Fachstelle 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 Tumorpatienten vorgesehen, enthält keinen ärztlichen Dienst). Es gibt nur begrenzte ambulante Angebote für Kinder (Kinderspitex NWS). Stationäre nicht spezialisierte Palliative Care Einrichtungen für jüngere Menschen fehlen.
- In den Akutspitälern fehlen multiprofessionelle palliative Konsiliardienste, welche die Grundversorger fachlich unterstützen. Kein Akutspital in Baselland weist bisher eine Abteilung für spezialisierte Palliative Care auf (Palliativstation).
- Es fehlen allgemein zugängliche psychosoziale Unterstützungsangebote für PatientInnen 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, unterstützende spezialisierte Teams (SEOP) werden nicht finanziert (SEOP)⁵. Dies gilt explizit für die wachsende, besonders vulnerable Gruppe der Demenzkranken.
- Technisch bedingte Informationslücken der Behandelnden führen bei den komplexkranken Patienten gehäuft zu Diskontinuität der Behandlung, Krisensituationen, ungewollten (Notfall) Hospitalisati-

⁵ 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.

onen und damit zu Einbussen der Lebensqualität und zu erhöhten Kosten: Hilfreich wäre ein erleichteter Zugriff Behandelnder auf elektronische Patientendaten (eHealth).

- Psychosoziale Unterstützungsangebote für Patientinnen, Patienten und Angehörige sind nur punktuell verfügbar (Sozialdienste der Spitäler und Langzeitinstitutionen, Krebsliga für TumorpatientInnen, ALS-Vereinigung für ALS-Betroffene).

- 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 noch Lücken in der Regelung der Finanzierung Palliative Care Leistungen, da viele Leistungen (z.B. Koordinationsleistungen, 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 und Angehörigen einbezogen, besonders im ambulanten und Langzeitbereich.

- Generell gibt es im Kanton Basel-Landschaft zu wenig spezifisch ausgebildetes Personal in Palliative Care und zu wenige Angebote für eine flächendeckende Palliative Care Ausbildung/Fortbildung. Es herrscht Unsicherheit über die Aufgaben und Kompetenzen der verschiedenen Berufsgruppen sowie der Freiwilligen. Gleichzeitig besteht Handlungsbedarf bezüglich der Sensibilisierung der Hausärztinnen und -ärzte sowie der Spitalärztinnen und -ärzte.

Notwendige Massnahmen im Kanton Basel-Landschaft

Um die zuvor genannten Ziele zu erreichen, die bestehenden und zu erfolgenden Massnahmen zu koordinieren und die aktuellen Lücken zu füllen, sind folgende Massnahmen erforderlich:

1. Sensibilisierung

Der Begriff und die Angebote rund um Palliative Care sind vor allem in der Deutschschweiz noch wenig bekannt. Gleichzeitig gelten der 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.

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 zu leisten. Insbesondere im Bereich der praktischen Informationen über Palliative Care besteht ein grosser Bedarf, z.B. darüber, wer Palliative Care bezahlt oder erbringt und wo sie angeboten wird.

1.1. Sensibilisierung des Pflegepersonals und der Spitalärztinnen und -ärzte

Massnahme	Kosten	Umsetzung
Spitäler, Pflegeheime und Spitex-organisationen sind angehalten, in den kommenden zwei Jahren einen Schwerpunkt der internen Schulung dem Thema „Palliative care“ zu widmen (falls nicht schon gemacht). In den Folgejahren muss Palliative Care regelmässig in die formale Weiter- und Fortbildung von Ärztinnen und Ärzten, Pflegenden (und weiteren?) integriert werden.	Innerhalb der bestehenden Weiterbildungsbudgets.	Alle Leistungserbringer ab 2017.

1.2. Sensibilisierung der Hausärztinnen und -ärzte

Massnahmen	Kosten	Umsetzung
<ul style="list-style-type: none"> • Aufnahme des Themas am „Symposium für Hausärzte“, uniham-bb • Ärztefortbildung der AeG BL • Modulartige Fortbildungspakete für Ärzte-Q-Zirkel • Fachartikel, Referate 	<p>Innerhalb der bestehenden Budgets. Der BAP sieht hier Synergien und Möglichkeiten, die Massnahmen zu unterstützen. Fortbildungen könnten z.B. in Zusammenarbeit mit APH's angeboten werden.</p>	Freiwillig.

1.3. Sensibilisierung der interessierten Öffentlichkeit

Massnahmen	Kosten	Umsetzung
<ul style="list-style-type: none"> • Leistungsvereinbarung mit palliative bs + bl mit dem Zweck, Sensibilisierungsmöglichkeiten zu fördern (z.B. öffentliche Veranstaltungen zum Thema „Palliative Care“ sowie Update und Ausbau der Website von palliative bs + bl (zusätzliche Informationen etc.)⁶ • Alle zwei Jahre stattfindende Koordinationskonferenz zum Thema Palliative Care 	<ul style="list-style-type: none"> • CHF 12'000.- jährlich. Ein Entgegenkommen der Gemeinden, APHs und Kirchen (z.B. Veranstaltungsräume kostenlos zur Verfügung stellen) würde die Kosten verringern. Der BAP bietet seine Zusammenarbeit bei der Sensibilisierung an (Nutzung der Kontakte für Werbung, Räumlichkeiten zur Verfügung stellen etc.) • Die Kosten für die Konferenz übernimmt der Kanton. Es kann mit rund CHF 5'000.- pro Konferenz gerechnet werden, d.h. CHF 2'500 p.a. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kantonaler Leistungsauftrag an palliative bs+bl ab 2017. • Die Konferenz wird vom Kanton initiiert. <p>In diesem Bereich besteht die Möglichkeit mit dem Kanton Basel-Stadt zusammenzuarbeiten und Synergien zu nutzen.</p> <p>Amt für Gesundheit</p>

2. Versorgungsstrukturen

2.1. Palliative Care Konzepte

Die meisten Spitäler, Heime und Spitexdienste verfügen über eigene Qualitätssicherungskonzepte. Alle Alterspflegeheime, Spitäler und Spitexdienste sind nun zu verpflichten, ein Palliative Care Konzept für ihre Institution einzuführen, welches übergeordnet oder Teil eines umfassenden Behandlungs-, Pflege- und Betreuungskonzeptes sein kann.

⁶ Unter Berücksichtigung der bereits bestehenden Strukturen soll das Informationsmaterial für die Bevölkerung noch weiter ausgebaut werden. Die Details zur Sensibilisierung via Website werden Bestandteil der Diskussionen innerhalb der Leistungsvereinbarung sein.

Massnahme	Kosten	Umsetzung
<p>Alle Leistungserbringer sind zu verpflichten, über ein entsprechendes Palliative Care-Konzept zu verfügen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spitex-Organisationen (ist/wird in den Leistungsvereinbarungen festgehalten) • Pflegeheime (ist bereits eine Anforderung in „qualivista“) • Spitäler (ist/wird in den Leistungsvereinbarungen festgehalten) 	In den bestehenden Aufwendungen enthalten.	Spätestens Ende 2017 verfügen alle Leistungserbringer über ein entsprechendes Konzept. Ab dann Voraussetzung für einen kantonalen Leistungsauftrag. Der Kanton behält sich vor, die Anforderungen für die Palliative Care Konzepte genauer zu definieren.

2.2. Palliativ-Konsiliardienst 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 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, aber auch 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 Palliativinstitutionen⁷.

Massnahme	Kosten	Umsetzung
Die Spitäler der Grundversorgung sind zu verpflichten, einen eigenen internen Palliativ-Konsiliardienst einzurichten oder eine Vereinbarung mit einem Partnerspital einzugehen.	In den bestehenden Aufwendungen enthalten.	Per Ende 2017 verfügen alle Spitäler über einen entsprechenden Dienst, bzw. eine entsprechende Vereinbarung. Ab dann Voraussetzung für einen kantonalen Leistungsauftrag.

⁷ BAG, GDK und palliative ch (2012): Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz. Bern: BBL. S.25-27.

2.3. Mobiles Palliative Care Team (MPCT)

In erster Linie richtet sich das spezialisierte, interprofessionell arbeitende Team des mobilen Palliativdienstes an die professionellen Betreuenden der Grundversorgung zu Hause und im Pflegeheim. Der Dienst ist beratend und anleitend tätig und bietet seine Erfahrung in Palliative Care auf dem Niveau der spezialisierten Palliativversorgung an. Gleichzeitig unterstützt das Team des mobilen Palliativdienstes 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 der mobile Palliativdienst auch direkt oder federführend an der Begleitung und Behandlungen 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 werden⁸.

Massnahme	Kosten	Umsetzung
Es ist ein MPCT einzurichten, das auf bestehenden Strukturen beruht und idealerweise sowohl die SEOP BL als auch Spitalärzte des Hospiz im Park, des KSBL und der Klinik Arlesheim miteinbeziehen würde.	Während die ambulanten, ärztlichen Leistungen über Tarmed abgedeckt werden, sind Massnahmen in der Finanzierung der pflegerischen Leistungen erforderlich. Die Kosten sind nur teilweise durch die bestehenden Tarife abgedeckt (KLV Art. 7 ist nicht ausreichend). Der Kanton BL beteiligt sich über die GWL an der Finanzierung der nicht gedeckten Leistungen der SEOP.	Hospiz im Park und insbesondere KSBL (SEOP).

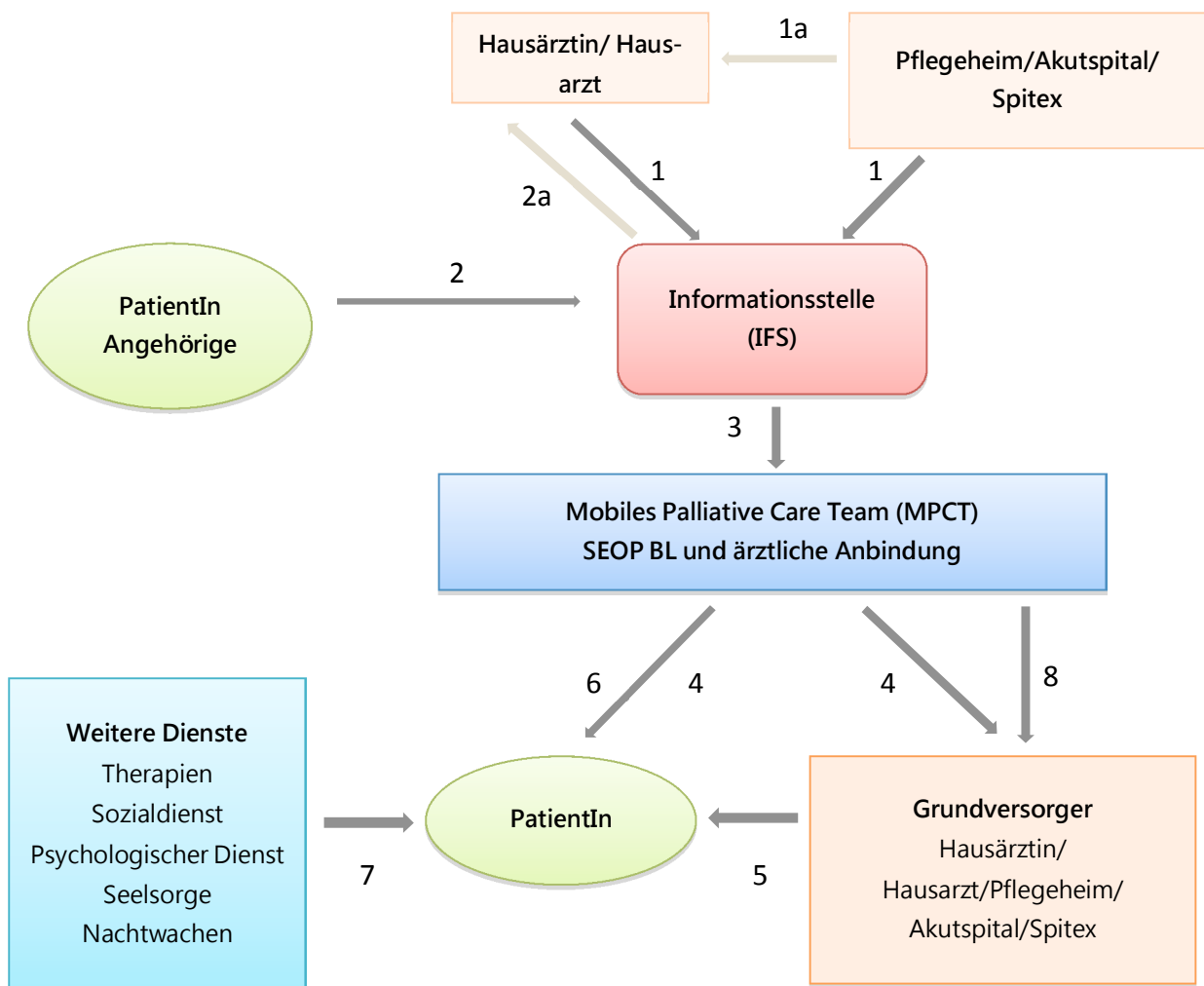
2.4. Zentrale Informationsstelle

Um einen mobilen Palliativ Care Dienst zu betreiben, braucht es eine Informationsstelle, welche die Unterstützungsleistungen organisiert und koordiniert. Zu den Aufgaben einer Informationsstelle gehören sämtliche Koordinationsleistungen: Beantwortung von Anfragen, Beratung von Institutionen und Privatpersonen, Aufgebot und Koordination des mobilen Palliativ Care Teams, Recherchearbeit, Rechnungsstellung, usw. Die Stelle ist zudem für die Öffentlichkeitsarbeit (Schulungen, Vorträge, Besuche der Institutionen etc.) zuständig sowie für die ganze Netzwerkarbeit. Durch den Aufbau einer Informationsstelle soll auch die Koordination und Kommunikation unter den verschiedenen Leistungserbringern verbessert und verstärkt werden.

⁸ BAG, GDK und palliative.ch (2012): Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz. Bern: BBL. S.28-29.

Massnahme	Kosten	Umsetzung
Es ist eine zentrale Informationsstelle einzurichten (Aufgaben: Erstberatung für alle ambulanten Grundversorger (Hausärztinnen und -ärzte, Spitexbetriebe und Pflegeheime, aber auch PatientInnen und Angehörige), Triage der Fälle und wenn nötig Verweis an spezialisierte Dienste.	s. beiliegender Kosten- und Finanzierungsvorschlag Kantonsbeitrag pro Jahr.: CHF 35'000.- Drittmittel pro Jahr: CHF 35'000.-	Hospiz im Park im Laufe des Jahres 2016 (Absprache mit dem KSBL läuft bereits).

Das Aufgebot und die Koordination des MPCT laufen über die Informationsstelle, die im Hospiz im Park realisiert werden soll. Folgender schematischer Ablauf ist vorgesehen⁹:



⁹ Darstellung von R. Widmer in Anlehnung an die Nationale Palliative Care Strategie des BAG.

1. Der Grundversorger (Hausarzt/Hausärztin oder Pflegeheim, Spitex, Akutspital¹⁰) meldet sich bei der Informationsstelle (IFS); das aktuelle Problem wird besprochen und die notwendigen Daten für das Stammbblatt erhoben. Wenn der Kontakt nicht vom Hausarzt/Hausärztin aus kommt, wird er/sie informiert (1a).
2. Falls sich PatientInnen/Angehörige direkt an die IFS wenden, informiert die IFS den Hausarzt/Hausärztin (2a).
3. Die IFS bietet bei Bedarf das MPCT auf. Steht die pflegerische Beratung im Vordergrund erfolgt die Kontaktaufnahme über die SEOP; steht die ärztliche Beratung im Vordergrund erfolgt die Kontaktaufnahme über den Arztdienst des Hospiz im Park (bzw. KSBL oder Klinik Arlesheim). Die IFS eröffnet das Patientendossier (Datenblatt).
4. Das MPCT nimmt Kontakt zum Grundversorger auf: Telefonische Besprechung oder Besuch beim Patienten/Patientin. Bei Bedarf bespricht sich die MPCT-Fachperson mit den anderen Fachkräften des MPCT (z.B. Arzt/Ärztin bei der Pflege oder umgekehrt). Aufgrund dieser Abklärungen erfolgt die Beratung des Grundversorgers (Empfehlung) in schriftlicher Form (vorwiegend telefonische Information, wenn angezeigt). Die Empfehlung erfolgt in einfacher Form (z.B. Medikationsvorschlag) bis zum detaillierten Betreuungsplan.
5. Grundversorger leisten die medizinische und pflegerische Behandlung und Betreuung, inklusive palliativmedizinischer Grundversorgung.
6. Bei Bedarf kann auch das MPCT selbst Leistungen erbringen, z.B. erstmalige Verabreichung (Anleitung und Instruktion, Spezial-Handlungen, etc.). In Ausnahmefällen ist auch die komplette Fallübernahme durch den MPCT-Arzt/Ärztin denkbar.
7. Weitere Dienste werden bei Bedarf 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 IFS wird vorgeschlagen: Montag bis Freitag, 8.00 - 12.00 und 13.30 - 17.00 Uhr¹¹. Ausserhalb dieser Zeiten soll ein Tonband Auskunft über eine Telefonnummer für Notfälle (Medizinische Notrufzentrale MNZ 061 261 15 15) geben.

Die jährlichen Kosten für den Betrieb der Informationsstelle (IFS) betragen CHF 70'000.--. Durch den Einsatz von Drittmitteln, beträgt der vorgesehene jährliche Beitrag des Kantons Basellandschaft CHF 35'000.- (Kostenberechnung siehe nachfolgende Tabelle):

¹⁰ Damit sind auch die Psychiatrien sowie Reha-Kliniken gemeint.

¹¹ Oder nach Möglichkeit durchgehend von 08.00h bis 17.00h.

Kosten der Informationsstelle im Hospiz im Park / Finanzierungsvorschlag

Kosten		Finanzierungsvorschlag	
		VGD BL	Drittmittel ¹²
IFS:			
Personalkosten (40 % Stelle ¹³)	50'000		
Overheadkosten (Anteil Arbeitsplatz, Telefon, etc.)	10'000		
Total pro Betriebsjahr	60'000	30'000	30'000
Zusätzliche Kosten:			
Aufbau und Betrieb Homepage¹⁴	2'000	1'000	1'000
Zwei Flyer¹⁵	4'000	-	4'000
Evaluation (nach 2 jähriger Laufzeit Bericht)	4'000	4'000	-
Total	70'000	35'000	35'000

Zahlungsplan	2017	35'000	35'000
		2018	35'000

3. Weiter- und Fortbildung

Bereits heute sind entsprechende Angebote in der ganzen Region vorhanden, wobei die Kosten Sache der Anbieter sind. Das BZG (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 (Bildungsebene A1¹⁶). Das Hospiz im Park bietet in Zusammenarbeit mit dem SBK Berufsverband multiprofessionelle Lehrgänge auf Bildungsniveau A2 und B1 an. 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 alle Jahre verteilt). Dr. Heike Gudat, leitende Ärztin des Hospiz im Park, verfügt über den entsprechenden Lehrauftrag für Palliativmedizin.

¹² Leistungserbringer (z.B. Hospiz im Park), weitere wie z.B. Kirchen, Ligen etc.

¹³ 2 verschiedene Ansprechpartner, bzw. zwei verschiedene Stellenprozent: 20% Administration, 20% Sozialarbeit.

¹⁴ Kooperation mit Basel möglich, z.B. Aufschaltung auf bereits bestehende Website www.palliativ-info-basel.ch.

¹⁵ Kooperation mit Basel möglich; je einer für die IFS und das MPCT.

¹⁶ Bildungsniveaus A1 und A2 entsprechen Sensibilisierung für Grundversorger (Dauer 3 bzw. 5 Tage), B1 richtet sich an Grundversorger, die regelmässig mit Palliativsituationen zu tun haben (Dauer 10 Tage).

Massnahme	Kosten	Umsetzung
Palliativmedizinische Schulungen richten sich an alle Fachpersonen der ambulanten und stationären Grundversorgung sowie des Langzeitbereichs, welche regelmässig mit Palliativsituationen zu tun haben.	Innerhalb der regulären Budgets der Betriebe; Sache der jeweiligen Institutionen.	Sache der jeweiligen Institutionen.

4. Qualitätssicherung

Es gibt in der Schweiz anerkannte Standards für alle Bereiche von Palliative Care¹⁷. Die vom BAG, palliative.ch und der GDK gemeinsam herausgegebene Broschüre „Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz“¹⁸ 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.

Massnahme	Kosten	Umsetzung
Diese nationalen Anforderungen werden in BL übernommen und sind Teil der betrieblichen Qualitätsanforderungen der Qualitätsüberprüfungen. Grundsätzlich sind die spezialisierten Palliative Care-Angebote zu zertifizieren („Wenn Palliative Care drauf steht, soll auch Palliative Care drin sein“).	Muss innerhalb der Budgets der Institutionen finanziert werden (wie alle andern Qualitätsanforderungen).	Die spezialisierten Angebote müssen innerhalb der ersten 3 Jahre des Bestehens zertifiziert werden.

¹⁷ <http://www.palliative.ch/de/home/> Fachwelt - Grundlagendokumente

¹⁸ http://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/H_%20Downloads/Versorgungsstrukturen_DE.pdf

Evaluation der Massnahmen

Die Wirksamkeit und Zweckmässigkeit der Massnahmen sollen nach zwei Jahren evaluiert werden. Für die Evaluation ist das Amt für Gesundheit Basel-Landschaft verantwortlich. Ein entsprechender Auftrag kann extern vergeben werden. Die anzustrebende zweijährlich stattfindende Koordinationskonferenz bietet eine gute Möglichkeit, zu überprüfen, ob die formulierten Massnahmen fortlaufend 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 nicht zertifizieren können. Die geplante Informationsstelle soll fortlaufend evaluiert werden. Nach einer zweijährigen Pilotphase wird ein Bericht erstellt. Zu diesem Zweck muss fortlaufend ein Reporting der Inanspruchnahme geführt werden.