

# Unterstützung und Koordination in der ambulanten Palliative Care

## Inhaltsverzeichnis

1	Executive Summary.....	3
2	Einleitung.....	4
3	Palliative Care Hotline .....	5
3.1	Zusammenfassung Hotline .....	5
3.2	Markt.....	7
3.3	Bedürfnisse der Fachleute.....	7
3.3.1	Ergebnisse der Umfrage zum bestehenden Angebot und ergänzendem Support-Bedarf.....	7
3.3.2	Bestehende Telefondienste im Gesundheitssektor .....	7
3.3.3	Bedarf für Palliative Care Hotline.....	9
3.4	Beschrieb der Hotline Dienstleistung.....	10
3.4.1	Callvolumen .....	10
3.4.2	Beratungsumfang .....	10
3.4.3	Ziele bezüglich Beratungsqualität.....	11
3.5	Betriebsoptionen.....	12
3.5.1	Option 1: Zentrale Hotline für den ganzen Kanton .....	12
3.5.2	Option 2: Routing durch Postleitzahlen .....	13
3.5.3	Option 3: Betrieb der Hotline durch ein professionelles, medizinisches Callcenter14	
3.6	Marketing und Kommunikation .....	15
3.7	Finanzplan Hotline.....	17
3.7.1	Aufbaukosten.....	17
3.7.2	Betriebskosten .....	18
3.8	Umsetzungsplan.....	21
4	Mobile Palliative Care Teams (MPCT).....	22
4.1	Zusammenfassung MPCT .....	22
4.2	Markt.....	23
4.2.1	Ergebnisse der Umfrage zum bestehenden Angebot und ergänzendem Support-Bedarf.....	23
4.2.2	Interesse der bestehenden Leistungserbringer am Einsatz von MPC.....	25
4.2.3	Bestehende ambulante PC Angebote .....	26
4.2.4	Bestehende stationäre PC Angebote .....	27
4.3	Beschrieb der MPCT Dienstleistung.....	28
4.3.1	Fallbeispiel.....	28
4.3.2	Struktur der MPCT.....	29
4.3.3	Qualitätskriterien für MPCT .....	30
4.4	Betriebsoptionen.....	31
4.4.1	Status quo.....	31
4.4.2	Option A1: Leistungsauftrag durch den Kanton an regionale MPCT-Teams, die mittels Submissionsverfahren ausgewählt werden .....	31
4.4.3	Option A2: Leistungsauftrag durch den Kanton an je einen Vertragspartner für Palliative Care für Kinder (kispex) und Palliative Care für Erwachsene.....	33
4.4.4	Option B: Gemeinden werden zum Angebot von MPCT Leistungen verpflichtet	
	34	
4.4.5	Vor- und Nachteile unterschiedlicher Organisationsformen.....	35
4.4.6	MPCT für Kinder (MPCT-P).....	37
4.4.7	Empfehlung.....	38

4.5	Marketing und Kommunikation .....	38
4.6	Finanzplan MPCT .....	38
4.6.1	Fünf regionale MPCT (Vollbetrieb) .....	40
4.6.2	Drei regionale MPCT (Minimalbetrieb) .....	42
5	Koordination und Schnittstellenmanagement.....	44
5.1	Zusammenfassung Koordination und Schnittstellen.....	44
5.2	Beschreibung der Schnittstellen .....	44
5.3	Schnittstellenmanagement .....	45
5.4	Ist-Zustand.....	46
5.5	Soll-Zustand .....	46
5.6	Kernprozesse im Schnittstellenmanagement .....	46
5.6.1	Stationäre Behandlung .....	47
5.6.2	Nicht stationäre Behandlung.....	49
5.6.3	Stationäre Behandlung im Langzeitbereich .....	51
5.7	Dokumentation .....	53
5.7.1	Übersicht Dokumente an den Schnittstellen.....	53
5.7.2	Online Patientendokumentation.....	54
5.8	Implementierung des Schnittstellenmanagements.....	56
5.8.1	Anreize für Implementierung.....	56
5.8.2	Organisation und Finanzierung der Implementierung.....	57
6	Teilprojektkostenübersicht .....	57
7	Autorenverzeichnis.....	58
7.1	Teilprojektleitung .....	58
7.2	Mitglieder der Arbeitsgruppe Hotline: .....	58
7.3	Mitglieder der Arbeitsgruppe MPCT: .....	58
7.4	Mitglieder der Arbeitsgruppe Schnittstellen .....	58
Anhang: Palliative Care Dokumente .....		59

Konzept erstellt durch palliative care NETZWERK ZÜRICH  
im Auftrag der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich

12. Januar 2007

## 1 Executive Summary

Verschiedene Umfragen im In- und Ausland zeigen, dass die Mehrzahl der Menschen zu Hause, in vertrauter Umgebung sterben möchte, vorausgesetzt, dass auch zu Hause Schmerzen und andere Leiden wirksam bekämpft werden können. Es genügt deshalb nicht, die Kompetenz der Spitäler im Palliative Care Bereich zu erhöhen. Es braucht insbesondere auch eine Verstärkung der Palliative Care Angebote zu Hause.

In erster Linie soll den HausärztInnen und der Gemeindespitex rund um die Uhr über eine Hotline spezialisiertes Palliative Care Fachwissen zur Verfügung stehen. Über diese Hotline können auch spezielle Mittel wie Sauerstoff, Spezialmatratzen, Medikamente die die Ärzte und Apotheken nicht an Lager haben, Schmerzpumpen und Fachleute, die bei Bedarf auch vor Ort kommen, vermittelt werden. Die Hotline hat Zugang zu verschiedenen Freiwilligenpools, wo Unterstützung der Angehörigen und Nachtwachen auch kurzfristig organisiert werden können.

Die Fachleute, die vor Ort kommen, werden mobile Palliative Care Teams (MPCT) genannt und bestehen aus einem Arzt und einer Pflegefachperson. Sie helfen, akute, auf die üblichen Medikamente nicht mehr reagierende Schmerzen, Atemnot, unstillbares Erbrechen und andere, in der letzten Lebensphase manchmal auftretende Leiden wieder unter Kontrolle zu bringen. Oft genügen punktuelle Einsätze und anschliessendes „Coaching“ durch das MPCT, um solche PatientInnen durch Hausarzt und Spitex bis zum Tode zu Hause zu betreuen.

Nicht alle, aber ca. 20 % der Patienten benötigen oft nur wenige Tage oder Wochen vor dem Tod eine spezialisierte Betreuung. MPCT sollten aufgrund der Fallzahlen nicht auf kommunaler Ebene, sondern in ca. fünf Versorgungsregionen im ganzen Kanton aufgebaut und eingesetzt werden. Da die MPCT für ihre pflegerischen Leistungen wie die Spitex auf öffentliche Subventionen angewiesen sind, brauchen sie entsprechend dem heutigen Gesundheitsgesetz Verträge mit den einzelnen Gemeinden. Die Verhandlungen mit über 170 Gemeinden sind äusserst aufwendig und führen nicht in jedem Fall zu einem kostendeckenden Vertrag. Das Angebot von MPCT im ganzen Kanton bedingt deshalb eine Änderung des heutigen Gesundheitsgesetzes. Die Verantwortung für spezialisierte Pflege sollte wie die spezialisierte, stationäre Versorgung dem Kanton übertragen werden. Alternativ könnten die Gemeinden über eine Gesetzesänderung verpflichtet werden, die Dienstleistungen der MPCT z.B. über Zweckverbände anzubieten. Sowohl für die ärztlichen, wie für die pflegerischen Leistungen müssen neue Vereinbarungen mit den Krankenversicherern getroffen werden.

Wo möglich sind für den Aufbau der MPCT bestehende Strukturen, z.B. der Onkospitex, der Kinderspiex oder gewisser Spitäler zu nutzen. Unter Voraussetzung einer kostendeckenden Finanzierung durch Versicherer und öffentliche Hand, könnten diese Organisationen in Zusammenarbeit mit anderen Fachleuten auch die Palliative Care Hotline betreiben. Diese könnte zwar auch von einem als Palliative Care Kompetenzzentrum vorgesehenen Spital betrieben werden. Die fehlende Vertrautheit mit den zu Hause auftretenden Problemen und den dortigen Lösungsmöglichkeiten, spricht erst in zweiter Priorität für diese Lösung.

Zum Tode führende Krankheiten erzeugen vielschichtige und ständig neue körperliche und seelische Beschwerden und soziale Schwierigkeiten. Meist sind verschiedene Fachleute und Laien in wechselnder Zusammensetzung nötig, um eine adäquate Betreuung zu ermöglichen. Auch bei guter ambulanter Betreuung sind zwischendurch stationäre Aufenthalte, z.B. für chirurgische Eingriffe oder Radiotherapie notwendig. Der verschiedene Disziplinen und Institutionen durchschreitende Betreuungsprozess bedingt eine sorgfältige Absprache, Planung und Kommunikation aller Beteiligten. Flussdiagramme und Empfehlung der bei Ein-, Aus- und Übertritten zu verwendenden Formulare und Dokumente können

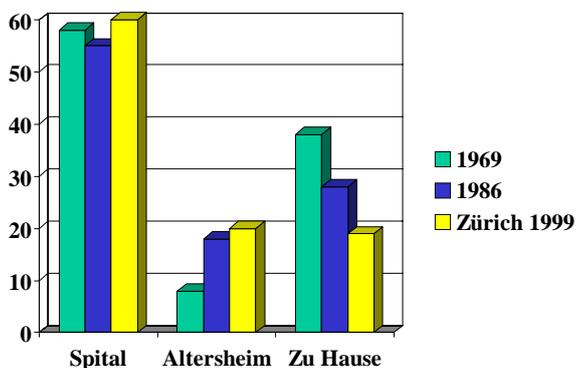
helfen, aus Schnittstellen Nahtstellen zu machen. Voraussetzung ist, dass Anreize geschaffen werden, die Qualität der Palliative Care im Kanton Zürich durch Anwendung solcher Diagramme und Dokumente zu verbessern.

Der im Grobkonzept der Gesundheitsdirektion vorgesehene Betrag für Hotline und Koordination würde genügen, um die Hotline aufzubauen und die Voraussetzungen für eine Implementierung des Schnitt- resp. Nahtstellenmanagements zu schaffen. Zur Finanzierung des Aufbaus und Betriebs der MPCT ist hingegen eine Änderung des Gesundheitsgesetzes notwendig. Weil die MPCT ein zentrales Element für die palliative Unterstützung zu Hause, aber auch für den Hotlinebetrieb und das Schnittstellenmanagement darstellen, ist eine Umsetzung des vorliegenden Konzeptes von der erwähnten Gesetzesänderung und von der Verhandlungsbereitschaft der Krankenversicherer abhängig zu machen.

## 2 Einleitung

Die Gesundheitsdirektion hat im Rahmen von drei Teilprojekten ein Umsetzungskonzept für die Palliative Care in der akutsomatischen Versorgung im Kanton Zürich ausgearbeitet. Aufgrund des politischen Auftrages und der Aufteilung der Zuständigkeiten stehen die stationären Institutionen der Gesundheitsversorgung im Vordergrund. Der größte und wesentlichste Anteil palliativmedizinischer Arbeit muss jedoch ambulant stattfinden, sofern man den Patientenwunsch nach häuslicher Betreuung und schließlich einem würdigen Sterben in vertrauter Umgebung berücksichtigen will. Hausärzte, Spezialärzte, Pflegedienste und nicht zuletzt Seelsorger, Sozialarbeiter, Angehörige und Ehrenamtliche können diese Arbeit derzeit nur teilweise leisten. Insbesondere in der Schlussphase von zum Tode führenden Krankheiten versagt die Betreuung zu Hause oft.

So gelingt es heute weniger als 20 % der Zürcher Bevölkerung, im eigenen Heim zu sterben, obwohl dies 80 % der Menschen wünschen.



Streckeisen 2001

Abb 1: Sterbeorte in der Schweiz (1969, 1986) und in Zürich (1999)

Folgende Gründe für die Schwierigkeiten bei der Betreuung zu Hause konnten erörtert werden:

- Ungenügendes soziales Netz, v.a. bei Alleinstehenden (insbesondere in der Stadt!)
- Fehlende vorausschauende Planung verunmöglicht zeitgerechte Reaktion bei neu auftretenden Problemen und Überlastung der Angehörigen
- hoher, schlecht planbarer zeitlicher Aufwand führt zu Friktionen mit der eng geplanten Sprechstundentätigkeit der HausärztInnen oder den geplanten Spitexeinsätzen
- fehlende rund-um-die-Uhr-Betreuung

- Notdienstärzte bzw. Rettungsdienst haben ungenügende Informationen über den Patienten und die laufenden palliativmedizinischen Therapien
- geringe Anzahl von Palliativpatienten in den Hausarztpraxen
- zu wenig Routine im Umgang mit Medikamenten zur komplexen Schmerz- und Symptomtherapie

Durch die Schaffung spezialisierter Palliative Care Angebote in Form einer rund um die Uhr verfügbaren Auskunftsstelle (Hotline), sowie mobiler Palliative-Care-Teams im ambulanten Sektor könnte die palliativmedizinische Versorgung der Patienten mit fortgeschrittener und fortschreitender Tumor-, Herzkreislauf- Lungen- und neurologischen Erkrankung (inkl. Demenz) wesentlich verbessert werden. In den nachfolgenden Kapiteln wird ein „Business Plan“ für diese Dienstleistungen vorgestellt. Im Kapitel „Schnittstellen“ werden die Voraussetzungen und Prozesse für eine optimale Abstimmung ambulanter und stationärer Angebote im palliative care Bereich beschrieben.

### 3 Palliative Care Hotline

#### 3.1 Zusammenfassung Hotline

- Zielpublikum:
- Sämtliche im Palliative Care Bereich tätigen Fachleute (ambulante und stationäre Leistungserbringer)
  - spezialisierte Fachleute aus dem medizinischen, psychiatrisch-psychologischen und seelsorgerischen Bereich
  - Ehrenamtliche HelferInnen
  - Angehörige und Betroffene
- Ziel:
- Vermittlung von Hilfestellungen und Informationen zu Palliative Care
  - Déeskalation in Krisensituationen
  - Verfügbarkeit während 365 Tagen rund um die Uhr unter einer Nummer im den ganzen Kanton
  - Zusammenführen und Vernetzung von Leistungserbringern zu einem flächendeckenden palliativen Betreuungssystem
- Aufgaben:
- Situationsanalyse / Bedürfnisklärung der telefonischen Anfragen
  - Koordinierung der Anfragen/Bedürfnissen mit Angeboten/Hilfestellungen
  - Vermittlung von fachlicher Unterstützung
  - Vermittlung von medizinischen Geräten
  - Vermittlung von Nachtwachen, inkl. Freiwilligenorganisationen
  - Auskunft über resp. Vermittlung von psycho-sozialen Angeboten
- Umfang der Beratung:
- Minimalvariante: Vermittlung von Telefonnummern und Adressen
  - Maximalvariante: Verbindung mit benötigten Fachleuten, Organisation von Fachleuten, Gerätschaften, Nachtwachen, Freiwilligen vor Ort.
- Mengengerüst:
- Ca. 900 Anrufe bei Bekanntmachung der Dienstleistung unter Palliative Care Fachleuten.
  - Ca. 1500 Anrufe bei breiter Bekanntmachung unter sämtlichen Fachleuten im Gesundheits- und seelsorgerischen Bereich
  - Ca. 2500-3500 Anrufe bei Bekanntmachung in der Bevölkerung

- Grundvoraussetzung:**
- Webbasierte Datenbank
  - Abfragen der Datenbank für Callhandler via Internet, nach Regionen, Fachgebieten, Professionen
- Organisation:**
- Hotlineangebot durch Palliative Care – Netzwerk Zürich
    - Aufbau und Unterhalt der Datenbank
    - Qualitätskontrolle
    - Callhandling durch MitarbeiterInnen eines oder mehrerer mobilen Palliative Care Teams oder Kompetenzzentrums oder durch professionelles, medizinisches Callcenter (outsourcingvertrag)
- Zusammenarbeit:**
- stationäre und ambulante Palliative Care Anbieter in den verschiedenen Regionen
  - mobile Palliative Care Teams
  - Konsiliarischer Beizug der Kompetenzzentren für spezielle Fragestellungen (inkl. Kinderspital)
  - Konsiliarischer Beizug von SpezialistInnen aus relevanten Fachgebieten/Professionen (Radiolonkologen, Onkologen, Pneumologen, Neurologen, Psychiater, Psychologen, Anästhesisten, Chirurgen, Atemtherapeuten, Physiotherapeuten, Seelsorger usw.)
  - Freiwilligenorganisationen
- Vorgehen:**
- Aufbauphase: 8 – 12 Monate
    - Detaillierte Erfassung bestehender Angebote auf Datenbank
    - Aufbau- und Ablauforganisation mit Softwareprogrammierung, Verträgen mit Callhandler und Geldgebern
    - Schulung Callhandler
    - Kommunikation
  - Betriebsphase
- Kostenrahmen:**
- Aufbaukosten: ca. CHF 190'000
  - Betriebskosten jährlich ca. CHF 80'000
  - Einnahmen aus Betrieb: ca. CHF 60'000
  - Deckungslücke: ca. 20'000
- Konklusion:**
- Entspricht einem breiten Bedürfnis
  - Kann von Benutzern aber ihren Klienten nicht weiterverrechnet werden, was deren Zahlungsbereitschaft stark reduziert.
  - Kostendeckender Betrieb nur in Kombination mit anderen PC Angeboten und entsprechender Quersubventionierung über diese möglich.
  - Für Betrieb kommen deshalb grössere MPCT sowie Kompetenzzentren in Frage, wobei für die Unterstützung im ambulanten Bereich die MPCT besser geeignet wären.

## 3.2 Markt

### 3.3 Bedürfnisse der Fachleute

#### 3.3.1 Ergebnisse der Umfrage zum bestehenden Angebot und ergänzendem Support-Bedarf

Die drei Subprojekte „Mobile Palliative Care Teams“, „Schnittstelle“ und „Hotline“ haben gemeinsam einen Fragebogen erarbeitet, der die Bedürfnisse der Leistungserbringer an Koordinations- und Unterstützungsangebote ermittelt sollte. Der Fragebogen wurde an zufällig ausgewählte VertreterInnen, der vier Hauptgruppen von Leistungserbringern im PCare Bereich geschickt. (172 FB verschickt / 63 zurückerhalten)

Zusätzlich wurden die 3 Vereinigungen zur Begleitung Schwerkranker im Kanton Zürich angeschrieben, die Stiftung Leid und Trauer in Winterthur und die 20 Mitglieder der Subprojektarbeitsgruppen.

	Spitäler	Psychiatrische Einrichtungen	Spitexzentren	Pflegezentren	Hausärzte	Total
angeschrieben	31	15	30	28	44	148 + 24 =172
Rücklauf		19	18	14	12	63
Rücklauf in %		40%	54.5%	50%	26%	36.6%

Sämtliche angeschriebenen Benutzergruppen wünschen sich eine **telefonische Auskunftsstelle** (Hotline):

- 91% der HausärztInnen
- 100% der Spitexfachleute
- 71% der Pflegezentren
- 57% der Spitäler

HausärztInnen werden – oft nachts und an Wochenenden – mit komplexen palliativen Situationen konfrontiert, (Schmerzdurchbrüche, Atemnot) bei denen Sie neben Beratung auch auf technische und personelle Hilfestellungen angewiesen sind, um Hospitalisationen zu vermeiden.

Für Spitexdienste und Pflegezentren ist Unterstützung in komplexen pflegerischen (z.B. Atemnot, maligne Wunden), medizinischen (Schmerzbehandlung) und technischen Problemsituationen (Schmerzpumpen, Drainagen, Port a Cath) zentral.

Spitäler und psychiatrische Einrichtungen erachten Beratung in komplexen Palliativsituationen als hilfreich. Unterstützung bei Analyse und Folgerung aus Schmerzerfassungsinstrumenten und vorausschauender Planung bei Spitalaustritten wäre auch gefragt (Integration von Angehörigen, Umgang mit Notfallsituationen).

#### 3.3.2 Bestehende Telefondienste im Gesundheitssektor

Name	Angebot	Verfügbarkeit
Sanität 144		24 H / 365 Tage
Dargebotene Hand 143		24 H / 365 Tage
Medgate 0900 908 911	Allgemeine medizinische Beratung am Telefon, Beizug von Fachspezialisten jederzeit möglich	24 H / 365 Tage
Medi24 0900 900 724	Allgemeine medizinische Beratung am Telefon, Beizug von Fachspezialisten jederzeit möglich	24 H / 365 Tage
Ärztlenotfallzentrale Zch 044 421 21 21 Winti 052 203 00 00 Sonst 111	Wenn Hausarzt nicht erreichbar ist, steht die Notfallzentrale zur Verfügung	24 H / 365 Tage
SOS Ärzte 044 360 44 44	Telefonische Beratung, Einsatz vor Ort Notfalldienst für Arztpraxen	24 H / 365 Tage
Apotheken Notfalldienst	Auskunft über alle Dienstapotheken im Kanton Zürich	24 H / 365 Tage

Name	Angebot	Verfügbarkeit
unter 0900 553 555		
Schweiz. Medikamenten Informationsstelle 0900 573 554	Fragen rund um Medikamente, Anwendung, Nebenwirkungen	MO -FR 8.00-12.00
Fachspezifische Abteilungen von Akutspitalern (z.B. Onkologie)	In der AG Hotline gaben die Experten an, dass sie in Notsituationen auch schon auf eine Fachabteilung, den Notfall oder die OnkoSpitex angerufen haben.	→ entsprechender Hintergrunddienst muss Bestandteil des Leistungskataloges der Akutspitäler sein
Fachstelle Palliative Care der Spitex-Organisationen der Stadt Zürich	Die Fachstelle ist vom Angebot her gleichzeitig Hotline und Mobiles Team für die Stadt Zürich. Bekannt ist sie bei den Spitexzentren der Stadt Zürich und bei Hausärzten, die oft mit palliativen Situationen konfrontiert sind.	MO – FR 8.00-17.00
Onko-Spitex	Auskunft und Unterstützung bezgl. von Onkospitex betreuten PatientInnen	Für Notfälle 24 H / 365 Tage
Notfalldienste auf Notfallstationen von Akutspitalern	*	→ entsprechender Hintergrunddienst muss Bestandteil des Leistungskataloges der Akutspitäler sein
Radio-Onkologie USZ	USZ Patienten erhalten während einer ambulanten Bestrahlung über die Poliklinik die Nummer der Radio- Onkologie USZ und dürfen nachts und am Wochenende bei Unsicherheiten dort anrufen (1-3 Anrufe/Wochenende und 2/ Monat nachts)	
ALS Help 044 245 80 30	Vielfältige Merkblätter	MO – FR 8.00 – 17.00
Alzheimer Infostelle Kanton Zürich 043 499 88 63	Auskunft über Alzheimer	MO – FR 9.30 - 12-30 MI 9.30 – 15.30
Alzheimer Telefon CH-weit 024 426 06 06	Auskunft über Alzheimer	MO – FR 8.00 – 12.00 14.00 – 17.00
Krebstelephon 0800 118 811 CH-weit	Telefonische/Email- Beratung rund um medizinisch / pflegerische Fragestellungen Therapien und neue Medikamente	MO – MI 10.00-18.00 DO + FR 14.00-18.00 Ab 2007: MO – FR 10.00- 12.00 und 14.00-18.00
Krebsliga Kanton Zürich 044 388 55 22	Ärztliche Beratung über Vorsorge, Diagnose und Behandlung	DI 14.00 – 17.00
Lungenliga Kanton Zürich 044 268 20 00	Beratung/Information rund um Erkrankungen der Atmungsorgane Vermietung von Sauerstoffflaschen/Inhalationsgeräte	MO – FR 9.00 – 17.00
MS Infoline 0844 674 636	Auskunft über MS	MO – FR 9.00 - 13.00
palliative care – Netzwerk Zürich 044 240 16 20	Beratung / Information rund um Palliative Care	MO – FR 9.00 – 17.00
Parahelp 041 939 60 60	Auskunft und Beratung für Menschen mit einer Querschnittlähmung, die Mitglieder des Vereins Parahelp	Bürozeiten
Parkinfo 0800 803 020	Auskunft über Parkinson	MI 17.00 – 18.00
Zürcher Aidshilfe 044 455 59 00	Anonyme telefonische Beratung	MO–FR 14.00 – 17.00
Healthline Hirslandengruppe 0848 333 999	Beratung für Patienten der Klinikgruppe oder für Menschen mit Zusatzversicherung mit einer Health Line Mitgliedschaft	24 H / 365 Tage
Anbieterfirmen z.B. von Pumpen, Sonden etc.	Umfassende Beratung über Handling der Geräte	Bürozeiten
Pangas 0844 800 300	Sauerstoff Lieferung, Beratung zum Handling	MO – SA 6.00 - 22.00

Den bestehenden Angeboten, die einen 24 H Dienst anbieten, fehlt das spezifische Know – how in der (komplexen) Palliativsituation.

Es gibt ein grosses Angebot an **krankheitsspezifischen** Helplines und Beratungsstellen. Diese werden vor allem von Betroffenen und Angehörigen benutzt und sind meist nur unter Tags bedient.

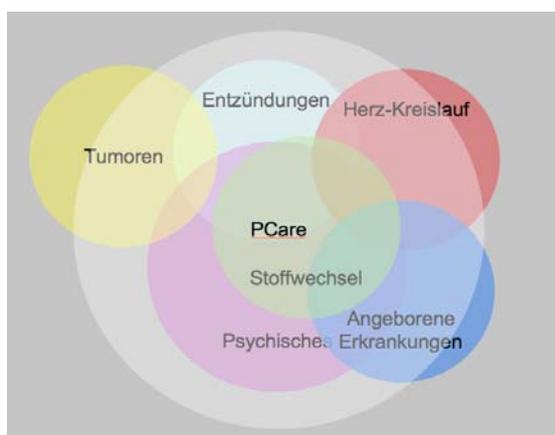
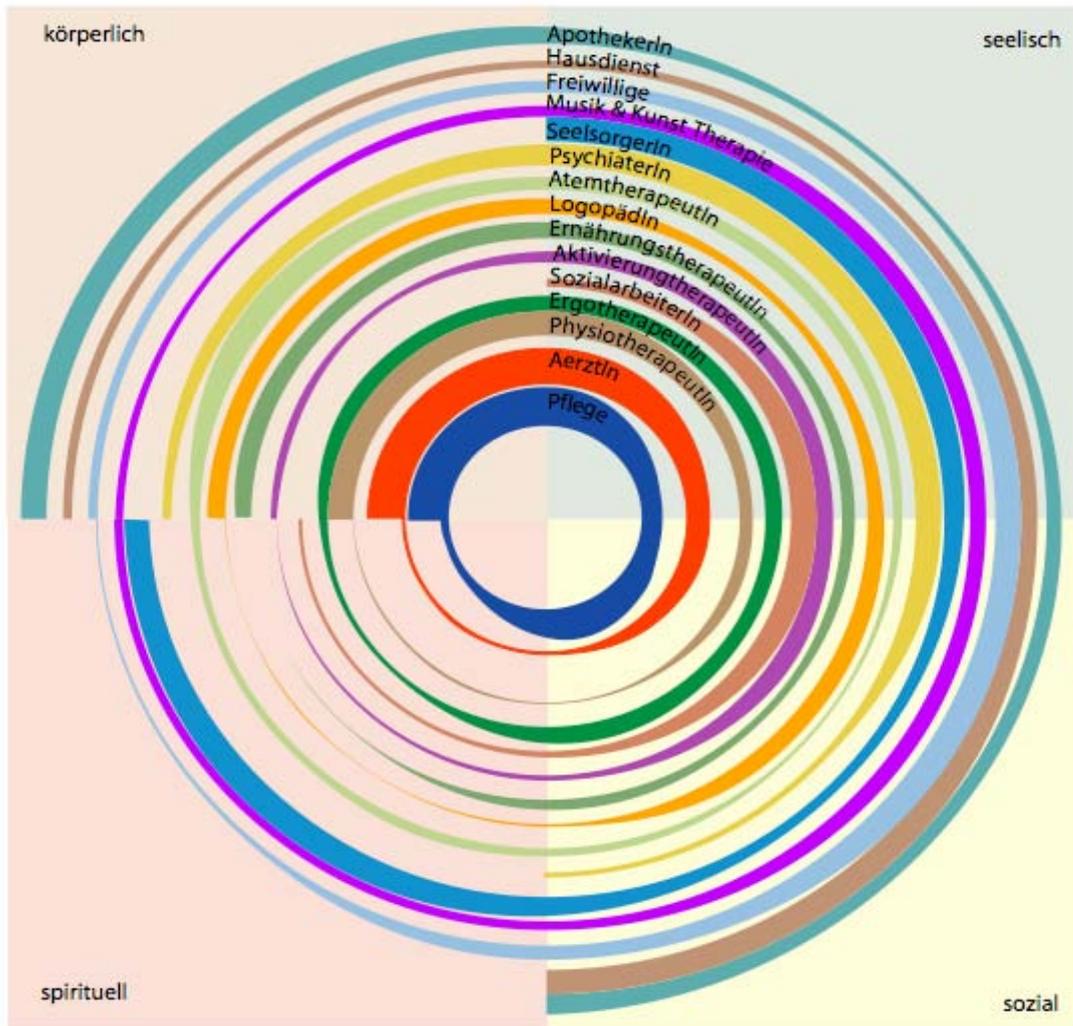
Eine kantonsweite, allen Leistungserbringern zugängliche, Palliative Care spezifische Auskunftsstelle existiert nicht.

Das **Zusammentragen** von Informationen z.B. im Internet ist umständlich und im Notfall untauglich.

### 3.3.3 Bedarf für Palliative Care Hotline

Bei Menschen in palliativen Situationen überlagern sich Symptome verschiedener Krankheitsbilder, die sich gegenseitig beeinflussen und verstärken.

Familiäre, psychische und spirituelle Nöte belasten die Situation zusätzlich. Eine gute Betreuung bedingt Fachleute aus unterschiedlichsten Professionen.



Oft entstehen akute und sehr komplexe Krisensituationen, die das primäre Betreuungsnetz, aber auch professionelle HelferInnen und Institutionen überfordern.

Angebote, die dieser Komplexität Rechnung tragen und einfach (während 24H/365 Tage im Jahr) erreichbar sind, gibt es im Kanton Zürich nicht. Eine professionelle Hotline kann diese Lücke schliessen

### **3.4 Beschreibung der Hotline Dienstleistung**

Den Fachleuten und in zweiter Linie Angehörigen und Patienten mit einer innert absehbarer Zeit zum Tode führenden Krankheit steht rund um die Uhr während 365 Tagen pro Jahr eine für den ganzen Kanton Zürich einheitliche Telefonnummer zur Verfügung, wo sie Information und Beratung zu Palliative Care erhalten.

Die MitarbeiterInnen der Hotline (callhandler) haben folgende Aufträge:

1. Problemerkfassung und Formulierung von konkreter Fragestellung
2. Triage in den Dimensionen: Dringlichkeit, Fachgebiet, Material, Handling
3. Vermittlung von Adressangaben von entsprechenden Experten aus den Professionen
4. Vermittlung von Adressangaben von Stützpunkten für entsprechende medizinische Gerätschaften
5. Vermittlung von Adressangaben von Apotheken für entsprechende Medikamente
6. Vermittlung von Adressangaben von Freiwilligenorganisationen und kostenpflichtigen Begleitangeboten
7. Vermittlung von Adressangaben von entsprechenden psychosozialen Angeboten
8. Bei Bedarf vor Ort bringen von Mobilien Palliative Care Teams
9. Rückvermittlung an behandelnden Arzt / Spitex

#### **3.4.1 Callvolumen**

Zu Beginn wird die Hotline bei den ambulanten und stationären Leistungserbringern und SpezialistInnen bekannt gemacht. Betroffene und Angehörige, die von diesen Leistungserbringern betreut werden, kennen die Hotlinenummer auch.

Entsprechend Erfahrungszahlen aus dem In- und Ausland ist mit 2 – 3 Anrufen täglich zu rechnen. An den Wochenenden ca 3 – 5 Anrufe. Insgesamt also ca. 900 Anrufe pro Jahr.

Auf eine ähnliche Grössenordnung kommt man, wenn man von den gut 10'000 Todesfällen/Jahr im Kanton Zürich ausgeht. Heute ist mit ca . 2000 Todesfällen zu Hause zu rechnen (20 %). Bei einem Viertel, d.h. ca 500 Fällen pro Jahr verläuft die Schlussphase der Krankheit mit Komplikationen. Falls bei diesen Patienten die Hotline 2 - 3 mal in Anspruch genommen wird, entstehen jährlich ca. 1300 Anrufe.

Falls Pflegeheime und Spitäler ohne Palliativezentrum auch noch ca 800 Anrufe jährlich generieren, entstehen gut 2100 Anrufe jährlich und ca. 6 Anrufe täglich.

Falls zu einem späteren Zeitpunkt die Hotline auch in der Öffentlichkeit breit bekannt gemacht wird und der Anteil der zu Hause sterbenden Bevölkerung wächst, kann das jährliche Callvolumen auf mehrere Tausend Anrufe, rsp. 10 – 15 Anrufe pro Tag anwachsen.

#### **3.4.2 Beratungsumfang**

Minimalvariante	Triage, Direktauskunft, MPCT bei Bedarf vor Ort schicken, ansonsten ausschliesslich Adressvermittlung.
Mixvariante	Triage, Direktauskunft, MPCT bei Bedarf vor Ort schicken tagsüber: Organisation von: Rückruf durch Spezialist, Gerätschaften, Medikamenten, Nachtwachen/Freiwilligen nachts: ausschliesslich Adressvermittlung
Maximalvariante	Triage, Direktauskunft, MPCT bei Bedarf vor Ort bringen,

	Organisation von: Rückruf durch Spezialist, Gerätschaften, Medikamenten, Nachtwachen/Freiwilligen
Gesprächsdauer	Es wird mit einer Gesprächsdauer/Anruf von 5 – 7 Minuten gerechnet. (1/3 der Anrufe). Bei komplexen/diffusen Fragestellungen 15-20 Minuten (2/3 der Anrufe). Wenn Organisation von Rückruf oder Hilfe vor Ort Teil des Aufgabenbereiches ist, zieht ein Anruf mehrere Telefonate nach sich, so dass mit Zeitaufwand bis zu 30 Min und mehr zu rechnen ist.
Weiter zu beachten	Bei Vollbetrieb wird die Hotline vermehrt auch von Angehörigen/Betroffenen an-gerufen werden. Die Zahl der diffusen Fragestellungen wird zunehmen, entsprechend ist mit längeren Gesprächszeiten zu rechnen und die Callhandler brauchen zusätzliche Ausbildung im Umgang mit solchen Problemstellungen.

### 3.4.3 Ziele bezüglich Beratungsqualität

Erfassung der Beratungsqualität	<ul style="list-style-type: none"><li>• Alle Anfragen und die daraus resultierende Schritte werden anhand eines vorgegebenen Rasters durch die Callhandler protokolliert. Periodisch wird der Raster aktualisiert, z.B. durch häufig genannte, neue Kategorien ergänzt.</li><li>• Die Wirksamkeit/Zufriedenheit wird periodisch durch telefonisches/schriftliches Nachfragen bei Anfragenden und Vermittelten überprüft.</li><li>• Diese Datenerfassung aller Anrufe ermöglicht das Erkennen von Mustern.</li><li>• Die Datenauswertung wird regelmässig durch die Hotlineleitung analysiert und interpretiert.</li><li>→ Datenbank: Informationen sind inhaltlich und qualitativ aktuell</li><li>→ Fallbesprechungen oder Bildungsangebote werden angeregt</li><li>→ breite Bevölkerung: Kann auf häufig erfragte Themen durch eine Informationskampagne sensibilisiert werden.</li></ul>
Resultat der telefonischen Beratung	<ul style="list-style-type: none"><li>• Die Problemerkennung ist in 90% gelungen.</li><li>• Die vermittelten Experten beraten oder instruieren in 90% der Fälle erfolgreich, so dass keine überstürzten Spitaleinweisungen nötig sind.</li><li>• Die vermittelten Angaben zu Gerätschaften oder psychosozialen Angeboten ermöglichen in 90% der Fälle, das Gesuchte zu beschaffen.</li><li>• Die vermittelten Angaben zu Freiwilligenorganisationen oder profitorientierten Begleitangeboten ermöglichen in 70% der Fälle eine 24H Begleitung zu organisieren.</li></ul>
Servicequalität	<ul style="list-style-type: none"><li>• Der Telefonanruf wird bei 80 % der Anrufe innerhalb 30 Sekunden angenommen.</li><li>• Die Problemerkennung ist innerhalb von 5 Minuten erfolgt.</li></ul>
Anforderungen an Callhandler	<ul style="list-style-type: none"><li>• Medizinisch-pflegerisches Grundlagenwissen, Ausbildung in Gesundheitsberuf</li><li>• Befähigt zur simultanen Beratung, Protokollführung und</li></ul>

- Datensuche „Multitasking“
  - Befähigt im Umgang mit Datenbanken und Aktualisierung derselben
  - Belastbare Persönlichkeit
  - sehr gute Kommunikationsfähigkeit (sowohl akustisch als auch inhaltlich) unter Berücksichtigung der speziellen Bedingungen der Telefonberatung
  - Fähigkeit in Extremsituationen Ruhe zu bewahren
  - Fähigkeit zu raschen Situationsanalysen
  - Grundlagenwissen zur Telefonberatungssituation
  - Sehr gute EDV-Kenntnisse
- Anforderungen an Hotlinebetreiber
- Die Einrichtung des Arbeitsplatzes entspricht den Bedürfnissen der MitarbeiterInnen (Datenbankzugriff etc.) und kann den steigenden Anforderungen angepasst werden.
  - Die technische Einrichtung des Arbeitsplatzes ist auf die Aufgaben der Callhandler und die jeweilige Betriebsoption ausgerichtet.
  - Das Personal wird nach den Kriterien der Fach- und Sozialkompetenz sowie nach Kommunikationsfähigkeit ausgewählt.
  - Ein Coaching der Hotline-MitarbeiterInnen ist gewährleistet.
  - Die Geschäftsleitung ist verantwortlich für die Qualitätskontrolle und erhält Einsicht in die Protokolle und die Fachevaluationen
  - Dienst- und Pikettpläne von PCare Spezialisten (MPCT/Kompetenzzentren) sind verfügbar
  - Leistungsvereinbarungen mit Fachspezialisten (Hintergrunddienst) sind abgeschlossen
  - Dienst- und Pikettpläne des Hintergrunddienstes sind verfügbar

### **3.5 Betriebsoptionen**

Drei Optionen werden für den Betrieb einer Palliative Care Hotline vorgeschlagen:

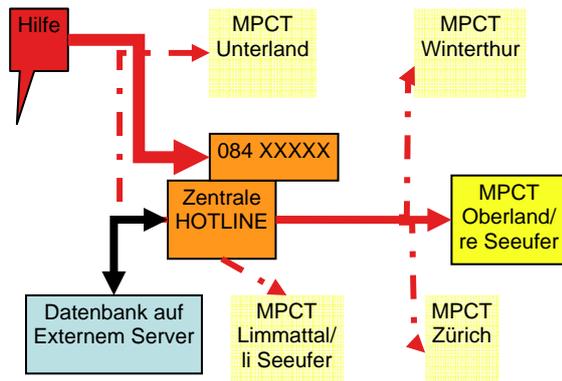
1. Telefondienst durch Fachleute eines MPCT oder eines Kompetenzzentrums für den ganzen Kanton
2. Routing der Anrufe entsprechend Postleitzahl des Anrufers zu regionalem MPCT oder Kompetenzzentrum
3. Professionelles medizinisches Callcenter

#### **3.5.1 Option 1: Zentrale Hotline für den ganzen Kanton**

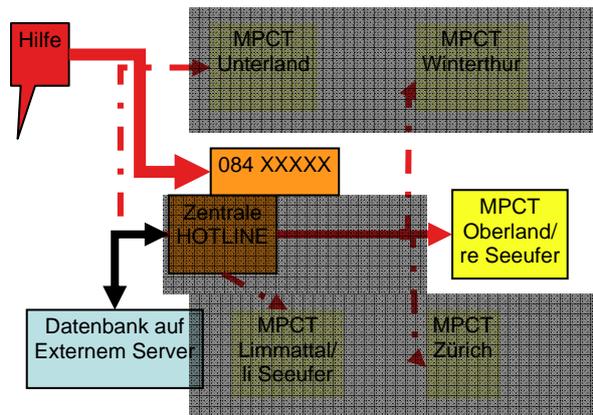
Durch eine 0844 Business Nummer werden die Anrufe tagsüber an die Geschäftsstelle eines grossen, überregionalen MPCT (Bsp. Onkospitex) oder an ein Kompetenzzentrum geleitet. Die Geschäftsstelle, rsp. Telefonzentrale des Kompetenzzentrums muss zu Bürozeiten, d.h. von 08:00 – 18:00 dauernd mit qualifiziertem Personal besetzt sein. In der Nacht werden die Anrufe im Turnus an die diensthabende Fachperson eines MPCT oder eines Kompetenzzentrums weitergeleitet.

Während dem Telefondienst haben die Fachleute Zugang zur Datenbank, wo Palliative Care Angebote und Hilfsmittel im ganzen Kanton Zürich aufgeführt sind.

### Tagesbetrieb Option1:



### Nachtbetrieb Option 1



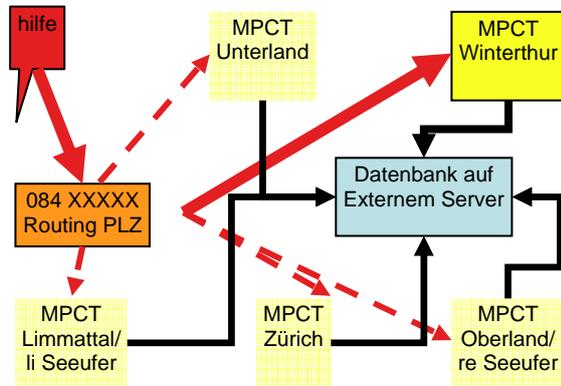
Vorteile	Nachteile
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Je nach Fachperson am Telefon kann eine komplexe Situation direkt telefonisch gelöst werden, ohne Vermittlung weiterer Fachleute.</li> <li>• Da die Anrufe über die Hotline neben anderen administrativen Arbeiten in der Geschäftsstelle oder im Kompetenzzentrum bearbeitet werden, wird für die Callhandler eine hohe Arbeitsproduktivität erzielt.</li> <li>• Geringere Zusatzkosten für Hotlinebetrieb.</li> <li>• Nähe zwischen Hotline und MPCT / Kompetenzzentrum vereinfacht allfälliges Weiterverbinden/Vermitteln von Fragestellungen an MPCT / Kompetenzzentrum.</li> <li>• Gute Vernetzung mit den MPCT/PCare Fachleuten kantonal</li> <li>• Protokollierung der Anrufe ist einfach</li> <li>• Aktualisierung der Daten (kantonsweit) gehört zum Pflichtenheft der Berater und ist gut zu bewerkstelligen, da die Berater auch die Datenbenutzer sind</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kombination administrativer Aufgaben und Callhandling, insbesondere jedoch die Doppelbelastung von Nachtdienst und Telefondienst kann zu Überforderung und verminderter Arbeitsqualität in beiden Bereichen führen.</li> <li>• Wenn die Zahl der Anrufe steigt, kommt es vermehrt zu Engpässen /Doppelbelastung und verminderter Servicequalität mit langen Wartezeiten</li> <li>• Es müssen viele Fachleute in der Bedienung der Datenbank und Fallaufzeichnung geschult werden.</li> <li>• Die Beratungen sind personenabhängig und von unterschiedlicher Qualität. Jede Fachperson wird v.a. im eigenen Gebiet kompetent beraten und entsprechend auch Massnahmen aus dem eigenen Fachgebiet viel häufiger empfehlen („to a man with a hammer every problem looks like a nail...“)</li> <li>• Das Ausbaupotential dieser Option ist durch den Nacht/Wochenendmodus und die damit verbundene Doppelbelastung limitiert</li> </ul>

### 3.5.2 Option 2: Routing durch Postleitzahlen

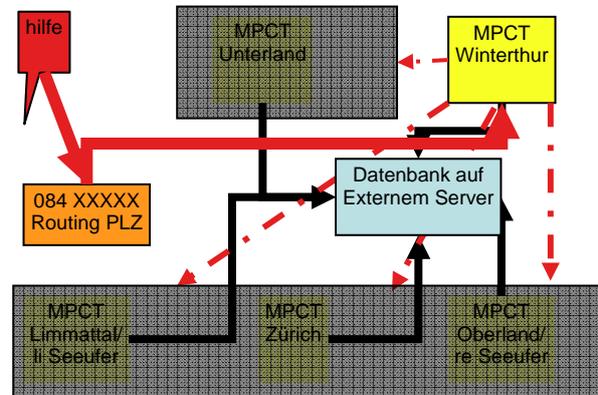
Durch eine 0844 Business Nummer, bei der ein Routing nach Postleitzahlen eingerichtet ist, werden die Anrufe direkt in die entsprechenden Regionen an die jeweilige Geschäftsstelle oder Telefonzentrale des regionalen Mobilen Teams oder Kompetenzzentrums geleitet. Die Anrufer werden am Telefon zuerst aufgefordert die Postleitzahl des Patientenstandorts anzugeben und mit Hilfe dieser Information werden sie der nächstliegenden Zentrale zugewiesen. In der Nacht kann der Telefondienst für mehrere Palliative Care Regionen zusammengelegt werden.

Während dem Telefondienst haben die Fachleute Zugang zur Datenbank, in der Palliative Care Angebote und Hilfsmittel im ganzen Kanton Zürich aufgeführt sind.

Tagesbetrieb Option 2:



Nachtbetrieb Option 2



Vorteile	Nachteile
<p>Gleich wie Option 1. Zusätzlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Angebot der Hotline kann umfassender sein. z.B. können nicht nur Adressen von Hilfestellungen vermittelt, sondern die Hilfestellung direkt organisiert werden.</li> <li>• Gute regionale Vernetzung mit den Fachleuten</li> <li>• Aktualisierung der regionalen Daten gehört zum Pflichtenheft der Berater und ist gut zu bewerkstelligen, da die Berater auch die Datenbenutzer sind</li> </ul>	<p>Gleich wie Option 1. Zusätzlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personalschulung und Infrastrukturbereitstellung in 5 Regionen nötig</li> <li>• Bei Bildung mehrerer regionaler MPCT hat wahrscheinlich keines die notwendige Grösse, um zu Bürozeiten dauernd eine Fachperson in der Geschäftsstelle zu beschäftigen. Dadurch muss oft auch tagsüber der Telefondienst während der Arbeit „im Feld“ übernommen werden. Dort hat man keinen Zugang zur Datenbank.</li> <li>• Pflege und Aktualisierung der Datenbank als „Ganzes“ mit allen Kantonsgebieten ist komplexer und aufwendiger</li> </ul>

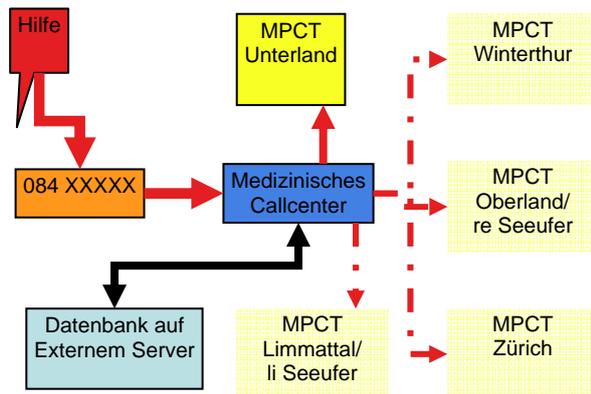
Option 2 ist gegenüber Option 1 teurer und bietet wahrscheinlich eine schlechtere Service- und Beratungsqualität.

### 3.5.3 Option 3: Betrieb der Hotline durch ein professionelles, medizinisches Callcenter

Die Hotline wird während 24H unter einer eigenen Nummer von einem medizinischen Callcenter bedient. Zur Diskussion stehen Medi 24, Medgate, Ärztelefon.

Die Callhandler triagieren die Anrufe bezüglich Dringlichkeit, Fachgebiet, Region und vermitteln die gesuchte Information, Hilfsmittel oder Unterstützung vor Ort. Dazu haben sie Zugang zur erwähnten Datenbank.

### Tages- und Nachtbetrieb Option 3



Vorteile	Nachteile
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Professionelles 24 h Angebot mit hoher, konstanter Servicequalität (rasche Beantwortung der Anrufe, trainierte Freundlichkeit)</li> <li>• Kenntnisse bzgl. Datenbankbenutzung und Call-Registrierung ist vorhanden und erprobt.</li> <li>• Zugriff auf die Datenbank ist rund um die Uhr möglich (nicht nur tagsüber).</li> <li>• Organisation und Verantwortlichkeit für personelle Fragen entfallen (Administrationsaufwand)</li> <li>• Beratung auch in verschiedenen Sprachen möglich</li> <li>• Prinzipiell keine Callzahlbeschränkung: das Angebot kann breitflächig, auch der Öffentlichkeit bekannt gemacht werden.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Praktische Palliative Care Erfahrung fehlt → Für Beratung/Hilfestellung muss meistens weiter verbunden werden</li> <li>• Wenig Vernetzung unter Fachleuten, da Callhandler nicht „im Feld“ arbeiten</li> <li>• Aktualisierung der Datenbank ist aufwändig, da Benutzer und Anbieter nicht identisch sind.</li> <li>• Teurer, da Vorhaltekosten für Schulung, Implementierung der Datenbank in Callcenterprozesse, Vertragsetablierung usw. auch bei geringer Callzahl anfallen</li> </ul>

Die Option 3 ist während der Startphase zu teuer. Bei Ausweitung des Angebotes auf Angehörige und die breite Bevölkerung, sollte diese Option erneut geprüft werden. Denkbar wäre, dieses Angebot schweizweit zu öffnen. Die einzelnen, kantonalen Sektionen der Schweizerischen Gesellschaft für Palliative Care wären für die Aufbereitung der regionalen Inhalte der Datenbank zuständig.

### 3.6 Marketing und Kommunikation

Zentrale Botschaften des Marketing und Kommunikationskonzeptes sind:

- Palliative Care stellt den Menschen in den Mittelpunkt. Dieser ideelle, menschliche Wert wird im Marketing berücksichtigt.
- Grundlage der Zusammenarbeit bildet das Verständnis, dass alle Beteiligten voneinander lernen können. Die Zusammenarbeit wird erleichtert, wenn man sich kennt.
- „Auch nach 20 Berufsjahren gibt es Situationen, die ich noch nie erlebt habe, da bin ich froh, gezielte Beratung in Anspruch zu nehmen“
- „EINE Stelle für schwierige palliative Pflege- und Therapiesituationen, vermittelt Vertrauen, spart Zeit und Nerven.“

- „Beratung erhalten Sie während 24H an 365 Tagen unter der Telefonnummer 0844 365 24 24.
- Hilfe von Fachleuten für Fachleute.“
- "Die Hotline "Palliative Care" erleichtert durch ihren Zugang zu Spezialistinnen rund um die Uhr den Entscheid zu einer Betreuung im vertrauten Umfeld. Wagen Sie den Schritt!"
- Hohe Qualität der Informationen – von Fachleuten für Fachleute.

Das Marketing beginnt bei der Erhebung/Erfassung der Inhalte für die Datenbank und mit dem persönlichen Kontakt..

Zielgruppen	Bekanntmachung des Angebotes, Promotion
HausärztInnen und SpezialistInnen (Onko, Neuro, Cardio etc.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eingängige Nummer: 0844 365 24 24.</li> <li>• Nummern zum Anhängen an den Notfallkoffer jedes Hausarztes</li> <li>• Information &amp; Werbung an ärztliche Fortbildungen, Weiterbildungen, Tagungen GVs etc.</li> </ul>
Spitex	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nummern zum Anhängen</li> <li>• persönliches Aufsuchen der Spitex und Vorstellen des Angebotes</li> </ul>
Akutspitäler	<ul style="list-style-type: none"> <li>• beim Erfragen der Angebote für die Datenbank auf die Möglichkeiten hinweisen, die Datenbank auch auf dem Internet-Weg für fachspezifische Hinweise nutzen zu können. „Nummernbadge“ für jedes Stationszimmer</li> <li>• Alle SozialarbeiterInnen persönlich anschreiben und informieren, für MPCT sich persönlich vorstellen, langfristige Planung.</li> </ul>
Pflegezentren und Altersheime	<ul style="list-style-type: none"> <li>• grosser Bestand an Hotline-Nummernbadge an die Zentren verteilen, um auch die entsprechenden Hausärzte zu erreichen</li> <li>• „Nummernbadge“ für jedes Stationszimmer</li> </ul>
SeelsorgerInnen, PsychologInnen, Freiwilligenorganisationen, Ergo-, Musik-, Kunst-, MusiktherapeutInnen:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• auf das Angebot hinweisen mit Artikel in entsprechenden Fachzeitschriften</li> <li>• auf Hotline hinweisen</li> <li>• Beilagekarte mit Nummer in den Fachzeitschriften</li> <li>• an Tagungen und Veranstaltungen Angebot vorstellen</li> </ul>
Psychiatrische Einrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• beim Erfragen der Angebote für die Datenbank auf die Möglichkeiten die Datenbank auch auf dem Internet-Weg für fachspezifische Hinweise nutzen zu können hinweisen.</li> <li>• www. Adresse „Nummernbadge“ für jedes Stationszimmer</li> <li>• Alle SozialarbeiterInnen persönlich anschreiben und informieren, für MPCT sich persönlich vorstellen</li> <li>•</li> </ul>
Ligen, Vereinigungen, Gesellschaften	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beim Erfragen der Angebote für die Datenbank diese Dienstleistungsangebote für eine Zusammenarbeit gewinnen. Sie haben die Erfahrung und das Wissen in der spezifischen Krankheit und in der Hotline ist dieses Wissen</li> <li>• 1. zusammengetragen und vernetzt und</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2. mit palliativ care spezifischem Wissen angereichert.</li> </ul>
Breite Bevölkerung	In der Kostenzusammenstellung beinhaltet die Position „Werbung“ keine speziellen Massnahmen um die breite Bevölkerung auf das Angebot Hotline aufmerksam zu machen, auch wenn das wünschenswert wäre. Diese Personengruppe wird im Konzept ausschliesslich durch die involvierten Fachleute auf das Angebot hingewiesen.

### 3.7 Finanzplan Hotline

#### 3.7.1 Aufbaukosten

Für den Aufbau der Hotline ist mit Kosten von ca. 190'000 zu rechnen. Darin enthalten sind die Erarbeitung der Betriebsabläufe, Softwareentwicklung, Personalschulung und Marketing.

Für die Finanzierung des Aufbaus sollten Beiträge der Gesundheitsdirektion, des Lotteriefonds, sowie Sponsoren geprüft werden.

#### Bedingungen Lotteriefonds:

Keine Beteiligung an den Betriebskosten. Bezahlt werden Investitions- also Sachkosten wie Anschaffung von Hard- und Software, Infrastruktur, nötige Umbauten etc. Eine direkte finanzielle Beteiligung der Projekt-Standortgemeinde(n) ist Voraussetzung für eine Leistung des Fonds. Das bedeutet, dass die Gemeinden und nicht der Kanton, mindestens die Hälfte der Aufbaukosten übernehmen müssen. Unter diesen Voraussetzungen würde der Lotteriefonds möglicherweise 100'000.- - 150'000.- beisteuern.

Der Aufbau einer Palliative Care Hotline ist vor allem in Kombination mit MPCT erfolgsversprechend. Diese wiederum bedingen eine Gesetzesänderung, nach der das Angebot spezialisierter Palliative Care Leistungen zu den Pflichten des Kantons oder der Gemeinden gehört (s. Kapitel Betriebsoptionen der MPCT). In beiden Fällen würden sich die Gemeinden an den Aufbaukosten der Hotline mindestens indirekt beteiligen.

Im Gespräch mit Herrn Dr. S. Crivelli wurde Interesse an einer Beteiligung des Lotteriefonds für diesen Aufbau signalisiert. Es wurde uns empfohlen der GD klar zu signalisieren, dass der Lotteriefond angefragt wurde und dass eine klare Stellungnahme der GD zu diesem Anliegen vorliegen muss. Die Gesuchsfrist beträgt 6 Monate und mehr.

#### Firmensponsoring:

Eine Anfrage bei der Velux Stiftung wurde gemacht. Das Projekt liegt nicht klar im Stiftungszweck, aber auch nicht klar ausserhalb. Es wurde empfohlen ein Gesuch einzureichen. Eingabefrist ist Ende Februar 2007, behandelt wird das Gesuch im Juni 2007.

Bei der Abklärung, ob ein Sachsponsor in Sachen EDV/Software/Programmierung denkbar ist, wurde uns empfohlen das Einrichten der Datenbank einer Fachhochschule als Diplomarbeit anzubieten. Der zeitlicher Umsetzungsrahmen von Diplomarbeiten beträgt 3-6 Monate.

Finanzplan Option 1	Std à 100.-	Aufbauphase
Betriebsablauf definieren (inkl. lokaler und beweglicher Zugriff auf virtuelles Netz)	10	1'000.00
Zusammenarbeitsvereinbarungen mit Geschäftsstelle	8	800.00
Erfassungs- und Evaluationsformulare erstellen	15	1'500.00
Leistungsvereinbarungen für Hintergrunddienst / Pikett	20	2'000.00
Zusammenarbeitsvereinbarungen/ Workshop mit Freiwilligenorganisationen	50	5'000.00
Vereinbarungen mit Depotstellen und Zulieferfirmen	36	3'600.00
Sollkriterien für Soft- und Hardware definieren	30	3'000.00
<b>Detailerarbeitung Betriebsabläufe:</b>		<b>16'900.00</b>
Businessnummer beantragen, Vereinbarungen/Verträge für Telefonbetriebssystem abschliessen	6	600.00
Installation Telefonleitung/ erweiterte Kapazitäten		3'000.00
Kosten Businessnummer		260.00
Arbeitsplatz einrichten		500.00
Softwareauswahl / Anpassungen / Installation /Inbetriebnahme		70'000.00
Hardware		10'000.00
Communicators	2	2'000.00
<b>Infrastruktur:</b>		<b>86'360.00</b>
Ausbildungskonzept erstellen	8	800.00
Einführung/Schulung der Hotlinebetreiber (Tag/Nachtpersonen)		10'000.00
Bildung des Aufsichtsgremium mit Aufgabendefinition und Evaluationskonzept		2'000.00
Daten der Palliative Care relevanten Fachgebiete, Professionen, Organisationen, Gerätschaften (inkl. Qualitätskriterien)erheben, erfassen		17'500.00
<b>Personalkosten:</b>		<b>30'300.00</b>
Detailerarbeitung Kommunikationskonzept (für Fachleute)	24	2'400.00
CI, Prospekt, Gadgets, Merkkarte ausführen		10'000.00
Produktionskosten		15'000.00
Infoanlässe organisieren, oder bei Weiterbildungen, Fachanlässen präsent sein, Versand (11000.- Porto)		25'000.00
<b>Marketing</b>		<b>52'400.00</b>
<b>Total Aufbaukosten</b>		<b>185'960.00</b>

### 3.7.2 Betriebskosten

Die Berechnung der Betriebskosten und Einnahmen geht von 1500 Anrufen / Jahr aus. Wir nehmen an, dass gut 2/3 der Anrufe weitere Abklärungen und Rückrufe benötigen. Diese, jeweils über 5 Minuten dauernden Gespräche sollten als konsiliarische Beratung (ärztlich/pflegerisch) in Rechnung gestellt werden. Hierfür müssen von der anrufenden Fachperson die Personalien des betreffenden Patienten angefordert werden und der Patient muss vorgängig informiert werden, dass er eine Rechnung für diese konsiliarische Beratung bekommen wird. Der Aufwand dieses Vorgehens ist zwar erheblich, bietet aber neben der Möglichkeit, die Beratung zu verrechnen den Vorteil, dass das MPCT bei Notwendigkeit eines Einsatzes vor Ort bereits über die Patienten-Unterlagen verfügt. Mit den aktuellen

Tarifen sind allerdings die über diesen Weg erzielten Einnahmen bescheiden. Bei 1000 verrechenbaren Gesprächen pro Jahr würden ca. 20'000 Einnahmen erzielt. Wenn möglich sollten im Rahmen der Tarifverhandlungen für die MPCT auch für die telefonische Beratung bessere Tarife verhandelt werden.

Eine weitere Finanzierungsvariante wäre eine Teilfinanzierung durch Kopfpauschalen pro Kantonseinwohner, vergleichbar mit dem Finanzierungs-Modell des Rettungswesens. Wir schlagen einen jährlichen Beitrag von Fr. 0.03 pro Einwohner vor, wodurch ein Beitrag von ca. 30'000 resultieren würde.

Eine Teilfinanzierung durch Kostenpflicht der Hotline (0900 Nummer) wurde mit verschiedenen Fachleuten diskutiert. Schon ein Minutenbetrag von Fr. 1.- scheint problematisch zu sein, da mit den aktuellen Tarifverträgen solche Extrakosten von den Fachleuten nicht weiterverrechnet werden können. Eher weist man den Patienten bei Problemen ins Spital ein. Zudem sind 0900 Nummern in den Pflegezentren gesperrt.

Geprüft wurde auch die Möglichkeit von Hotline-Abonnements für Institutionen: Fachinstitutionen bezahlen einen Jahresbeitrag, der sie zu einer gewissen Anzahl kostenloser Anrufe berechtigt. Bei ca. 270 Pflegezentren, ca. 110 Spitexorganisationen; ca. 30 Akutspitäler/psychiatrischen Einrichtungen würde ein Jahresabo von CHF 100.- zu Einnahmen von ca. CHF 40'000 führen. Denkbar ist auch, für solche Abos Spender zu finden.

Auch bei Kombination der verschiedenen Finanzierungsoptionen ist ein kostendeckender Betrieb kaum zu erzielen. Bei Integration in die Geschäftsstelle eines MPCT oder Integration in ein Kompetenzzentrum könnte die Hotline als Dienstleistung für Zuweiser betrachtet werden. Der Fehlbetrag könnte als Marketingaufwand verbucht und über andere Dienstleistungen quersubventioniert werden. Voraussetzung ist natürlich dass diese anderen Dienstleistungen kostendeckend, rsp. mit kleiner Gewinnmarge verkauft werden können (s. Konzept MPCT).

Hier liegt auch eines der Probleme bei Integration der Hotline in ein Kompetenzzentrum. Falls die Hotline mindestens teilweise über stationäre Leistungen des Kompetenzzentrums querfinanziert werden muss, ist der Anreiz für eine optimale Unterstützung der ambulanten Fachleute und damit Vermeidung der Hospitalisation gering. Zudem fehlt den Fachleuten in den Spitälern oft die Erfahrung mit den spezifischen Problemen und den regionalen Gegebenheiten der Betreuung zu Hause.

Aus diesen Gründen wird die Ansiedlung der Hotline bei den MPCT favorisiert.

Betriebskosten Option 1	1. Betriebsjahr	2. Betriebsjahr	3. Betriebsjahr
<b>Grundlagen:</b>			
Erfassungs- und Evaluationsformulare anpassen	1'500.00	500.00	500.00
Kontaktpflege/Vertragswartung mit Freiwilligenorganisationen	1'500.00	1'500.00	1'000.00
Weiterentwicklung der Zusammenarbeit und Vertragswartung mit Depotstellen	1'500.00	1'500.00	1'500.00
<b>Infrastruktur:</b>			
Abonnement Businessnummer (1200.-)	1'200.00	1'200.00	1'200.00
Anteil Büromiete/Infrastrukturbenutzung/Büromaterial (15% v. 2000.- x 12 + 11'000 Infrastruktur, Versicherung etc. = 35'000)	5'250.00	5'250.00	5'250.00
PC Support / Anpassungen / Inbetriebnahme kleinere Programmierarbeiten	2'000.00	2'000.00	2'000.00
Software (evtl. Applikation, eigene Lösung)	5'000.00	5'000.00	5'000.00
Hardware	2'000.00	2'000.00	2'000.00
Communicators	1'000.00	1'000.00	2'000.00
<b>Personalkosten:</b>			
Anteil Personalkosten (10% der Administrationsstelle 120'000)	12'000.00	12'000.00	12'000.00
Hintergrunddienst via Kompetenzzentren	-	-	-
Pikettpauschalen Arzt/Pflege via Mobile Teams	-	-	-
Ausbildung / Weiterbildung/ Supervision	7'000.00	7'000.00	7'000.00
Aufsichtsgremium (Evaluation/Datenanalyse etc.)	1'000.00	1'000.00	1'000.00
Datenbank unterhalten (aktualisieren, ergänzen etc.)	3'000.00	3'000.00	3'000.00
<b>Marketing</b>			
Infoanlässe organisieren, bei Weiterbildungen, Fachanlässen präsent sein, Versand	6'000.00	6'000.00	6'000.00
Reserve	5'000.00	5'000.00	5'000.00
<b>Total Fixkosten</b>	<b>54'950.00</b>	<b>53'950.00</b>	<b>54'450.00</b>
Gespräche	7'500.00	7'500.00	7'500.00
Anteil Personalkosten (10% der Administrationsstelle 120'000)	12'000.00	12'000.00	12'000.00
Aufsichtsgremium (Evaluation/Datenanalyse etc.)	2'000.00	2'000.00	2'000.00
<b>Total variable Kosten</b>	<b>21'500.00</b>	<b>21'500.00</b>	<b>21'500.00</b>
<b>Total Betriebskosten</b>	<b>76'450.00</b>	<b>75'450.00</b>	<b>75'950.00</b>
<b>Beiträge Kanton</b>			
1000000 Einwohner x Fr. 0.03	30'000.00	30'000.00	30'000.00
Payphone 1500 Tel à 7Min x 1.-	10'500.00	10'500.00	10'500.00
verrechenbare Gespräche (via Krankenkasse) 1000 Gespräche< 5Min (2/3 durch Hotline verrechenbar, sonst über MPCT;)	19'800.00	19'800.00	19'800.00
<b>Total Einnahmen</b>	<b>60'300.00</b>	<b>60'300.00</b>	<b>60'300.00</b>
<b>Fehlbetrag</b>	<b>16'150.00</b>	<b>15'150.00</b>	<b>15'650.00</b>

Die oben skizzierte Betriebsoption 2 würde wegen dezentraler Organisation ca. 20 % höhere Aufbau- und Betriebskosten verursachen, ohne höhere Einnahmen zu generieren.

Bei der Option 3 wäre mit Aufbaukosten von 200'000 - 300'000.-CHF zu rechnen. Darin enthalten wären die Spezifikation der Anwendung, Erstellung eines fachorientierten und technischen Pflichtenheftes, Programmierung der Applikation entsprechend dem Pflichtenheft, Test der Applikation, Überführung in die Produktivumgebung, Anpassung der Prozess- und Managementinformations-Plattform (ProMIS) des Medizinischen Call Centers an die Kundenbedürfnisse und Grundschulung des in Palliative Care spezialisierten Call Center Teams.

Die Betriebskosten bei der Option 1 würden bei 1500 Inbound Calls à 5 Minuten mit einem Service Level „80/20“ (80 % der Anrufe werden in 20 Sekunden beantwortet) ca. 45'000 CHF betragen. Dazu kämen ca. 30'000 für 1000 Outbound Calls à 5 Minuten und ca. 20'000 für Fortbildung und Supervision der Gesundheitsberaterinnen. Für Hosting, technischen Unterhalt und Weiterentwicklung der Webapplikation/Datenbank würden nochmals ca. 20'000 pro Jahr anfallen.

Option 3 wäre also im Betrieb bei niedriger Anrufrfrequenz um ca. 50 % teurer. Bei hoher Anrufrfrequenz würden sich die Betriebskosten den anderen Optionen angleichen. Da medizinische Callcenter heute vorwiegend durch die Krankenversicherer finanziert werden, wäre zu prüfen, ob das zusätzliche Angebot einer spezialisierten Palliative Care Beratung höhere Beiträge der Krankenversicherer ans Callcenter rechtfertigen und damit allenfalls gar einen kostendeckenden Betrieb ermöglichen würde.

### **3.8 Umsetzungsplan**

Den grössten Zeitbedarf für die Umsetzung der Hotline beansprucht wahrscheinlich die Sicherstellung der Finanzierung. Die Bearbeitung von Gesuchen bei Stiftungen und Spendern kann viele Monate in Anspruch nehmen. Bei Integration der Hotline in die Geschäftsstelle eines MPCT muss zuerst deren Finanzierung gesichert werden. Dafür ist eine Änderung des Gesundheitsgesetzes notwendig, was noch 1 – 2 Jahre dauern kann.

Ab Sicherung der Finanzierung würde der Aufbau der Hotline ca. 8 Monate bis zur Betriebsbereitschaft dauern.

## 4 Mobile Palliative Care Teams (MPCT)

### 4.1 Zusammenfassung MPCT

Ziel und Zweck	<ul style="list-style-type: none"><li>• Unterstützung und Beratung der lokalen Leistungserbringer (Hausärzte, Spitex, Heim, Spital) in akuten Palliative Care Situationen</li><li>• Krisenintervention am Wohnort (auch Alters- oder Pflegeheim) von PatientInnen mit schwerer, fortschreitender und innert absehbarer Zeit zum Tode führender Krankheit</li><li>• Durchbrechen von Eskalationen und Verhinderung vermeidbarer Spitaleinweisungen</li><li>• Kosteneinsparungen im stationären Bereich</li></ul>
Teammitglieder	<ul style="list-style-type: none"><li>• Arzt und Pflegefachperson mit Ausbildung in Palliative Care, die zum Teil gemeinsame Einsätze leisten.</li><li>• Eigenes Team für Kinder mit Pädiater und Pflegefachperson aus der Pädiatrie (Kinderspitex).</li></ul>
Verfügbarkeit	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sofortige telefonische Erreichbarkeit während 365 x 24 h</li><li>• Einsatzbereitschaft vor Ort innert 1 – 3 Std im ganzen Kanton Zürich</li></ul>
Aufgaben	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Krisenintervention, v.a. bei schwieriger Symptomkontrolle oder akuter Überlastung der Angehörigen.</li><li>2. Vorausschauende Planung der Betreuung und Eventualplanung möglicher, akuter Komplikationen (Notfallplanung, z.B. bei epileptischen Anfällen, Darmverschluss).</li><li>3. Kompetente fachliche Unterstützung des Betreuungsteams vor Ort, bei Bedarf Organisation eines erweiterten Betreuungsteams inklusive Laien (Case Management).</li><li>4. Befähigung des Betreuungsteams, so dass die MPCT im Anschluss nur konsiliarisch beigezogen werden müssen.</li><li>5. Bereitstellen von Medikamenten und medizinischen Geräten im Notfall</li><li>6. Hilfe bei Entscheidungsfindungen (runder Tisch)</li><li>7. Beratung und Anleitung zur Erstellung einer Patientenverfügung</li><li>8. Spezialisierte Pflege und Behandlung (Übernahme und Instruktion):<ul style="list-style-type: none"><li>• Installation von Pumpen zur kontinuierlichen, patientengesteuerten Schmerztherapie (intravenös und rückenmarksnah)</li><li>• Transfusionen</li><li>• Intravenöse Verabreichung von Nährlösungen</li><li>• Handhabung und Kontrolle von Sonden, Kathetern und Drainagen</li></ul></li></ol>
Organisation	<ul style="list-style-type: none"><li>• Die regionalen MPCT haben eigene Organisations- und Rechtsformen.</li><li>• Sie sollten wo möglich aus bestehenden Strukturen, Bsp. Onkospitex, Kinderspitex gebildet werden.</li><li>• Es können auch Teams aus Kompetenzzentren gebildet werden. Sie brauchen eine Zahlstellenummer und müssen sowohl</li></ul>

- ärztliche wie pflegerische Leistungen über die gültigen oder noch zu verhandelnde Tarifverträge mit den Versicherern abrechnen können.
- Die Einsätze regionaler MPCT werden in der Regel via Hotline triagiert und vermittelt.
  - Im Kanton Zürich wären 5 Palliative Care Versorgungsregionen sinnvoll.
  - Es ist denkbar, dass eine Organisation die MPCT für mehrere oder sämtliche Palliative Care Regionen stellt und entsprechende, lokale Stützpunkte bildet.
  - Tagsüber sind mehrere MPCT im Kanton im Einsatz. Nachts schliessen sich mehrere MPCT für den gemeinsamen Pikettdienst zusammen.
- Zusammenarbeit mit Kompetenzzentren
- Konsiliarischer Beizug der Kompetenzzentren für spezielle Fragestellungen
  - Nahtstellenmanagement mit einheitlicher Patientendokumentation
  - Regelmässiger Austausch und Fallbesprechungen
- Finanzplanung
- Ärztliche Dienstleistungen können über gültigen Tarmedvertrag verrechnet werden. Mit den Versicherern muss die Überschreitung gewisser Limitationen vereinbart werden.
  - Für die spezialisierten Pflegeleistungen sowie für Case Management sind spezielle Tarifvereinbarungen mit den Krankenversicherern sowie öffentliche Subventionen nötig.
  - Die Sicherstellung öffentlicher Subventionen der MPCT im ganzen Kanton bedingt eine Änderung des Gesundheitsgesetzes.
    - Entweder wird die im Rahmen der MPCT notwendige, spezialisierte Pflege dem Verantwortungsbereich des Kantons zugeschrieben
    - Oder die Gemeinden werden verpflichtet, spezialisierte, mobile Palliative Care Leistungen anzubieten.

## 4.2 Markt

### 4.2.1 Ergebnisse der Umfrage zum bestehenden Angebot und ergänzendem Support-Bedarf

Um das bestehende Angebot sowie den Bedarf nach Support zu eruieren haben wir bei den HausärztInnen, Spitex, Pflegeheimen und Spitälern eine Umfrage bei je ca 30 zufällig ausgewählten Leistungserbringern durchgeführt. Der Rücklauf von ca 50 % zeigt das grosse Interesse am Thema (s. Kapitel „Markt“ für Hotline). Zu den beschriebenen Dienstleistungsangeboten der MPCT wurde wie folgt Stellung genommen:

Eine **24-Std-Betreuung** bieten laut unserer Umfrage 2 von 19 Hausärzten sowie die stationären Anbieter an. Die Spitex vermittelt lediglich Nachtwachen bei Bedarf. Support in diesem Bereich ist durch Hausärzte und Spitex gewünscht.

Support in Form von Instruktion oder Übernahme wird ebenfalls im Bereich **spezialisierte Behandlungspflege** (Installation, Handling und Kontrolle von Pumpen, Kathetern, Sonden, Drainagen) durch die Hausärzte und Spitex, in etwas geringerer Masse auch von den Heimen gewünscht. **Symptombehandlung** (Schmerzen, Atemnot, Übelkeit/Erbrechen) bieten alle an, wünschen sich jedoch Support bei schwierigen, therapieresistenten Fällen (Heime: telefonisch, Hausärzte und Spitex: auch Instruktion und Übernahme).

Die **vorausschauende Notfallplanung** sowie das **Führen eines Schmerzerfassungsprotokolls** wird von allen Leistungserbringern nur zum Teil angeboten (auch Spitäler), Spitäler, Spitex und Hausärzte wünschen sich telefonischen Support und/oder Instruktion. Im Fall von Notfallsituationen (Schmerzdurchbrüche, Erstickung, Blutungen, Krämpfe) bieten die Spitäler in 100% (Ausnahme: psychiatrische Klinik) die übrigen Leistungserbringer in ca 60% der Fälle professionelle Hilfe. Spitex und Hausärzte wünschen Support.

In der **Beratung der betreuenden Fachpersonen in komplexen Situationen** wünschen sich ca 60 % der Anbieter Unterstützung, alle bieten dies jedoch mindestens teilweise selbst an.

**Vermittlung resp. kurzfristige Beschaffung von medizintechnischen Geräten, Medikamenten und Sauerstoff** können nur die Spitäler leisten (Heime: Sauerstoff und Medikamente), Hausärzte und Spitex sind auf Support angewiesen.

Die Spitex und Hausärzte vermitteln bei Bedarf in 50 % (Hausärzte) bis 80% (Spitex) **Nachwachen** und sind vor allem in Notfällen auf Support angewiesen.

**Therapeutische, seelsorgerische, psychotherapeutische Begleitung** wird durch die Hausärzte in 50 % der Fälle, bei der Spitex etwas häufiger angeboten, Support ist gewünscht. Heime und Spitäler bieten seelsorgerische Begleitung an, therapeutische Begleitung zu ca 40 %, Support wird v.a. durch die Spitäler gewünscht.

**Beratung und Begleitung von Angehörigen** bieten alle zu ca 90 % an. **Unterstützung bei der Erstellung einer Patientenverfügung** bieten die Hausärzte und Heime zu ca. 80 %, Spitäler und Spitex zu ca. 50 % an. Support wird von allen (am wenigsten von den Heimen) gewünscht. **Familiengespräche** bieten alle mindestens ansatzweise an, Support (Instruktion oder Übernahme) ist jedoch gewünscht. Das gleiche gilt für interdisziplinäre Fallbesprechungen.

**Spezielle Patientengruppen** (ALS, MS, AIDS, hirntraumatisierte Patienten, psychiatrische Pat.) werden von 20 % der Hausärzte, 30 % der Heime, 60 % der Spitex, 70 % der Spitäler betreut, Support ist v.a. von den Hausärzten und der Spitex gewünscht.

Die Frage „**Können sie sich vorstellen, einzelne dieser Dienstleistungen durch ein mobiles Team erbringen zu lassen, das eng mit ihrer Organisation zusammenarbeitet**“ sowie „eine eingängige Tel.nr., die 24 Std erreichbar ist, in einem Notfall zu wählen“ antworten:

Hausärzte: 100 % ja  
Spitex: 80 % ja  
Heime: 80 % ja  
Spitäler: 60 % ja

Auf die Frage, zu **welchen Zeiten ein MPCT erreichbar sein soll**, antworten

60 % der Befragten: sofort und 24 Std

25 % der Befragten: sofort tagsüber

15 % der Befragten: sofort während der Bürozeiten

Die **Verfügbarkeit der MPCT** wird innert 1-3 Std bis ½ Tag gewünscht.

Die **wünschbare Zusammensetzung eines MPCT** ist folgende:

Prioritär: In Palliative Care ausgebildeter Arzt und Pflegefachperson

Subsidiär: Sozialarbeiter, Pädiater, Pflegefachperson Pädiatrie, Seelsorger, Psychiater, Freiwillige, Anästhesist, Ethiker, Onkologe, Physiotherapeut, Gerontologe.

Eine **Spezialisierung der MPCT auf Fachgebiete** wird von den meisten gewünscht, wobei pädiatrische und onkologische Erkrankungen am meisten genannt werden. Weniger häufig werden Cardio-pulmonale, neurologische und metabolische Erkrankungen genannt.

#### **4.2.2 Interesse der bestehenden Leistungserbringer am Einsatz von MPC**

##### **Interesse der HausärztInnen (von Dr. Reinhard Baumann):**

Die Betreuung von Schwerkranken und Sterbenden war seit jeher ein wesentlicher Teil der familien- bzw. hausärztlichen Tätigkeit, vor allem in „früheren Zeiten“, als keine wirksamen kurativen Behandlungsmassnahmen zur Verfügung standen. Dass das auch heute noch so sein sollte, ist eigentlich allen bewusst. Die Realität ist jedoch, dass terminal Kranke oft rasch in Akutkrankenhäuser eingewiesen werden, wenn sich die Situation kompliziert. Statistiken über die Sterbeorte in der Schweiz unterstreichen diese Aussage.

Die Betreuung von terminal Kranken ist oft sehr zeit- und personalintensiv. In den letzten Wochen und Tagen vor dem Tod können tägliche Visiten nötig sein, um den komplexen somatischen und psychosozialen Bedürfnisse der Patienten und ihrer Angehörigen gerecht zu werden. Eine solche Betreuung ist kaum mit einer durchschnittlichen Praxisorganisation vereinbar. Trotzdem erwarten die Kranken und ihre Angehörigen, dass der Hausarzt oder die Hausärztin auch am Lebensende die hauptsächliche Bezugsperson bleibt. Dies kann gewährleistet werden, wenn die Grundversorger in spezifischen Fragen der Terminalbetreuung beraten und unterstützt werden.

Mobile Palliative Care Teams sind in der Lage, Hausärztinnen und Hausärzte in folgenden Belangen zu entlasten:

- Beratung bei der Symptomkontrolle und der Schmerztherapie, wenn diese durch die Krankheitsevolution kompliziert wird. Dazu gehören Vorschläge bezüglich Routenwahl der Analgetica bei Unmöglichkeit, Medikamente peroral einzunehmen, Opioidrotation bei Unwirksamkeit oder Nebenwirkungen der eingesetzten Medikamente, Komedikation bei therapierefraktären Schmerzen, Möglichkeiten der invasiven Schmerztherapie im häuslichen Bereich.
- Bedarfsgerechte Notfallplanung.
- Beratung im Hinblick auf möglicherweise oder tatsächlich notwendige Zusatzdienste (Nachtwachen, Spezialärzte, iuristische oder seelsorgerische Hilfestellungen)
- Beratung bei der Hilfsmittelbeschaffung

Die momentanen tariflichen Gegebenheiten sowie die aktuelle Praxisorganisation verunmöglichen den Grundversorgern (wahrscheinlich bis aus weiteres), die nötige Zeit für unvorhersehbare Einsätze, Gespräche, Planung usw. einzusetzen. Die Delegation an spezialisierte Teams entlastet sie davon mit der Option, in den entscheidenden Momenten trotzdem anwesend und „federführend“ zu wirken.

Die Bemühungen um den verbesserten Einbezug von palliativer Medizin und Pflege ins Gesundheitswesen erfordern zumindest anfänglich gute Qualitätskontrollen. Massnahmen des QM sind aber im hausärztlichen Alltag schwierig zu realisieren. Die Tätigkeit der Mobilien Palliative Care Teams beinhaltet obligat ein Qualitätsmanagement mit Berücksichtigung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität und hilft bei der künftigen Ressourcenallokation.

## **Interesse der Pflegeheime (von Dr. Reto Pampaluchi)**

Die Interessen der Pflegeheime bzw. Langzeitpflegeinstitutionen sind unterschiedlich. Diese sind abhängig von der Grösse der Institution, der Struktur (Geriatric, Menschen mit körperlichen od. geistigen Behinderungen), des dortigen Ausbildungsstandes betr. Palliative Care, der Form der ärztlichen Versorgung (Heimarzt-, Belegarztsystem). Heime mit Heimärzten brauchen die MPCT wahrscheinlich selten.

Folgende Bedürfnisse bzw. Interessen stehen im Vordergrund:

- Unterstützung und Beratung des Pflegepersonals bei komplexen Situationen
- Anlegen, Instruktion und Handling spezieller technischer Hilfsmittel (Schmerzpumpen, PDA, Lokalinfiltrationen u.a.)
- Ärztliche Konsillien bei PC Patienten (Analgesie, Erbrechen, Übelkeit, Appetitlosigkeit)
- Leiten eines „runden Tisches“ zur Entscheidungsfindung
- Unterstützung bei Notfällen (v.a. Heime mit Belegarztsystem)
- Notfallplanung
- Schulung des Personals „On the Job“
- Erfahrungsaustausch

## **Interesse der lokalen Spitexorganisationen**

Die lokalen Spitexorganisationen sind neben den HausärztInnen erste Ansprechpersonen und bieten Palliative Care routinemässig an. Punktuell braucht die Spitex jedoch fachlichen Support, vor allem in folgenden Bereichen:

- Vorausschauende Notfallplanung
- Beschaffen, Anlegen, Instruktion und Handling spezieller technischer Hilfsmittel
- Ärztliches Konsilium bei starken Symptomen (Schmerzen, Erbrechen, Atemnot)
- um Spitaleinweisungen, die von den PatientInnen nicht gewünscht werden, vermeiden zu können.

Der Support durch MPCT würde die Qualität der Spitex im Bereich Palliative Care durch gezielten punktuellen Support markant verbessern.

## **Interesse der Kompetenzzentren und Spitäler**

Sämtliche Kompetenzzentren und Spitäler befürworten die Bildung von MPCT im Interesse der Patienten, die in kritischen palliativen Situationen nach Hause entlassen werden möchten und rund um die Uhr Zugang zu rascher und kompetenter Hilfe brauchen. Ebenfalls besteht ein grosses Interesse an einem optimierten Schnittstellenmanagement stationär – ambulant und umgekehrt. Durch vollständigen und schnellen gegenseitigen Informationsfluss können Palliative Care PatientInnen zu Hause und im Spital lückenlos in hoher Qualität betreut werden. Wirtschaftlichen Kriterien wird Rechnung getragen, indem Doppelspurigkeiten und unnötige Rehospitalisationen vermieden werden. Das Kapitel „Schnittstellenmanagement“ widmet sich diesem Thema ausführlich.

### **4.2.3 Bestehende ambulante PC Angebote**

**Die Onko-Spitex** als mobiles Pflegeteam bietet allen onkologischen PatientInnen resp. den betreuenden Hausärzten und Spitexorganisationen fachlichen Support sowie spezialisierte onkologische Behandlungspflege während 24 Std im ganzen Kanton Zürich an. Die Onko-Spitex arbeitet eng mit den Hausärzten und den lokalen Spitexorganisationen zusammen. Lange Wegzeiten, die Aufrechterhaltung einer 24-Std-Infrastruktur für Notfälle sowie die hohe Qualifikation der Mitarbeitenden sind Gründe, weshalb die Onko-Spitex teurer ist als

die lokale Spitex. Die Onko-Spitex muss ihre Betriebskosten zu einem grossen Teil über Spenden decken. Die üblichen Spitextarife liefern einen Deckungsbeitrag von ca. 25 %. Öffentliche Subventionen bedingen Verträge mit den Wohngemeinden der betreuten PatientInnen. Der Aufwand mit sämtlichen Gemeinden des Kantons Zürich Verträge abzuschliessen und die Verträge zu warten, würde einen Grossteil der dadurch erzielten Einnahmen wieder neutralisieren.

**Die Kispex - Kinder-Spitex Kt. ZH** pflegt auf dem ganzen Kantonsgebiet schwerkranke, behinderte und sterbende Kinder zu Hause. Die Dienstleistungen werden an 365 Tagen rund um die Uhr erbracht. 1/3 der Einsätze erfolgen nachts. Kispex bietet einen 24-Std-Telefonpikett-dienst an und macht Kriseninterventionen mit Notfalleinsätzen. Seit 11 Jahren besteht eine intensive und enge Zusammenarbeit mit Kinderspitalärzten und Hausärzten zur Betreuung von palliativen Patienten. Rund 40 – 50 % der verrechneten Pflegestunden wird bei Palliative Care – Patienten geleistet. Die Kispex hat seit 2003 mit den Gemeinden Verträge abgeschlossen. Der Aufwand war allerdings enorm. Für die Zukunft sollten andere Wege gefunden werden.

**Die Fachstelle Palliative Care der Spitexorganisationen der Stadt Zürich** bietet Hilfe und Support für alle Spitex -Teams der Stadt Zürich. Sie beschäftigt zwei spezialisierte Pflegefachfrauen, die in erster Linie die Teams punktuell beraten. Die Fachstelle wird durch die Spitexorganisationen finanziell gemeinsam getragen.

**Private auf Palliative Care spezialisierte Spitex-Organisationen oder selbständige Pflegefachpersonen** können oft Einsätze rund um die Uhr übernehmen. Sie sind etwas teurer als die öffentliche Spitex (Wegzeiten werden verrechnet, die Pflorgetaxen sind wie bei der öffentlichen oder Onko- oder Kinderspitem kantonal geregelt mit Santé Suisse). Die Qualifikation des Personals ist sehr unterschiedlich. Es gibt private Organisationen, die sich auf Palliative Care spezialisiert haben (z.B. Schrittweise).

**Die öffentliche Spitex** liegt in der Verantwortung der Gemeinden und ist meistens auf Ebene der Gemeinden oder in Zweckverbänden organisiert. Sie beschäftigt GeneralistInnen, vereinzelt jedoch auch Fachpersonen für Palliative Care Pflege. In der Regel müssen Einsätze 1 – 2 Tage vorher vereinbart werden, die Einsatzzeiten sind zwischen 07.00 – ca 20.00 Uhr möglich.

**HausärztInnen** leisten zusammen mit der Spitex die palliative Grundversorgung im ambulanten Bereich. Zeitliche Verfügbarkeit, Know-How und Kooperationsbereitschaft sind jedoch nicht immer im nötigen Mass vorhanden, um PatientInnen auch in komplexen Situationen längere Zeit zu Hause zu betreuen. Palliative Patienten machen nur wenige Promille des hausärztlichen Patientenkollektives aus.

Vorwiegend **in der ambulanten Palliative Care tätige ÄrztInnen** gibt es im Kanton Zürich bis heute nur ganz wenige.

**Freiwilligenorganisationen:** Es gibt Freiwillige, die kurzfristig Einsätze machen, auch nachts (Begleitung für Schwerkranke). Der Schwerpunkt der Betreuung liegt in der Begleitung der Betroffenen und ihrer Angehörigen (Gespräche, Präsenz, Handreichungen).

#### **4.2.4 Bestehende stationäre PC Angebote**

Mittels Fragebogen haben wir auch die stationären Leistungserbringer über ihr bestehendes Angebot befragt. Auf die Frage, ob Palliative Care gemäss Definition SGPMP bereits angeboten wird, antwortet die überwiegende Mehrheit aller stationären Leistungserbringer mit Ja.

85 % der Spitäler und Heime bieten laut unserer kleinen Umfrage Palliative Care an, die meisten Heime gaben die Anzahl der betreuten PatientInnen mit 10-30 an, die meisten Spitäler mit über 30. Die Dauer der Pflege beträgt in den meisten Fällen 10-50 Tage.

### **4.3 Beschreibung der MPCT Dienstleistung**

Sämtlichen Leistungserbringern im Gesundheitssektor, aber auch Seelsorgern und anderen mit Palliative PatientInnen konfrontierten Berufsgruppen, sowie den Patienten und deren Angehörigen stehen die MPCT 24 h pro Tag und während 365 Tagen für folgende Hilfestellung zur Verfügung.

1. Krisenintervention, v.a. bei schwieriger Symptomkontrolle oder akuter Überlastung der Angehörigen.
2. Vorausschauende Planung der Betreuung und Eventualplanung möglicher, akuter Komplikationen (Notfallplanung, z.B. bei epileptischen Anfällen, Darmverschluss).
3. Kompetente fachliche Unterstützung des Betreuungsteams vor Ort, bei Bedarf Organisation eines erweiterten Betreuungsteams inklusive Laien (Case Management).
4. Befähigung des Betreuungsteams, so dass die MPCT im Anschluss nur konsiliarisch beigezogen werden müssen.
5. Bereitstellen von Medikamenten und medizinischen Geräten im Notfall
6. Hilfe bei Entscheidungsfindungen (runder Tisch)
7. Beratung und Anleitung zur Erstellung einer Patientenverfügung
8. Spezialisierte Pflege und Behandlung (Übernahme und Instruktion):
  - Installation von Pumpen zur kontinuierlichen, patientengesteuerten Schmerztherapie (intravenös und rückenmarksnah)
  - Transfusionen
  - Intravenöse Verabreichung von Nährlösungen
  - Handhabung und Kontrolle von Sonden, Kathetern und Drainagen

Die MPCT werden in den meisten Fällen über die PC Hotline angefordert. Dort erfolgt zuerst eine Triage bezüglich Dringlichkeit, Ort und Art der benötigten Hilfe. Bei Bedarf können MPCT spätestens innerhalb einer Stunde beim Patienten sein.

#### **4.3.1 Fallbeispiel**

Frau G., 32-jährig, erkrankt im Zürcher Oberland drei Monate nach Geburt ihrer Tochter an einem Eierstockkrebs. Sie wird operiert und erhält Chemotherapie. Zwei Jahre später, die kleine Tochter springt unterdessen quer durch die Wohnung, verliert sie Gewicht und fühlt sich müde und schlapp. Im Computertomogramm sieht man mehrere Metastasen in der Leber, in der Milz, im Magen, im kleinen Becken sowie in der Bauchwand. Im Januar 2008 wird sie wegen Lungenembolien mit akuter Atemnot hospitalisiert. Kaum entlassen, muss sie wieder ins Spital, diesmal wegen einem Darmverschluss. Es folgen erneut Operationen und Chemotherapie. Aber der Tumor breitet sich weiter aus.

Im März 2008 hat Frau G. genug. Sie möchte nach Hause, ihre Tochter noch so lange wie möglich sehen und bei sich haben. Sie bricht die noch laufende Chemotherapie ab. Ihr Mann wird glücklicherweise weitgehend von seiner Arbeit dispensiert. Sie wird von ihrer langjährigen Hausärztin und der Gemeindespitex betreut.

Zwei Wochen später beginnt sie am Mittag trotz verschiedensten Mittel gegen Erbrechen sich fast stündlich zu übergeben. Die bis anhin mittels mehrerer Opiatpflaster recht gut kontrollierten Schmerzen nehmen im ganzen Bauchraum rasch zu. Die Morphintropfen erbricht sie laufend wieder. Die Hausärztin spritzt freitagabends zwei Ampullen Morphin und

Buscopan, ein Medikament gegen Darmkrämpfe. Auch das hilft nichts. Frau G. ist völlig erschöpft. Sie möchte nur noch sterben, so rasch wie möglich.

Die Hausärztin wählt die auf ihrem Mobiltelefon gespeicherte Palliative Care Hotline. Nach 20 Minuten steht ein spezialisiertes, mobiles Palliative Care Team (MPCT) bestehend aus Pflegefachfrau und Arzt am Bett von Frau G. Auf der Patientenverfügung, die vor zehn Tagen mit der Hausärztin überarbeitet wurde, ist für den Fall eines Darmverschlusses symptomatische Behandlung ohne Hospitalisation festgehalten. Nach Diskussion mit dem Ehemann, der Hausärztin und soweit möglich mit der Patientin wird eine intravenöse, durch die Patientin selbst gesteuerte Therapie mit einer Kombination von Morphin und drei andern Medikamenten gegen Schmerzen und Erbrechen installiert. Nach Beruhigung mit einem Narkosemittel wird eine Magensonde eingelegt.

Am nächsten Morgen liegt die Patientin entspannt und schmerzfrei in ihrem Bett. Ihre kleine Tochter schläft neben ihr. Die Übelkeit ist bei gut funktionierender Magensonde völlig weg. Die junge Frau kann Ostern 2008 noch im Kreis ihrer Familie feiern. Trotz zunehmender Schwäche und schlussendlich völliger Bettlägerigkeit kann sie durch ihren Mann, ein paar Nachbarn und Freunde, Spitex und Hausärztin und mit Unterstützung des MPCT weiterhin zu Hause betreut werden, wie es ihr Wunsch ist. Anfangs Mai stirbt sie im eigenen Bett, in Anwesenheit ihres Mannes, ihrer Mutter und ihrer kleinen Tochter.

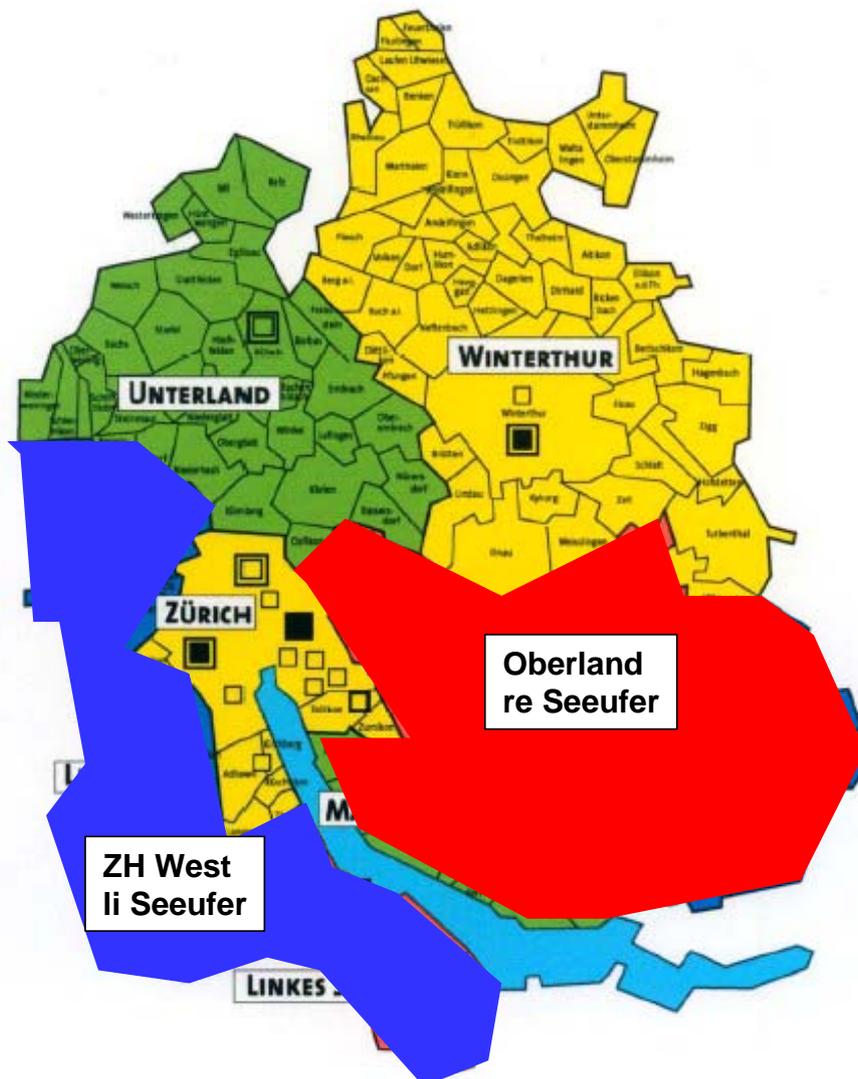
#### **4.3.2 Struktur der MPCT**

Ein MPCT besteht aus einer Ärztin/einem Arzt und einer Pflegefachperson, beide mit fachlicher Ausbildung, Kompetenz und Erfahrung im Bereich Palliative Care, Belastbarkeit, Reife, Flexibilität, Teamfähigkeit sowie Bereitschaft zu unregelmässigen Arbeitszeiten inkl. Nachtpikett werden vorausgesetzt. Das Kernteam arbeitet eng mit weiteren SpezialistInnen zusammen, z.B. PneumologInnen, GastroenterologInnen, NeurologInnen sowie TherapeutInnen, SeelsorgerInnen, PsychologInnen und Freiwilligen.

Die Ärztinnen der MPCT haben eine Zusatzausbildung und Erfahrung in Palliative Care. Pflegefachpersonen haben ebenfalls eine Ausbildung und Erfahrung in Palliative Care, dazu gehören Master of Palliative Care, Höfa 1 in PC oder internationaler Lehrgang IFF (Wien).

Die Pflegefachpersonen eines MPCT sind bei einem überregional tätigen Spitexverein, wie z.B. Onkospitex oder Kinderspitex oder einem Kompetenzzentrum angestellt. Es ist auch denkbar, dass sie mit diesen Organisationen analog wie die Ärzte der MPCT einen Zusammenarbeitsvertrag abschliessen. Ambulant tätige ÄrztInnen könnten zwar nach KVG auch angestellt werden. Im Zürcher Gesundheitsgesetz wird das jedoch nicht vorgesehen. Zudem sind wahrscheinlich die meisten Ärzte der MPCT nur teilweise für diese tätig. Denkbar wäre auch, dass eine Arztpraxis ein MPCT stellt und freischaffende Pflegefachleute vertraglich einbindet.

Aufgrund der zu erwartenden Fallzahlen und der Einsatzdistanzen, wäre eine Aufteilung des Kantons Zürich in 5 PC Versorgungsregionen sinnvoll.



Es ist denkbar, dass eine Organisation die MPCT für mehrere oder sämtliche Palliative Care Regionen stellt und entsprechende, lokale Stützpunkte bildet. Die verschiedenen Organisations- und Betriebsvarianten, sowie deren Vor- und Nachteile werden im Kapitel „Betriebsoptionen“ diskutiert.

#### 4.3.3 Qualitätskriterien für MPCT

Die Arbeit der MPCT soll anhand von überprüfbaren Kriterien laufend kontrolliert werden, z.B:

##### Ergebniskriterien

- Das MPCT kann innerhalb der gewünschten Zeit beim Patienten eintreffen.
- Die Interventionen des MPCT verhindern ungewünschte Hospitalisationen.
- PatientInnen sind mit der Leistung des MPCT zufrieden.
- Bestehende Leistungserbringer sind mit der Zusammenarbeit zufrieden.

##### Prozesskriterien

- Die Triage via Hotline verläuft reibungslos
- Geräte, Medi etc konnten innert nützlicher Zeit beschafft werden

- Strukturkriterien
- Die MPCT sind fachlich kompetent (gemäss definierten Ausbildungskriterien)
  - bei Bedarf werden weitere SpezialistInnen beigezogen
  - Der Einsatz des MPCT erfolgt strukturiert (dh es stehen nicht plötzlich 3 Teams da, z.B. bei einem Kinder-Notfall)

#### **4.4 Betriebsoptionen**

Um die palliative Betreuung der Bevölkerung durch mobile Teams zu unterstützen, sind verschiedene organisatorische und betriebliche Optionen denkbar. Allerdings haben ausschliesslich solche mit gesicherter Finanzierung eine Chance zur Umsetzung. Mit den aktuellen KVG-Tarifen kann ambulante Pflege nicht kostendeckend erbracht werden und ist auf Subventionen der öffentlichen Hand angewiesen. Pflege zu Hause (Spitex) ist gemäss heutiger Gesetzgebung im Verantwortungsbereich der Gemeinden und wird von diesen mit Unterstützung des Kantons zu gut 50 % subventioniert. Der Aufbau der notwendigen Fachkompetenz für die Betreuung komplexer Palliativpatienten, die Bereitstellung und der Einsatz der technischen Hilfsmittel mit entsprechender Logistik für die Materialbeschaffung, sowie der notwendige 24 Stunden Picketdienst wären viel zu teuer für einzelne Gemeinden oder Gemeindeverbände. Die Fallzahlen wären zu klein um die Aufbaukosten zu amortisieren und die für eine hohe Betreuungsqualität notwendige Erfahrung zu akquirieren.

MPCT müssen deshalb auf über-kommunaler, regionaler Ebene operieren.

##### **4.4.1 Status quo**

Kinder-Spitex und Onko-Spitex, zwei Organisationen, die heute schon den pflegerischen Teil der MPCT Dienstleistungen im ganzen Kanton anbieten, schlossen in den letzten Jahren mit Gemeinden Leistungsverträge ab, um zu den notwendigen öffentlichen Subventionen zu gelangen. Die Erfahrungen dieser beiden Organisationen zeigen, dass der Abschluss und laufende Unterhalt von über 170 einzelnen Leistungsaufträgen ein extrem aufwändiges Unterfangen ist. Die Onko-Spitex steckt noch mitten in diesem Prozess. Einige Gemeinden wollen keine Verträge abschliessen. Andere Gemeinden verpflichten sich zwar, die spezialisierten Pflegeleistungen der Onkospitex zu subventionieren, weisen aber gleichzeitig ihre Spitexorganisationen an, diese Dienstleistungen wenn möglich nicht in Anspruch zu nehmen. So kam z.B. vor, dass mit Schmerzpumpen unerfahrene Spitexfachleute angewiesen wurden, diese selbst zu bedienen, um Onkospitexeinsätze zu sparen. Kleine Fehler bei der Medikamentenmischung oder Einstellung der Schmerzpumpen können gravierende Folgen haben.

Neben den hohen Kosten für die Vertragsverhandlungen führt die aktuelle gesetzliche Situation zu einer grossen Heterogenität bezüglich Angebot und Qualität der palliativen Betreuung in den verschiedenen Gemeinden des Kantons. Aus diesem Grund drängt sich eine Gesetzesänderung im kantonalen Gesundheitsgesetz auf, welche die spezialisierten Spitexdienste unter die Obhut des Kantons stellt (Optionen A 1 und A 2) oder die Gemeinden verpflichtet, diese Dienstleistungen ihrer Bevölkerung anzubieten (Option B). Zudem sind Verträge mit den Krankenkassen resp. die Vereinbarung eines 4. KVG-Tarifes für spezialisierte Spitex Leistungen zu prüfen.

##### **4.4.2 Option A1: Leistungsauftrag durch den Kanton an regionale MPCT-Teams, die mittels Submissionsverfahren ausgewählt werden**

Bei dieser Option gehen wir davon aus, dass nach Revision des Gesundheitsgesetzes die spezialisierte, spitalexterne Kranken- und Gesundheitspflege (Art 64 ff) durch den Kanton gewährleistet wird, dass aber Leistungsaufträge an Private vergeben werden können (analog

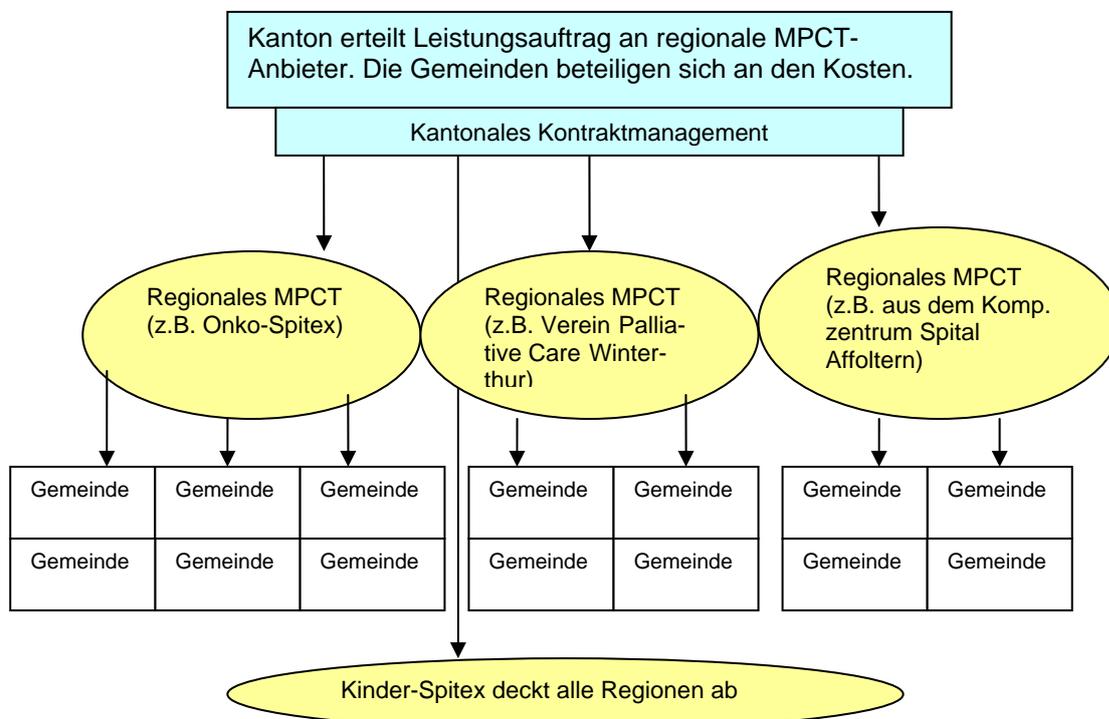
den Spitälern oder Psychiatrischen Kliniken - Kilchberg und Schlössli GesGes Art. 52). So wird der Kanton vom Aufbau eigener Institutionen entlastet.

Durch den Kanton werden via Submissionsverfahren mehrere Vertragspartner ausgewählt, die die regionale Versorgung mit MPCT sicherstellen. Die regionalen MPCT haben eigene Organisations- und Rechtsformen, es können auch MPCT-Teams aus Kompetenzzentren gebildet werden. Sie brauchen jedoch eine Zahlstellennummer und müssen neben Tarmedleistungen als Spitexorganisation KLV-pflichtige Leistungen abrechnen können.

Tagsüber sind mehrere MPCT sowie ein pädiatrisches MPCT im Kanton im Einsatz. In der Nacht stellen mehrere MPCT gemeinsam den Pikettdienst und die Bedienung der PC Hotline sicher. Diese MPCT-Anbieter können räumlich an Spitäler angegliedert sein mit dem Ziel, fachliche und infrastrukturelle Ressourcen zu teilen. Die Zusammenarbeit, Kapazitätsausgleich und gemeinsamer Nachtpikett müssen durch die einzelnen Trägerschaften gemeinsam organisiert werden. Dem Kanton obliegt die Festlegung von qualitativen und wirtschaftlichen Kriterien im Rahmen der Leistungsverträge.

Eine koordinierte Zusammenarbeit gemäss den Vorschlägen im Kapitel Schnittstellen mit lokalen AerztInnen, Spitex und Spitälern gewährleistet eine gute regionale Versorgung. Mindestens vier mal jährlich organisieren die MPCT interdisziplinäre Fallbesprechungen und wo gewünscht auch Qualitätszirkel.

Die Finanzierung der MPCT kann mittels leistungsabhängiger öffentlicher Beiträge (Fr. 110.- pro verrechnete Stunde) plus KVG-Beitrag 90.- sichergestellt werden (s. Kapitel Finanzierung).

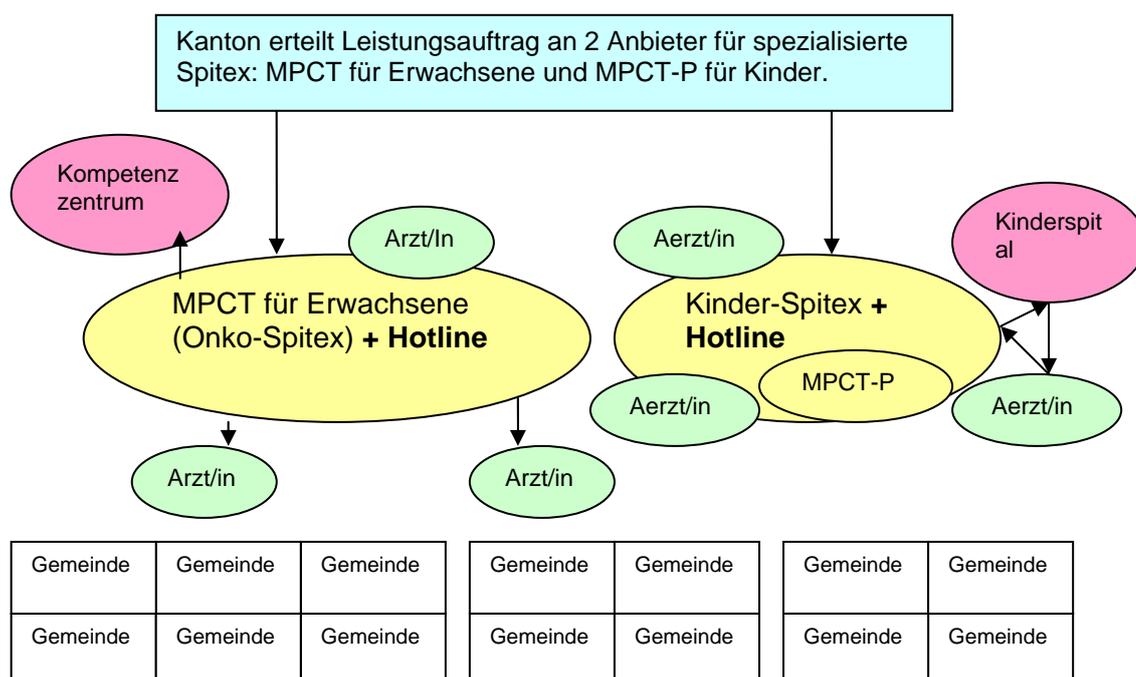


Vorteile	Nachteile
<ul style="list-style-type: none"> <li>Angebot an MPCT im ganzen Kanton ist gewährleistet</li> <li>Pilotphase, laufende Evaluation und</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Der Kanton hat mehrere regionale Vertragspartnerinnen. Diese schliessen ihrerseits Verträge mit AerztInnen und</li> </ul>

Vorteile	Nachteile
bedarfsgerechter Aufbau nach wirtschaftlichen Kriterien sind möglich <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufgaben, Finanzierung, Controlling der MPCT sind in allen Regionen nach gleichen Kriterien festgelegt</li> <li>• Keine Monopolstellung eines Anbieters → Anreiz zu Qualität- und Effizienzsteigerung</li> <li>• Minimalvarianten sind möglich</li> </ul>	Kompetenzzentren ab <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hotline muss mit mehreren Organisationen organisiert werden (Hotline Option 2).</li> <li>• Aufwand für Vertragsverhandlungen, Einkauf von Material (Bsp. Schmerzpumpen, Medikamente usw.) ist grösser als bei Option A2.</li> <li>• Die notwendige Gesetzesänderung tritt möglicherweise noch lange oder gar nicht in Kraft</li> </ul>

#### 4.4.3 Option A2: Leistungsauftrag durch den Kanton an je einen Vertragspartner für Palliative Care für Kinder (kispex) und Palliative Care für Erwachsene

Wie bei Option A1 gehen wir von einer Gesetzesänderung in obigem Sinne aus. Der Kanton erteilt den beiden Organisationen, die heute schon einen Grossteil des Leistungskatalogs der MPCT abdecken, nämlich der Onkospitex und der Kinderspitex einen Leistungsauftrag. Die Geschäftsstellen der beiden Vertragspartner sind während 365 x 24 h Anlaufstellen und gleichzeitig Hotline für alle Anfragen von Fachleuten (Hausärzten, Spitex, Heimen Spitälern), die Support und/oder Hilfe vor Ort benötigen. Die beiden Geschäftsstellen sind für Zusammenarbeitsverträge mit in Palliative Care erfahrenen ÄrztInnen besorgt. Die ÄrztInnen arbeiten in der Regel als selbständig erwerbende mit eigener Praxis. Sie können aber auch in einem Spital angestellt sein. Es ist zu klären, ob die Rechnungsstellung von einer Stelle erfolgt oder ob die ÄrztInnen rsp. Spitäler selber abrechnen. Die pflegerischen Leistungen übernehmen die Onkospitex rsp. Kinderspitex entweder in eigener Regie oder sie verpflichten weitere regionale Anbieter über Unterverträge. Sie bezahlen diese und übernehmen die Verantwortung für die Betreuungsqualität. Mit den Kompetenzzentren, sowie anderen Leistungserbringern ist die Zusammenarbeit wie oben beschrieben zu koordinieren.



Vorteile	Nachteile
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Kanton hat nur zwei Vertragspartnerinnen, was den Aufwand für Verhandlung und Wartung reduziert.</li> <li>• Die Strukturen sind für den Start grösstenteils vorhanden und haben sich über Jahre etabliert.</li> <li>• Das Angebot kann phasenweise ausgebaut werden.</li> <li>• Aufgaben, Finanzierung, Controlling der MPCT sind in allen Regionen nach gleichen Kriterien festgelegt</li> <li>• Minimalvarianten sind möglich</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monopolstellung zweier Anbieter</li> <li>• Dadurch reduziertes Innovationspotential</li> <li>• Schlechte Akzeptanz bei anderen PC Anbietern</li> <li>• Auch hier Abhängigkeit von Gesetzesänderung</li> </ul>

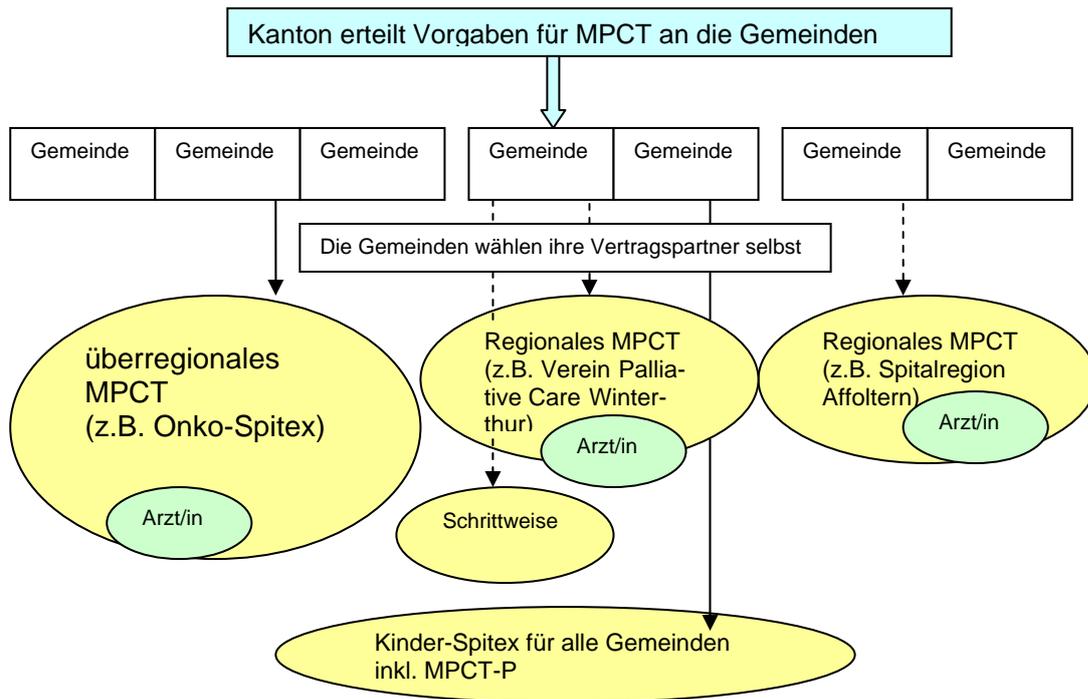
#### **Pilotphase:**

Es wäre denkbar, dass die GD während einer Pilotphase die MPCT Leistungen der beiden Organisationen in zu definierenden Versorgungsregionen auch ohne, resp. bis zu einer Gesetzesänderung subventioniert. Damit würden Erfahrungen mit solchen Leistungsverträgen gesammelt und Grundlagen für eine spätere Ausdehnung auf den ganzen Kanton geschaffen.

#### **4.4.4 Option B: Gemeinden werden zum Angebot von MPCT Leistungen verpflichtet**

Analog wie die Gemeinden zur Sicherstellung des Rettungswesens verpflichtet werden (Ges Ges Art 68), könnten die Gemeinden durch entsprechende Gesetzesänderung zur Sicherstellung einer guten palliativen Betreuung der Bevölkerung zu Hause und damit zum Angebot von MPCT verpflichtet werden. Dem Kanton könnte wie beim Rettungswesen die Kompetenz für Organisations- und Qualitätsvorschriften eingeräumt werden. Die Gemeinden wählen ihre bevorzugten MPCT-Anbieter selbst und vergeben entsprechende Leistungsaufträge. Dadurch würde die heutige Situation insofern entlastet, als die Anbieter nicht in jeder Gemeinde „Ueberzeugungsarbeit“ leisten müssen.

Es ist anzunehmen, dass sich verschiedene Gemeinden für den Einkauf der MPCT Dienstleistungen zusammenschliessen. Denkbar wäre auch, dass bestehende Zweckverbände diese Aufgabe übernehmen oder dass dazu neue Zweckverbände gegründet werden.



Vorteile	Nachteile
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angebot an MPCT im ganzen Kanton ist gewährleistet</li> <li>• Keine Monopolstellung eines Anbieters, Wettbewerb um Leistungsverträge → Anreiz zu Qualität- und Effizienzsteigerung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Heterogenes Angebot</li> <li>• Unterschiedliche Angebote und kleine Organisationseinheiten führen zu hohen Administrationskosten bei MPCT Anbietern und bei Gemeinden.</li> <li>• Hotline muss mit mehreren Organisationen organisiert werden (Hotline Option 2).</li> <li>• Auch hier ist eine Gesetzesänderung nötig, die Realisation der MPCT noch lange verzögern kann.</li> </ul>

#### 4.4.5 Vor- und Nachteile unterschiedlicher Organisationsformen

Wie im Kapitel „Beschrieb der MPCT Dienstleistungen“ dargelegt, sind verschiedenen Organisationsformen für MPCT mit unterschiedlichen Vor- und Nachteilen denkbar. Unabhängig von der Organisationsform müssen die erbrachten Dienstleistungen kostendeckend finanziert werden.

Ärztliche Leistungen können nach Tarmed den Versicherern auch bei überregionalem Einsatz kostendeckend verrechnet werden. Allerdings sind viele Tarifpositionen mit Limitationen belegt. Bei Palliative PatientInnen muss mit den Versicherern eine Überschreitung dieser Limitationen vereinbart werden. Z.B. sind ärztliche Leistungen in Abwesenheit des Patienten auf 60 Minuten pro 3 Monaten begrenzt. Allein das Studium der meist umfangreichen Akten und erste Absprachen mit anderen involvierten Fachleuten füllen diesen Zeitrahmen meist aus. Bei elektronischer Abrechnung ist eine Überschreitung der Limitationen zwar erlaubt, was aber oft zu Rückfragen und aufwändigem Briefwechsel mit

den Versicherern führt. Ungelöst sind auch konsiliarische Beratungen oder Entlassungsbesprechungen der ambulant tätigen ÄrztInnen, währenddem der Patient hospitalisiert ist. Diese Leistungen müssten heute dem Spital in Rechnung gestellt werden. Das ist einerseits vom Spital nicht erwünscht – also würde man den Hausarzt für Entscheidungen nicht mehr beiziehen – und andererseits administrativ aufwändig.

Pflegeleistungen und Fahrzeit muss auch ein Spital oder Kompetenzzentrum kostendeckend verrechnen. Eine Quersubvention aus dem stationären Bereich ist nicht erlaubt und für die Spitäler nicht von Interesse. Die oben genannten Voraussetzungen für öffentliche Subventionen spezialisierter Pflegeleistungen gelten also für alle Organisationsformen in gleichem Masse.

<b>Organisationsform</b>	<b>Vorteile</b>	<b>Nachteile</b>
Spitexorganisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bezug und Vernetzung zu anderen lokalen Angeboten vorhanden</li> <li>• Probleme im häuslichen Umfeld bekannt</li> <li>• Infrastruktur wie Autos mit Medi-kühlschrank, Pumpen für Heimgebrauch usw. schon vorhanden (Onikospitex, Kispex)</li> <li>• Palliative Care ist zentrale Aufgabe und Kernkompetenz der Organisation</li> <li>• Gute Akzeptanz von anderen ambulanten Leistungserbringern</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ärztliche Kompetenz muss zusätzlich über Verträge mit Ärzten integriert werden.</li> <li>• Keine durchgängige Betreuung in den stationären Bereich („Spitin“)</li> </ul>
Arztpraxis	<p>Wie bei Spitexorganisation. Zusätzlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durchgängige Betreuung in den stationären Bereich wäre mittels Belegarztvertrag mit Spital möglich.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meist kleine Infrastruktur für administrative, organisatorische Aufgaben („Geschäftsstelle“)</li> <li>• Pflegekompetenz muss über Verträge mit freischaffenden Pflegefachleuten integriert werden (Anstellung nach KVG nicht möglich)</li> <li>• Je nach Ausrichtung der Praxis ist PC nicht Kernaufgabe.</li> </ul>
Kompetenzzentrum	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontinuität der Betreuung „Spitin-Spitex“</li> <li>• Administrative Infrastruktur vorhanden</li> <li>• Pflegerisches, ärztliches und spezialärztliches Know-How vorhanden</li> <li>• Synergien mit Material- und Medikamentenbeschaffung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenig Bezug zu Problemen zu Hause</li> <li>• Wenig Akzeptanz der ambulanten Leistungserbringer, da als Konkurrenz empfunden (Erfahrung Tessin)</li> <li>• Bei Problemen rasche Hospitalisation (Erfahrungen Kanada)</li> <li>• Nicht Kernaufgabe der</li> </ul>

Organisationsform	Vorteile	Nachteile
		<p>Organisation, Gefahr, dass den Anliegen des MPCT zu geringe Priorität und Autonomie eingeräumt wird</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gewisse Infrastruktur für ambulanten Einsatz muss neu aufgebaut werden.</li> </ul>

Bei Option A1 und B könnten sich in den verschiedenen Regionen unterschiedliche Organisationen um einen Leistungsvertrag bewerben. Es wäre also denkbar, dass in einer Region ein Kompetenzzentrum ein MPCT stellt, in einer andere Region ein Regionalspital, in einer dritten eine Arztpraxis oder eine Spitexorganisation.

#### 4.4.6 MPCT für Kinder (MPCT-P)

Nach Auskunft des Kinderspitals Zürich, gibt es pro Jahr 30 – 40 sterbende Kinder, bei denen das Kinderspital in irgendeiner Form involviert ist (stationär oder durch Kinder-Spitem betreut). Es gibt keine Statistik über die Pflege von Kindern in der palliativen Phase im Kanton Zürich. Um hier zu aussagekräftigen Zahlen zu kommen, müssten zuerst Kriterien definiert werden, welche Kinder zu dieser Patientengruppe gehören. Auch der Pflegeaufwand sollte unter vielen andern ein solches Kriterium sein. Eine Umfrage hierzu müsste das Kinderspital Zürich, inklusive Rehabilitationszentrum Affoltern a. A., sowie die Kinderkliniken vom Stadtspital Triemli und Kantonsspital Winterthur umfassen.

Die spezielle Situation von Kindern mit tödlicher Krankheit legt nahe, für diese Patientengruppe ein separates, auf der Kispex aufbauendes MPCT zu bilden. Dabei werden sämtliche bestehenden Ressourcen (Kinderspital, ÄrztInnen des Kinderspitals, Kispex, Pädiater in den Regionen) optimal genutzt. Die Kispex könnte auch die Hotline für pädiatrische Palliativ Anfragen betreiben.

#### Zusammensetzung der MPCT-P

Die MPCT-P bestehen aus KonsiliarärztInnen Pädiatrie (Kinderspital Zürich, KinderärztInnen und Hausärzte) und Pflegefachpersonen Pädiatrie (von kispex angestellt) die gemeinsam die Notfalleinsätze und den Support der bestehenden Leistungserbringer vor Ort übernehmen. Die Anstellung des Pflegepersonals erfolgt über einen weiteren administrativen Zweig von kispex.

#### Medikamenten- und Materialbeschaffung in Notfällen

In Notfällen benötigte Medikamente, Pflegematerial oder medizinisch-technische Geräte sollen im Kinderspital Zürich und im KSW jederzeit besorgt werden können. Alternativ könnten die Firmen Fresenius und Smithmedical damit beauftragt werden.

#### Bereits bestehende Palliative Care-Zusammenarbeit Kispi-kispex

In der Zusammenarbeit von Kispi – kispex entsprechen die nachfolgenden geschilderten Situationen bereits heute der Realität. Im Falle einer Umsetzung des vorliegenden - Konzeptes könnten noch weitere Klienten / Organisationen von den Erfahrungen dieses eingespielten Teams profitieren.

#### Beispiel Ablauf

##### Fall 1:

**Hotline wird angerufen von HA/ Eltern/ Heim/ lokaler Spitex-Organisation. Spital und kispex sind (noch) nicht in die Pflege involviert**

*Das Team der Kinder-Spitex macht erste Triage: braucht es telefonische Beratung oder einen Einsatz vor Ort? Die Beratung erfolgt bereits durch das pädiatrische MPCT. Falls Folgeeinsätze nötig, kann die kispex oder ein Konsiliararzt ausrücken (interne Schnittstelle!).*

**Fall 2:**

**Pflegesituationen, in denen Kinder bereits von kispex betreut werden, jedoch eine ärztliche Unterstützung benötigen**

*kispex wendet sich direkt an den diensthabenden MPCT-P Arzt. Palliative Care-Pflege, 24-Stunden-Betrieb, Pikettdienst und Notfalleinsätze bietet kispex bereits jetzt selber an.*

#### **4.4.7 Empfehlung**

Alle Optionen beinhalten Ergänzung und Support der bestehenden Leistungserbringer sowie die Vermeidung von unnötigen Spitaleintritten. Alle Optionen bauen auf bestehenden Organisationen und Ressourcen, insbesondere der bestehenden ambulanten überregionalen Dienstleister (Onko-Spitex, Kinder-Spitex und weitere) sowie der Kompetenzzentren auf und fördern die regionale Vernetzung.

Ein Leistungsauftrag durch den Kanton ermöglicht eine gleichwertige Versorgung in allen Regionen, einzelne Leistungsaufträge mit den Gemeinden lassen den Anbietern mehr unternehmerische Freiheit, sind aber ein äusserst zeitaufwändiges Procedere. Verträge mit bestehenden Zweckverbänden entbinden die Vertragspartner nicht von der Aufgabe, das Einverständnis jeder einzelnen Gemeinde einzuholen. Leistungsaufträge mit 3 – 5 regionalen Trägerschaften durch den Kanton mit Finanzierung durch die Gemeinden (Opt. A 1) sind angesichts finanzieller sowie qualitativer Überlegungen der vertraglichen Einbindung auf Ebene der Gemeinden (Opt. B) vorzuziehen.

Im Falle einer Wahl von Option A 2 schlagen wir vor, der Onko-Spitex und der Kinder-Spitex einen Leistungsauftrag zu erteilen, da sie im Kanton Zürich bereits sehr bekannt und gut etabliert sind und den Aufgabenkatalog bereits weitestgehend erfüllt. Die Zusammenarbeit mit privaten Palliative Care-Organisationen, Spitälern, Spitexorganisationen, SpezialärztInnen, TherapeutInnen sowie freiberuflichen Fachpersonen besteht bereits heute und könnte in Form von bezahltem Auftragsverhältnis etabliert werden. Dies kommt dem Interesse aller Beteiligten entgegen und reduziert die Anschubkosten, da keine Submissionskosten anfallen. Die gleichwertige Versorgung mit MPCT im ganzen Kanton Zürich sowie ein effizientes Qualitäts- und Finanzcontrolling könnte von diesen Koordinationsstellen sowie deren Trägerschaft gewährleistet werden.

Eine Gesetzesänderung, die dem Kanton erlaubt, Leistungsaufträge an spezialisierte Spitexorganisationen zu erteilen, ist Voraussetzung für die Realisierung dieser Option.

**Die Option B** ist dem **Status quo** insofern vorzuziehen, als verbindliche Auflagen bezüglich MPCT durch den Kanton eine gleichwertige Versorgung in den Regionen fördern.

## **4.5 Marketing und Kommunikation**

Die Dienstleistungen der MPCT sollten den Fachleuten über die gleichen Kanäle kommuniziert werden, wie die Hotline (s. Kapitel Marketing und Kommunikation der Hotline).

## **4.6 Finanzplan MPCT**

Der nachfolgende Finanzplan gilt für die Optionen A 1 und A 2. Für die Option B müsste pro Region und pro Gemeinde ein separater Finanzplan erstellt werden.

Es werden 2 Varianten vorgestellt, nämlich Vollbetrieb mit 5 regionalen MPCT und Minimalbetrieb mit 3 regionalen MPCT. Die Kosten für ärztliche Leistungen werden nicht aufgeführt, da diese von den ÄrztInnen selbständig den Versicherern in Rechnung gestellt werden. Die Aufbauphase wird in eine 6 monatige Projektphase und eine daran anschliessende, nochmals 6 Monate dauernde Aufbauphase gegliedert. Die Aufbaukosten werden über die ersten 5 Betriebsjahre abgeschrieben.

Für einen kostendeckenden Betrieb müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- |                |   |
|----------------|---|
| Kostenstruktur | <ul style="list-style-type: none"><li>• Schaffung einer Geschäftsstelle mit betrieblicher und fachlicher Leitung im Anstellungsverhältnis (1,8 Stellen pro Versorgungsregion bei Vollbetrieb, je 1,0 Stellen bei Minimalbetrieb)</li><li>• 17 Stellen Pflegefachpersonen bei Vollbetrieb, 10 Stellen bei Minimalbetrieb, wobei 2/3 als Fixkosten und 1/3 als variable Kosten gerechnet sind, da Kooperationen mit freiberuflichen Fachpersonen oder eigenständigen Organisationen eigenen Anstellungsverhältnissen vorzuziehen sind. Anstelle von Lohnzahlungen wird die Pflege pro geleistete und dem Kunden verrechnete Stunde entschädigt.</li><li>• 5 resp. 3 Palliative Care Regionen mit je eigener kleiner Büroinfrastruktur, vorzugsweise in einem Kompetenzzentrum oder Spital</li><li>• Pro Region 2 mit allem notwendigen Material ausgerüstete Dienstautos</li><li>• Verbindliche Kooperationen mit 8 – 10 regional praktizierenden ÄrztInnen, die auf eigene Rechnung arbeiten und lediglich Sitzungsgelder sowie Pikettpauschalen MPCT in Rechnung stellen</li><li>• Verbindliche Kooperationen mit weiteren Spezialistinnen, die auf eigene Rechnung arbeiten</li><li>• Die Anschubkosten der Projekt- und Aufbauphase werden auf die Betriebsjahre 1 – 5 überwält</li></ul> |
| Erträge        | <ul style="list-style-type: none"><li>• Die Pflege wird zu einem (noch zu verhandelnden) KVG-Tarif von Fr. 90.-/Std verrechnet</li><li>• (Die Auslastung pro Stelle beträgt ca 1100 Std/Jahr = 55%)</li><li>• Die öffentliche Hand leistet einen zusätzlichen Beitrag, der je nach Variante verschieden hoch ausfällt. Fällt der KVG-Tarif tiefer aus, erhöht sich dieser Beitrag entsprechend</li></ul>  |

#### 4.6.1 Fünf regionale MPCT (Vollbetrieb)

<b>Vollbetrieb: 5 regionale MPCT</b>	Std à 100.-	Projektphase 6	Aufbauphase 6 Mte
		Mte	
		Anschubkosten	
<b>Submissionsverfahren (bei Option A 1)</b>			
Ausschreibung Leistungsaufträge für einzelne Regionen	20	2'000.00	
Publikations-/ Insertionskosten		20'000.00	
Auswahlverfahren	50	5'000.00	
Verpflichtung Zus.arbeit mit Aerzten in den Regionen	100	10'000.00	
<b>Erarbeitung Grundlagen:</b>			
Stellenbeschreibungen, Funktionendiagramme	15	1'500.00	
Leistungsrahmen, Zusammenarb.vereinb.m.Leist.erbringern	15	1'500.00	
Leistungsverträge	20	2'000.00	
Verhandlungen mit Aerzten			16'000.00
<b>Marketing</b>		-	
Wahl der Strategie	10	1'000.00	
Kommunikation/ Information (zB Anlässe durch Netzwerk)	150	5'000.00	14'000.00
PR-Kosten: Prospekte, Website, Porti			40'000.00
<b>Zusammenarbeitsverträge</b>		-	
mit einzelnen Gemeinden, Spitexorganisationen, kispex	600	60'000.00	
<b>Beschaffung Infrastruktur</b>		-	
Suche Räume	40		4'000.00
Beschaffung Infrastruktur	40		4'000.00
Kosten Beschaffung Infrastruktur: 5 Stützp à 20'000		-	100'000.00
Neuinvestitionen Software und Infrastruktur			42'000.00
Medikamente und Material, Einkauf Lager			25'000.00
<b>Fahrzeuge: Investitionskosten 10 Fahrzeuge (2 pro Region)</b>		-	400'000.00
<b>total Projekt- und Aufbauphase</b>		<b>108'000.00</b>	<b>645'000.00</b>
<b>total Umlage auf Betriebsjahre 1 - 5</b>			<b>753'000.00</b>

Bei voll ausgebautem Betrieb kostet eine Stunde insgesamt Fr. 196.- (inkl. Amortisation Projektphase). Der Beitrag der öffentlichen Hand beträgt Fr. 106, unter der Voraussetzung von KVG-Tarifen von Fr. 90.-/Std.

Vollbetrieb: 5 regionale MPCT		à	1. Betriebsjahr	2. Betriebsjahr	3. Betriebsjahr	4. Betriebsjahr	5. Betriebsjahr	6. Betriebsjahr
total Umlage auf Betriebsjahre 1 - 5		100.	150'600.00	150'600.00	150'600.00	150'600.00	150'600.00	-
Personal								
Betriebsleitung: 1.6 Stellen à 170'000.-			272'000.00	272'000.00	272'000.00	272'000.00	272'000.00	272'000.00
Fachliche Leitung: 1.6 Stellen à 140'000.-			224'000.00	224'000.00	224'000.00	224'000.00	224'000.00	224'000.00
keine oder wenig direkte Anstellungsverhältnisse. Statt Lohnkosten werden die geleisteten Stunden zu einem fixen Tarif vergütet. Zentrale Rechnungsstellung und Controlling.								
umgelegte Kosten für 17 Vollzeitstellen Pflegefachpersonen, davon 2/3 Administration: 1.5 Stellen à 100'000.-			1'360'000.00	1'360'000.00	1'360'000.00	1'360'000.00	1'360'000.00	1'360'000.00
Marketing: laufende PR-Kosten			150'000.00	150'000.00	150'000.00	150'000.00	150'000.00	150'000.00
Infrastruktur: Miete Räume: 5 Stützpl.à 2000 x 12 Mte			20'000.00	20'000.00	20'000.00	20'000.00	20'000.00	20'000.00
laufende Kosten Büroinfrastruktur: 5 x 2000 x 12 Mte			120'000.00	120'000.00	120'000.00	120'000.00	120'000.00	120'000.00
laufende Neuinvestitionen Software und Infrastr.			120'000.00	120'000.00	120'000.00	120'000.00	120'000.00	120'000.00
übrige Betriebskosten:			20'000.00	20'000.00	20'000.00	20'000.00	20'000.00	20'000.00
Betriebs-/ Sachversicherungen			25'000.00	25'000.00	25'000.00	25'000.00	25'000.00	25'000.00
übriger Verwaltungsaufwand			10'000.00	10'000.00	10'000.00	10'000.00	10'000.00	10'000.00
Fahrzeuge: Unterhalt und Amortisation: je 25'000			375'000.00	375'000.00	375'000.00	375'000.00	375'000.00	375'000.00
Medikamente und Material Einkauf			25'000.00	25'000.00	25'000.00	25'000.00	25'000.00	25'000.00
total Fixkosten			2'871'600.00	2'871'600.00	2'871'600.00	2'871'600.00	2'871'600.00	2'721'000.00
umgelegte Kosten für 17 Vollzeitstellen Pflegefachpersonen, davon 1/3 va			680'000.00	680'000.00	680'000.00	680'000.00	680'000.00	680'000.00
Sitzungsgelder Aerzte			40'000.00	40'000.00	40'000.00	40'000.00	40'000.00	40'000.00
Weiterbildung			50'000.00	50'000.00	50'000.00	50'000.00	50'000.00	50'000.00
Pikettenschädigungen Arzt und Pflege: 4 Pers./Nacht à 30.-			44'000.00	44'000.00	44'000.00	44'000.00	44'000.00	44'000.00
total variable Kosten			814'000.00	814'000.00	814'000.00	814'000.00	814'000.00	814'000.00
total Betriebskosten			3'685'600.00	3'685'600.00	3'685'600.00	3'685'600.00	3'685'600.00	3'535'000.00
Erträge aus Supportleistungen:								
Einnahmen durch KVG-Taxen (Pflege: 90.-/Std) bei einer Auslastung von 55% und 17 VZ-Stellen								
1100 verr.bare Std pro Stelle à Fr. 90.-			1'683'000.00	1'683'000.00	1'683'000.00	1'683'000.00	1'683'000.00	1'683'000.00
1. - 5. Betriebsjahr: Beiträge der Gemeinden: Fr. 106.-/verr. Std			1'982'200.00	1'982'200.00	1'982'200.00	1'982'200.00	1'982'200.00	1'832'600.00
ab 6. Betriebsjahr: Beiträge der Gemeinden Fr. 98.-/verr. Std								
Verkauf von Medikamenten und Material			25'000.00	25'000.00	25'000.00	25'000.00	25'000.00	25'000.00
Erfolg			4'600.00	4'600.00	4'600.00	4'600.00	4'600.00	5'600.00

#### 4.6.2 Drei regionale MPCT (Minimalbetrieb)

<b>Minimalbetrieb: 3 regionale MPCT</b>	Std à 100.-	Projektphase 6	Aufbauphase 6 Mte
		Mte	
		Anschubkosten	
<b>Submissionsverfahren (bei Option A 1)</b>			
Ausschreibung Leistungsaufträge für einzelne Regionen	20	2'000.00	
Publikations-/ Insertionskosten		20'000.00	
Auswahlverfahren	50	5'000.00	
Verpflichtung Zus.arbeit mit Aerzten in den Regionen	100	10'000.00	
<b>Erarbeitung Grundlagen:</b>			
Stellenbeschreibungen, Funktionendiagramme	15	1'500.00	
Leistungsrahmen, Zusammenarb.vereinb.m.Leist.erbringern	15	1'500.00	
Leistungsverträge	20	2'000.00	
Verhandlungen mit Aerzten			16'000.00
<b>Marketing</b>		-	
Wahl der Strategie	10	1'000.00	
Kommunikation/ Information (zB Anlässe durch Netzwerk)	150	5'000.00	14'000.00
PR-Kosten: Prospekte, Website, Porti			40'000.00
<b>Zusammenarbeitsverträge</b>		-	
mit einzelnen Gemeinden, Spitexorganisationen, kispex	600	60'000.00	
<b>Beschaffung Infrastruktur</b>		-	
Suche Räume	40		4'000.00
Beschaffung Infrastruktur	40		4'000.00
Kosten Beschaffung Infrastruktur: 3 Stützp à 20'000		-	60'000.00
Neuinvestitionen Software und Infrastr.			25'000.00
Medikamente und Material, Einkauf Lager			25'000.00
<b>Fahrzeuge: Investitionskosten 6 Fahrzeuge (2 pro Region)</b>		-	240'000.00
<b>total Projekt- und Aufbauphase</b>		<b>108'000.00</b>	<b>428'000.00</b>
<b>total Umlage auf Betriebsjahre 1 - 5</b>			<b>536'000.00</b>

Bei einem Minimalbetrieb (3 MPCT-Teams statt 5, 10 statt 17 VZ-Stellen Pflege, entspr. weniger Overhead- und Infrastrukturkosten) kostet eine Std insgesamt rund Fr. 205.-.

	Minimalbetrieb: 3 regionale MPCT					
	1. Betriebsjahr	2. Betriebsjahr	3. Betriebsjahr	4. Betriebsjahr	5. Betriebsjahr	6. Betriebsjahr
Std à 100.-	107'200.00	107'200.00	107'200.00	107'200.00	107'200.00	-
<b>total Umlage auf Betriebsjahre 1 - 5</b>	107'200.00	107'200.00	107'200.00	107'200.00	107'200.00	-
<b>Personal</b>						
Betriebsleitung: 1,0 Stellen à 170'000.-	170'000.00	170'000.00	170'000.00	170'000.00	170'000.00	170'000.00
Fachliche Leitung: 1,0 Stellen à 140'000.-	140'000.00	140'000.00	140'000.00	140'000.00	140'000.00	140'000.00
keine oder wenig direkte Anstellungsverhältnisse. Statt Lohnkosten werden die geleisteten Stunden zu einem fixen Tarif vergütet. Zentrale Rechnungsstellung und Controlling.						
umgelegte Kosten für 10 Vollzeitstellen Pflegefachpersonen, davon 2/3 Administration: 1,0 Stellen à 100'000.-	800'000.00	800'000.00	800'000.00	800'000.00	800'000.00	800'000.00
Marketing: laufende PR-Kosten	100'000.00	100'000.00	100'000.00	100'000.00	100'000.00	100'000.00
	20'000.00	20'000.00	20'000.00	20'000.00	20'000.00	20'000.00
<b>Infrastruktur:</b> Miete Räume: 3 Stützpl.à 2000 x 12 Mte	72'000.00	72'000.00	72'000.00	72'000.00	72'000.00	72'000.00
laufende Kosten Büroinfrastruktur: 3 x 2000 x 12 Mte	72'000.00	72'000.00	72'000.00	72'000.00	72'000.00	72'000.00
laufende Neuinvestitionen Software und Infrastr.	20'000.00	20'000.00	20'000.00	20'000.00	20'000.00	20'000.00
<b>übrige Betriebskosten:</b>						
Betriebs-/ Sachversicherungen	20'000.00	20'000.00	20'000.00	20'000.00	20'000.00	20'000.00
übriger Verwaltungsaufwand	10'000.00	10'000.00	10'000.00	10'000.00	10'000.00	10'000.00
Unterhalt und Amortisation Fahrzeuge: je 25'000	225'000.00	225'000.00	225'000.00	225'000.00	225'000.00	225'000.00
<b>Medikamente und Material Einkauf</b>	25'000.00	25'000.00	25'000.00	25'000.00	25'000.00	25'000.00
<b>total Fixkosten</b>	<b>1'781'200.00</b>	<b>1'781'200.00</b>	<b>1'781'200.00</b>	<b>1'781'200.00</b>	<b>1'781'200.00</b>	<b>1'674'000.00</b>
umgelegte Kosten für 10 Vollzeitstellen Pflegefachpersonen, davon 1/3 va	400'000.00	400'000.00	400'000.00	400'000.00	400'000.00	400'000.00
Sitzungsgelder Aerzte	30'000.00	30'000.00	30'000.00	30'000.00	30'000.00	30'000.00
Weiterbildung	30'000.00	30'000.00	30'000.00	30'000.00	30'000.00	30'000.00
Piktettenschädigungen Arzt und Pflege: 4 Pers./Nacht à 30.-	44'000.00	44'000.00	44'000.00	44'000.00	44'000.00	44'000.00
<b>total variable Kosten</b>	<b>504'000.00</b>	<b>504'000.00</b>	<b>504'000.00</b>	<b>504'000.00</b>	<b>504'000.00</b>	<b>504'000.00</b>
<b>total Betriebskosten</b>	<b>2'285'200.00</b>	<b>2'285'200.00</b>	<b>2'285'200.00</b>	<b>2'285'200.00</b>	<b>2'285'200.00</b>	<b>2'178'000.00</b>
<b>Erträge aus Supportleistungen:</b>						
Einnahmen durch KVG-Taxen (Pflege: 90.-/Std) bei einer Auslastung von 55% und 10 VZ-Stellen	990'000.00	990'000.00	990'000.00	990'000.00	990'000.00	990'000.00
1100 verr.bare Std pro Stelle à Fr. 90.-						
<b>1. - 5. Betriebsjahr: Beiträge der Gemeinden: Fr. 115.-/verr. Std</b>	<b>1'265'000.00</b>	<b>1'265'000.00</b>	<b>1'265'000.00</b>	<b>1'265'000.00</b>	<b>1'265'000.00</b>	<b>1'155'000.00</b>
<b>ab 6. Betriebsjahr: Beiträge der Gemeinden Fr. 105.-/verr. Std</b>						
Verkauf von Medikamenten und Material	25'000.00	25'000.00	25'000.00	25'000.00	25'000.00	25'000.00
<b>Erfolg</b>	<b>- 5'200.00</b>	<b>- 5'200.00</b>	<b>- 5'200.00</b>	<b>- 5'200.00</b>	<b>- 5'200.00</b>	<b>- 8'000.00</b>

## 5 Koordination und Schnittstellenmanagement

### 5.1 Zusammenfassung Koordination und Schnittstellen

Für eine gute Zusammenarbeit der im Palliative Care Bereich tätigen Leistungserbringer ist ein gutes Schnittstellenmanagement unabdingbar. Schnittstellen entstehen dort wo verschiedene Dienste ergänzend zusammenarbeiten, um ein gesetztes Ziel in der Behandlung und Betreuung zu erreichen, bzw. wenn eine Verlegung von einer Institution in eine andere nötig oder gewünscht wird.

Gutes Schnittstellenmanagement heisst, dass sich die an der Betreuung eines Patienten Beteiligten einigen, wer beim Übertritt eines Patienten von einem Betreuungsort zum andern was tut (*Kernprozesse*) und wie die erledigten oder zu erledigenden Massnahmen dokumentiert werden (*Dokumentation, Online-Patientendokumentation*).

Die Abläufe werden sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich mittels Flussdiagrammen dargestellt. Sie enthalten Hinweise auf Aktivitäten und Entscheidungen, die in jeder Palliativsituation getroffen werden müssen. Zur Vereinfachung der Abläufe und zur Gewährleistung des Informationsflusses, werden jeweils die von der Projektgruppe empfohlenen Dokumente aufgeführt.

Aktuell werden in jeder Institution unterschiedliche Dokumente, Standards und Checklisten verwendet. Diese Dokumente sind nicht auf Patientengruppen mit besonderen Bedürfnissen fokussiert, d.h. es wird mit den jeweils vorhandenen Überweisungsdokumenten gearbeitet. Im Schnittstellenbereich sind erhebliche Mängel im Informationsfluss und in der Kommunikation festzustellen, was die Abläufe im Schnittstellenmanagement erschwert. Zu empfehlen ist eine Stammdokumentation, welche unabhängig vom Aufenthaltsort verbindlich verwendet wird.

Für die Palliativversorgung wird die Einführung einer Online- Patientendokumentation empfohlen. Die Anforderungen sind, dass tagesaktuelle Daten über die Patienten den Betroffenen zur Verfügung stehen, ohne dass der Patient mehrfach befragt wird. Die Daten sollten an einem Ort gespeichert sein, die Patientenakte wird von den Leistungserbringern zeitnah nachgeführt. Eine elektronische Unterstützung dieser Arbeitsschritte würde die Zielsetzung bezüglich Aktualität und Redundanzvermeidung wesentlich vereinfachen.

### 5.2 Beschreibung der Schnittstellen

In der Palliativversorgung nehmen Schnittstellen eine zentrale Rolle ein. Schnittstellen bestehen zwischen dem akutsomatischen Bereich, der Langzeitpflege und der Home Care, sowie den verschiedenen Berufsgruppen innerhalb und ausserhalb der Institutionen. Palliative Care setzt einen dynamischen Prozess voraus, deshalb ist das Management an den Schnittstellen von zentraler Bedeutung.

*Schnittstellen, welche bei Übertritten entstehen:  
(Tabelle 1)*

Bisheriger Betreuungsort	Gewünschter oder erforderlicher Betreuungsort	Gründe für die Verlegung
Home Care <sup>1</sup> (mit oder ohne Unterstützung MPCT <sup>2</sup> )	Spital (mit oder ohne Kompetenzzentrum Palliative	Pflege und Betreuung kann fachlich zu Hause

<sup>1</sup> Hausärzte und Spitex, Onko-Spitex Zürich, Kispex, etc.

Bisheriger Betreuungsort	Gewünschter oder erforderlicher Betreuungsort	Gründe für die Verlegung
	Care <sup>3)</sup> Langzeitpflege <sup>4)</sup>	nicht mehr gewährleistet werden Fehlende Infrastruktur Soziales Netz / Angehörige sind überlastet
Spital / Kompetenzzentrum Palliative Care	Langzeitpflege Home Care (mit oder ohne Unterstützung MPCT)	Die Betreuung und Behandlung in einem Kompetenzzentrum ist nicht mehr erforderlich
Spital ohne Kompetenzzentrum	Kompetenzzentrum Palliative Care Home Care (mit oder ohne Unterstützung MPCT) Langzeitpflege	Spezialteam muss beigezogen werden  Langzeitsituation, Verlegung nach Hause nicht möglich
Langzeitpflege	Spital (mit oder ohne Kompetenzzentrum Palliative Care) Home Care (mit oder ohne Unterstützung MPCT)	Pflege und Betreuung kann fachlich nicht mehr gewährleistet werden Fehlende Infrastruktur Pflege in Institution nicht notwendig

*Schnittstellen, welche bei zusätzlich involvierten Diensten am Betreuungsort entstehen:  
(Tabelle 2)*

Bisheriger Betreuungsort	Betreuungsteam	Zusätzlich involvierte Dienste
Home Care	Hausarzt Spitex	MPCT. Onkospitex, Kispex
Spital ohne Kompetenzzentrum	Zuständiges Team	Kompetenzzentrum MPCT *
Langzeitpflege	Zuständiges Team	Kompetenzzentrum MPCT *

### 5.3 Schnittstellenmanagement

Um den Informationsfluss an den Schnittstellen zu optimieren, müssen die Abläufe und Aufgaben klar geregelt sein. Für die Abläufe und Übernahme der Aufgaben sind Regelungen in Pflichtenheften und Flussdiagrammen zu dokumentieren. In Palliativsituationen sind je nach Komplexität verschiedene Institutionen und Professionen involviert (vgl. auch Tabelle 1 und 2). Für die Gewährleistung des Informationsflusses werden verbindliche Dokumente (Checklisten, Stammdokumente) notwendig.

In sämtlichen Palliative Care Situationen wird die Koordination durch eine Fallführung unabdingbar.

<sup>2</sup> MPCT (Mobiles Palliative Care Team)

<sup>3</sup> Verlegungen aus der Home Care oder Langzeiteinrichtungen in ein Spital mit oder ohne Kompetenzzentrum können vorübergehend notwendig werden, wenn Behandlungen eine erweiterte medizintechnische Infrastruktur und Kompetenz erfordern. In diesem Fall sind diese Verlegungen zielgerichtet und zeitlich klar begrenzt.

<sup>4</sup> Pflegeheim, Hospiz, andere Heime mit Langzeitbetreuung

## **5.4 Ist-Zustand**

Verlegungen von Palliativpatienten werden meist wegen Überforderung oder Überlastung veranlasst.

Diese Aussage wird durch die weiter oben bereits erwähnte Befragung verschiedener Fachleute bestätigt:

- 85% der befragten Anbieter geben an, Palliative Care gemäss der WHO-Definition 2002 anzubieten.
- Als Gründe für Verlegungen werden hauptsächlich Überlastungssituationen (74%) und fehlende Gewährleistung der Pflege über 24 Stunden (65%) angegeben. In den wenigsten Fällen werden Verlegungen mit mangelnden Personalressourcen (14%) begründet.
- Für die Zusammenarbeit mit anderen Diensten und Institutionen bestehen an den meisten Orten keine gemeinsame Dokumentationen, bzw. diese Frage wurde hauptsächlich von den Akutspitälern (13 von 19) nicht beantwortet.
- 68% der Befragten führen regelässige, interdisziplinäre Fallbesprechungen durch.

## **5.5 Soll-Zustand**

Um überall im Kanton Zürich eine gute Betreuung der Palliative Care Patienten zu gewährleisten, wird die Regelung der Abläufe gemäss einem einheitlichen Vorgehen empfohlen. Um die Zusammenarbeit an den Schnittstellen zu optimieren und die Qualität zu sichern, werden Fort- und Weiterbildungen angeboten, welche die Leistungserbringer in die Lage versetzen, sich an die Vorgaben und Abläufe zu halten. Dadurch werden auch laufend Verbesserungspotenziale erkannt und die Abläufe kontinuierlich verbessert.

## **5.6 Kernprozesse im Schnittstellenmanagement**

Nachfolgend werden die Kernprozesse und die zu erstellenden Dokumente bei Aus- und Übertritten von

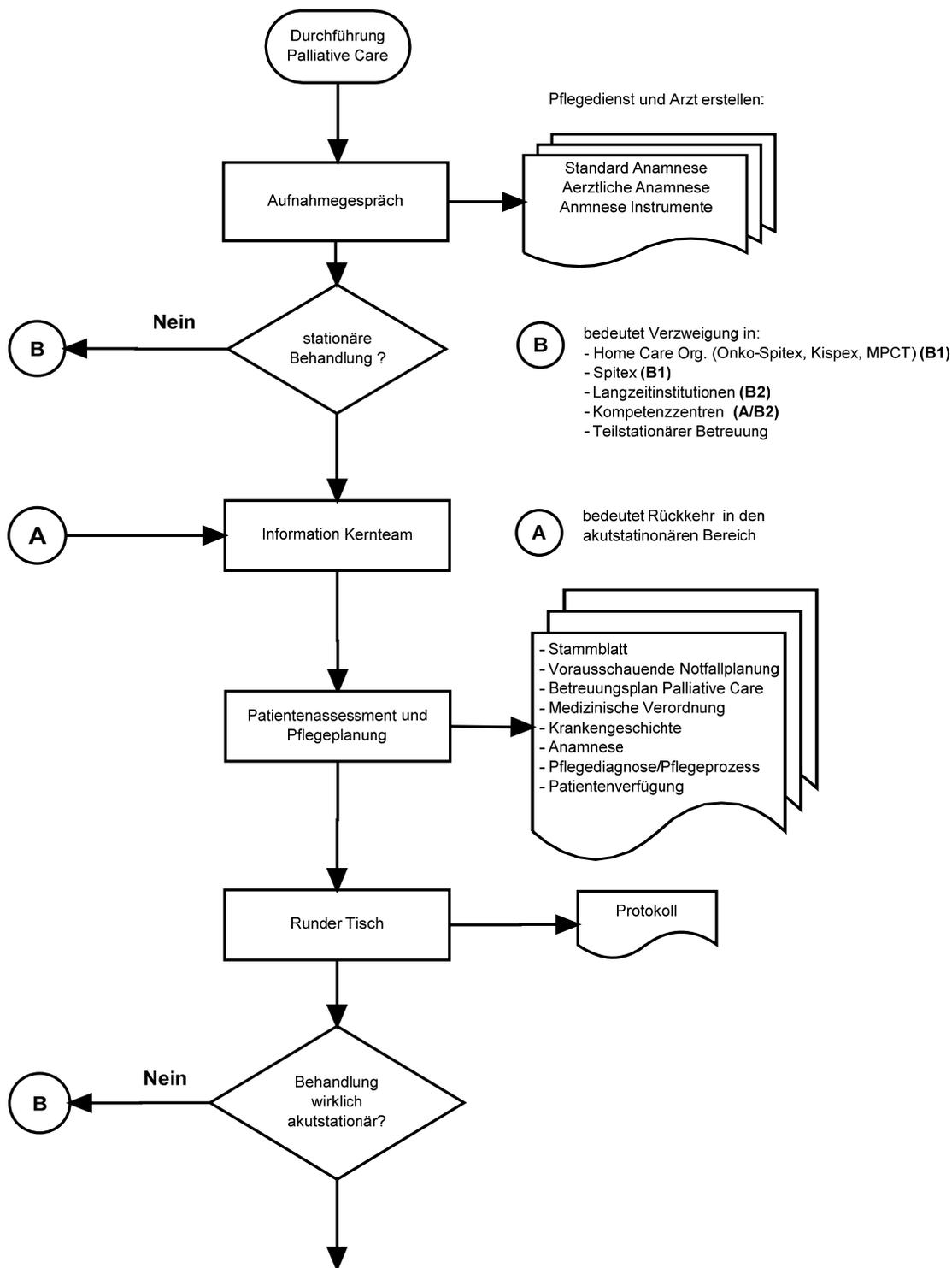
- Ambulant - Stationär – Ambulant
- Stationär – Stationär

beschrieben.

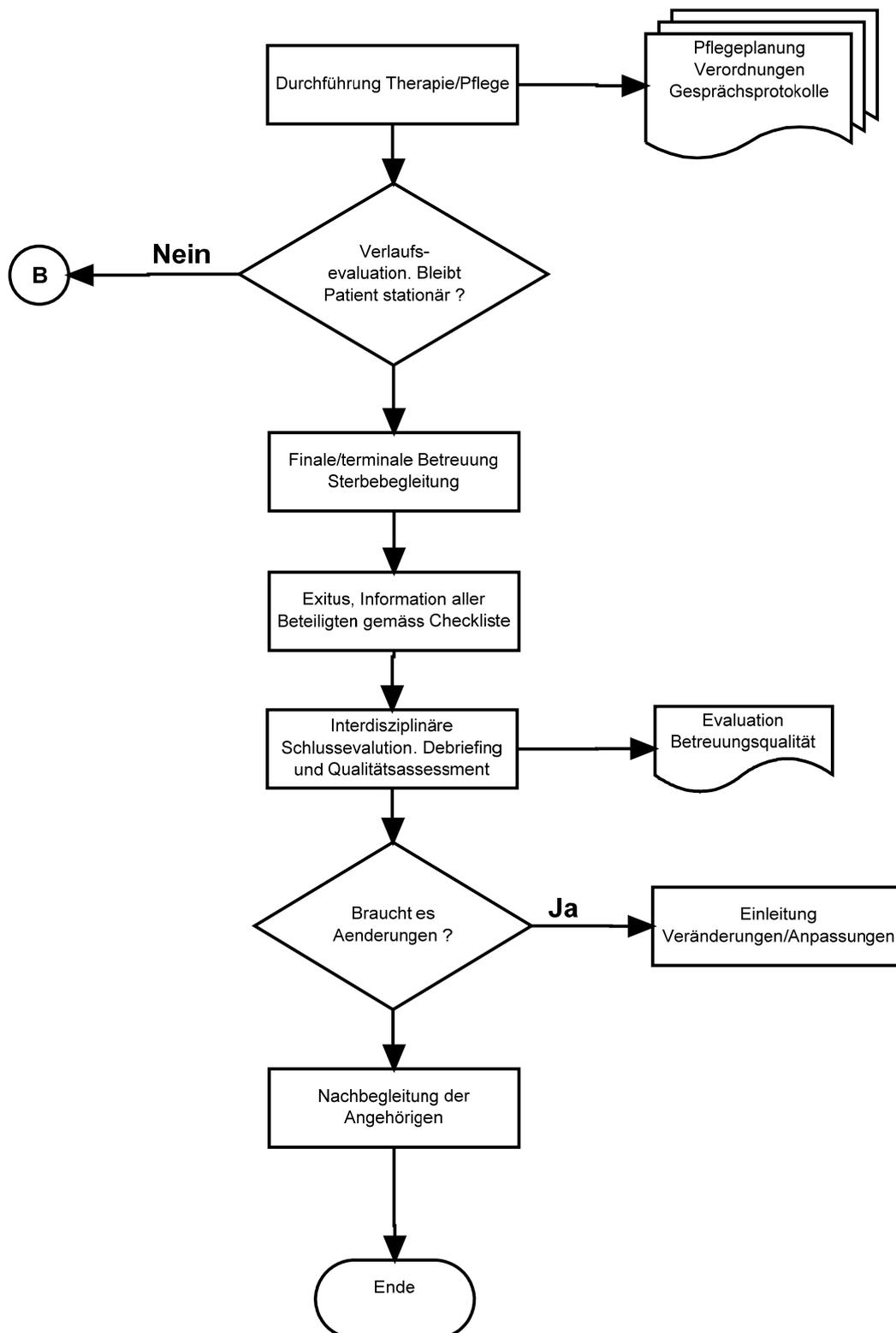
Die Abläufe werden mittels Flussdiagrammen dargestellt. Sie enthalten Hinweise auf Aktivitäten und Entscheidungen, die in jeder Palliativsituation getroffen werden müssen. Die Zeitachse ist nicht eingezeichnet und kann sich über wenige Tage bis hin zu mehreren Jahren bewegen. Massgebend ist die Aufzeichnung der Kernprozesse am jeweiligen Betreuungsort. Im vorliegenden Bericht beginnt der Prozess Palliative Care im Akutspital. Alle Prozesse haben ihren Beginn am Ort wo die Entscheidung für einen Übertritt oder eine Verlegung gefällt wird. Wenn beispielsweise ein Patient vom Akutspital an die Spitex überwiesen wird, beginnt der Prozess Home Care im Akutspital. Diese Vorgehensweise wurde gewählt, weil davon ausgegangen wird, dass durch so eingeleitete Prozesse die Schnittstellen besser überbrückt werden können. An den Entscheidungspunkten weisen Pfeile auf die „Exitpoints“ hin, welche mit Buchstaben A (Akutspital / Kompetenzzentrum), B1 (Home Care) oder B2 (Langzeitinstitution / Kompetenzzentrum) markiert sind. Über diese Bezeichnungen kann der entsprechende Kernprozesse weiter verfolgt werden. Zur Vereinfachung der Abläufe und zur Gewährleistung des Informationsflusses, werden auf der rechten Seite des Flussdiagramms jeweils die von der Projektgruppe empfohlenen Dokumente aufgeführt. Eine detailliertere Auflistung findet sich in Tabelle 3.

### 5.6.1 Stationäre Behandlung

#### Szenario A - Spital (stationäre) Behandlung

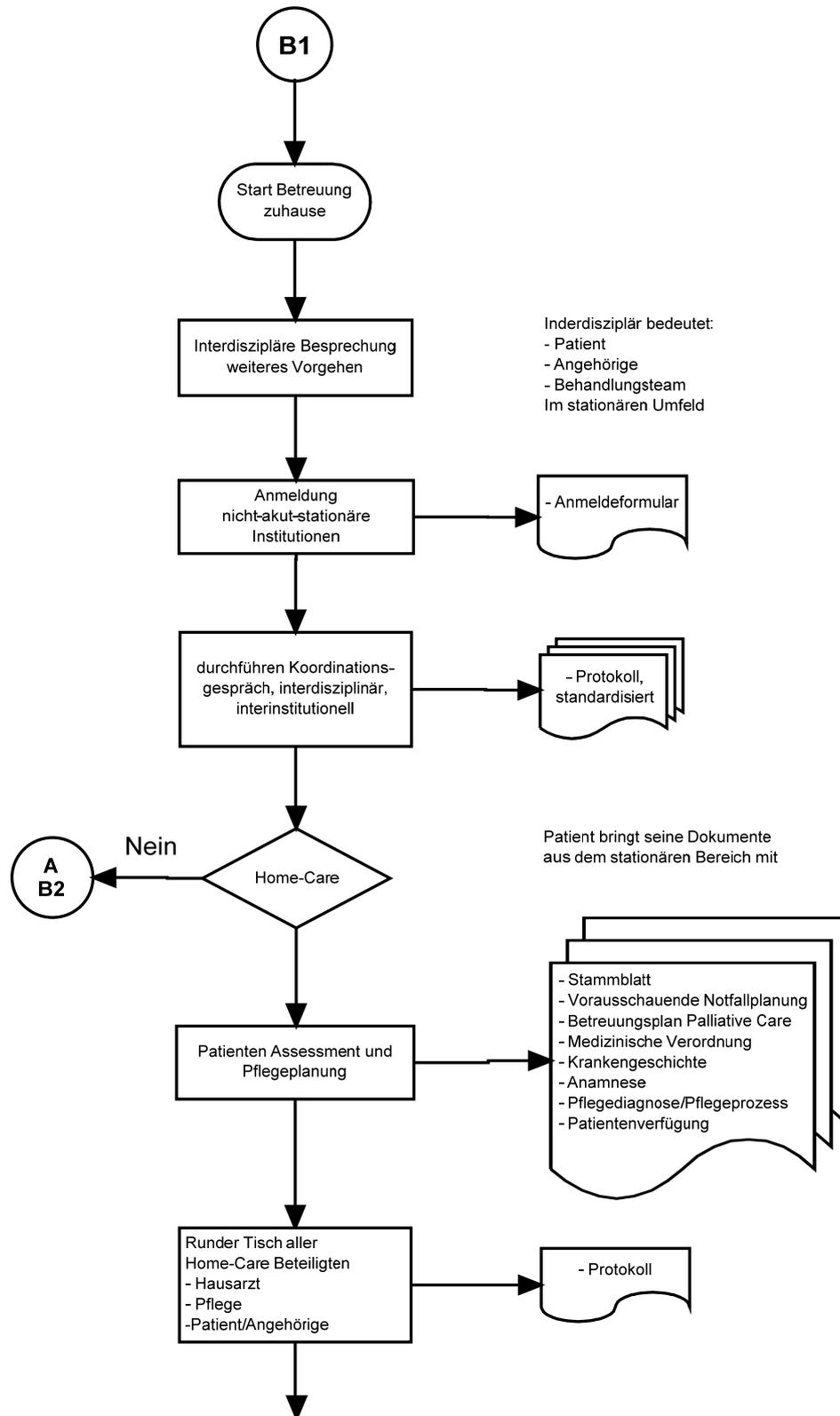


## Szenario A - Spital (stationäre) Behandlung

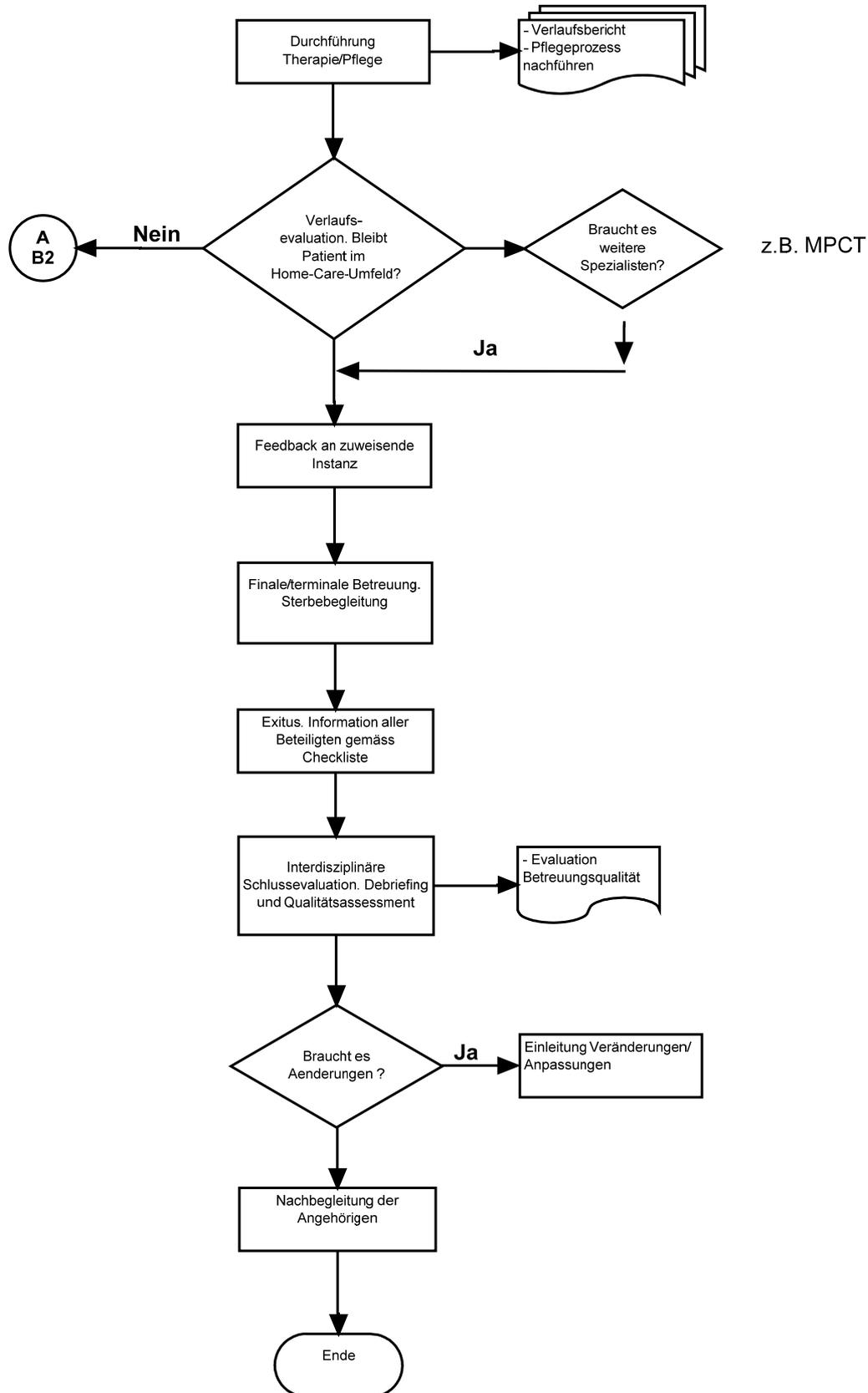


## 5.6.2 Nicht stationäre Behandlung

### Szenario B1 - vorwiegende Betreuung zuhause - Home Care

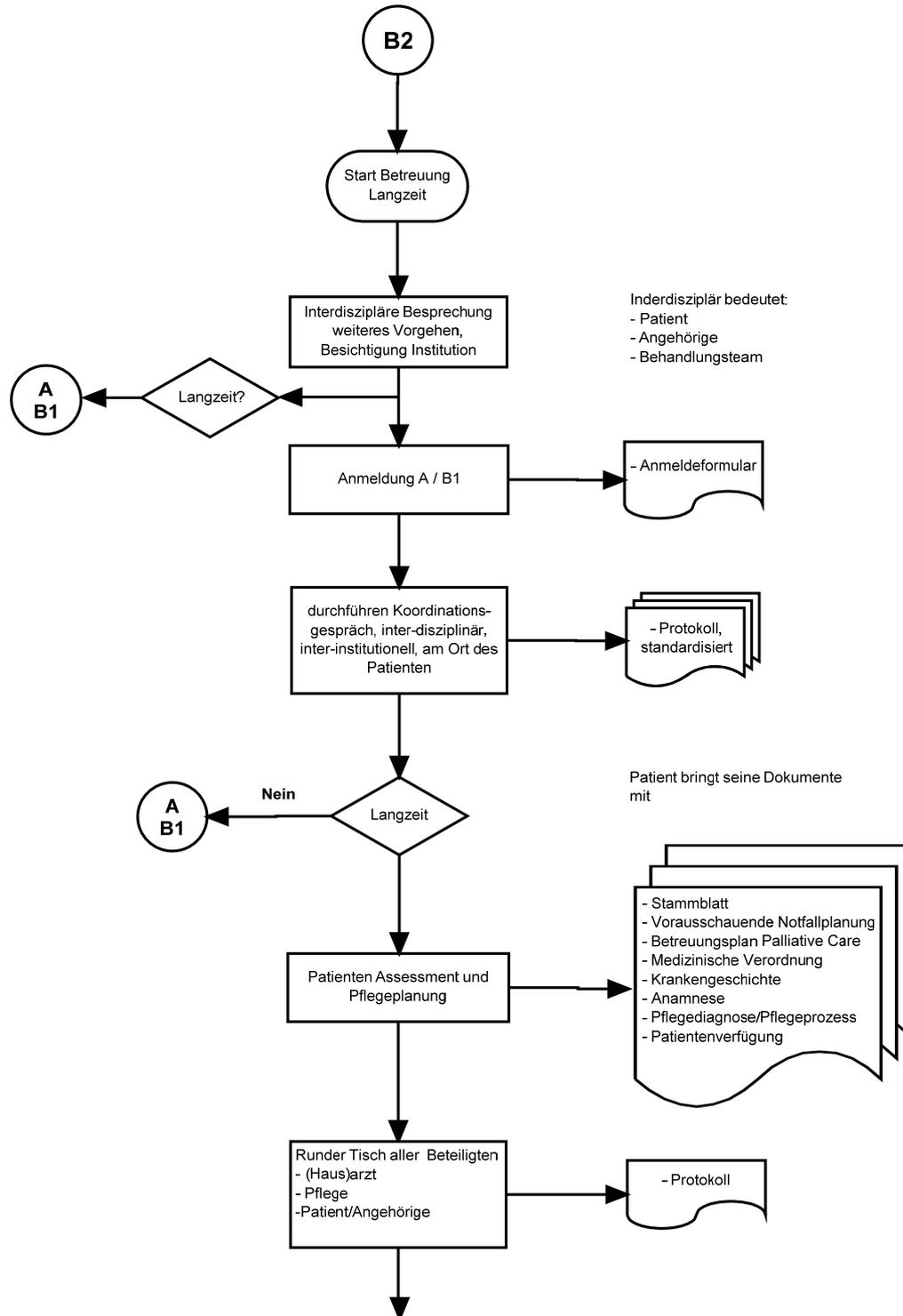


### Szenario B 1, vorwiegende Betreuung zuhause - Home Care

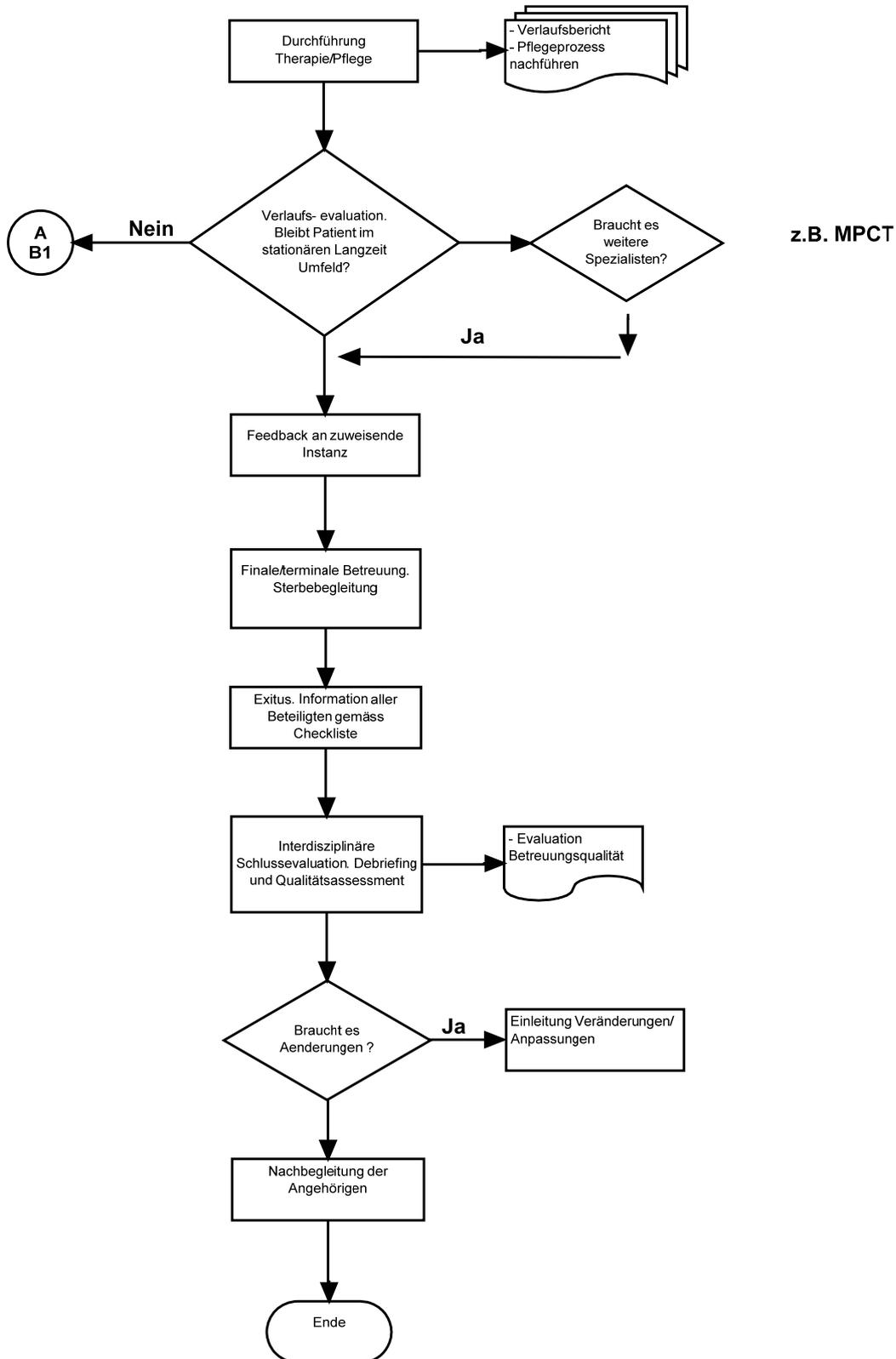


### 5.6.3 Stationäre Behandlung im Langzeitbereich

#### Szenario B2 Langzeit- (Betreuung in der Pflegewohnung (PWG), im Heim, im Hospiz)



**Szenario B 2 Langzeit, (Betreuung in der Pflegewohnung (PWG), im Heim, im Hospiz)**



## 5.7 Dokumentation

Die Sichtung diverser Dokumente verschiedener Institutionen zum Aus- bzw. Übertritt zeigt, dass das "Problem" Schnittstelle erkannt ist und bearbeitet wird. Viele Institutionen sind mit diesen Abläufen vertraut und benützen dafür eigens entwickelte Checklisten. Diese Checklisten können für sämtliche Situationen verwendet werden, sind aber entsprechend nicht auf Patientengruppen mit besonderen Bedürfnissen fokussiert. Der Übertritt ambulant-stationär erfolgt auch für Palliative PatientInnen mit den üblichen seit langem etablierten Dokumenten. Diese setzen sich zusammen aus dem Einweisungsbericht der Hausärztin und dem Überweisungsrapport der Spitex.

Das Bewusstsein, Teil einer Behandlungskette zu sein, hat zugenommen. Die Kontaktpflege findet statt und ist z.T. sogar institutionalisiert. Die Schriftlichkeit hat ihren Platz transdisziplinär bekommen, d.h. es wird mit den jeweils vorhandenen Überweisungsdocumenten gearbeitet. Trotzdem sind im Schnittstellenbereich erhebliche Mängel im Informationsfluss und in der Kommunikation festzustellen.

Erschwerend für die Abläufe im Schnittstellenmanagement kommt hinzu, dass jede Institution ihre eigenen Standards, Dokumente und Formulare verwendet. Weiterhin laufen ärztliche und pflegerische Dokumentation parallel (was z.T. problematisch, z.T. aber auch gut etabliert und nützlich sein kann). Es fragt sich ganz generell, ob es sinnvoll ist, für Palliative Care - Patienten andere, neue, zusätzliche Formulare zu erarbeiten oder eher vorhandene Dokumente konsequenter einzusetzen und wo nötig zu ergänzen.

Für Palliative Care – Patienten schlagen wir im Sinne eines wünschbaren Soll-Zustands eine Stammdokumentation vor, welche unabhängig vom Aufenthaltsort verbindlich verwendet wird. (S. Tabelle 3). Optimierungspotenziale in der Erstellung, Nachführung und Verwendung werden im nächsten Kapitel besprochen.

### 5.7.1 Übersicht Dokumente an den Schnittstellen

(Tabelle 3) die mit \* bezeichneten Dokumente bilden die Stammdokumentation. Palliative Care spezifische Dokumente werden im Anhang beigelegt

Dokumente	Verantwortung	Bemerkungen
Patientendaten <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stamblatt *</li> <li>• Adressen Angehörige und Bezugspersonen *</li> <li>• Ausweis Krankenkasse *</li> <li>• Patientenverfügung *</li> <li>• Entbindung von der Schweigepflicht</li> <li>• Genogramm</li> <li>• Gesprächsprotokolle *</li> <li>• Protokoll Rundtischgespräch *</li> </ul>	Fallführung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informationen zu Personalien, Bezugspersonen, involvierte Ehrenamtliche</li> </ul>
Medizinische Daten <ul style="list-style-type: none"> <li>• Arztbericht * (Eintritts- / Austrittsbericht)</li> <li>• Übersicht Krankengeschichte *</li> <li>• Verordnungsblatt *</li> <li>• Diabeteskontrollblatt / Kontrollheft</li> <li>• Ausweis Antikoagulation</li> </ul>	Ärztl. Dienst	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abklärung ob am Zielort Medikamente in genügender Menge und Dosierung vorhanden und lieferbar sind</li> <li>• Angaben zum Hausarzt</li> <li>• Angaben zu involvierten Spezialärzten und – (Poli)kliniken (Onkologie, Psychiatrie, HIV-Sprechstunde)</li> </ul>

Dokumente	Verantwortung	Bemerkungen
<ul style="list-style-type: none"> <li>Allergiepass</li> </ul>		usw.)
Palliativdokumente <ul style="list-style-type: none"> <li>Vereinbarung bzgl. Zusammenarbeit</li> <li>Symptomkontrolle (Edmonton / Doloplus®)</li> <li>vorausschauende Notfallplanung* („Betreuungsplan“)</li> <li>Verlaufsblatt für alle Dienste *</li> <li>PCA-Verordnung</li> <li>Kontrollheft Port-a-cath</li> </ul>	Fallführung	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informationen zu involvierten professionellen Diensten z.B. MPCT</li> <li>Notfallplanung für mögliche und wahrscheinliche Entwicklungen der Krankheit, die einen Einbezug des Patienten in die Entscheidung schwierig machen oder wo rasche Handlung nötig ist</li> </ul>
Pflege <ul style="list-style-type: none"> <li>Überweisungsrapport Pflege *</li> <li>Pflegeanamnese *</li> <li>Pflegediagnosen *</li> <li>Pflegeplanung und –bericht *</li> <li>Hilfe- und Pflegeplan der Spitex für Grundpflege</li> <li>Hilfe und Pflegeplan Spezialdienste</li> <li>Medikamentenblatt *</li> </ul>	Pflegedienst	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informationen zu involvierten Pflegediensten und Spezialteams (Spitex, MPCT, Onko-Spitex Zürich, Kispex, etc.)</li> </ul>
Hilfsmittel und Pflegematerial <ul style="list-style-type: none"> <li>Liste zu Hilfsmitteln und Pflegematerial</li> <li>Liste zu angemieteten Geräten und Krankenimmobilien</li> </ul>	Pflegedienst oder Fallführung	<ul style="list-style-type: none"> <li>Abklärung ob am Zielort Pflegematerial in genügender Menge zur Verfügung steht</li> <li>Angemietete oder zur Verfügung gestellte Geräte und Hilfsmittel sind mit Besitzstandort vermerkt. (Lungenliga, Hilfsmittelstelle, Krebsliga usw.)</li> </ul>
Finanzen <ul style="list-style-type: none"> <li>Kostengutsprache *</li> <li>IV-Verfügung</li> </ul>	Sozialdienst oder gesetzl. Vertretung	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informationen über Kostenträger</li> <li>Zusatzinformationen zu Anmeldungen bei Hilfsorganisationen, Ämtern usw.</li> <li>Information zu Vormund oder Beistand</li> </ul>

### 5.7.2 Online Patientendokumentation

Für die Palliativversorgung wird die Einführung einer Online- Patientendokumentation empfohlen. Wie aus dem Kapitel „Beschreibung der Schnittstellen“ ersichtlich ist, sind viele Leistungserbringer bei einer Palliativversorgung involviert. Die Darstellung der Kernprozesse und die Beschreibung der Dokumentation legen nahe, dass der Patientendokumentation eine wichtige Rolle in der effizienten und effektiven Betreuung der Patienten zukommt. Die Anforderungen sind, dass tagesaktuelle Daten über die Patienten den Betroffenen zur

Verfügung stehen, ohne dass der Patient mehrfach befragt wird. Die Daten sollten an einem Ort gespeichert sein. Mehrfachspeicherung (Redundanz) ist möglichst zu vermeiden. Die Patientenakte wird von den Leistungserbringern zeitnah nachgeführt. Eine elektronische Unterstützung dieser Arbeitsschritte würde die Zielsetzung bezüglich Aktualität und Redundanzvermeidung wesentlich vereinfachen.

Es wurden in diesem Projekt in einem ersten Schritt zwei Lösungskonzepte untersucht: Eine ausprogrammierte Lösung, HCplus Pflegedoku Info und eine Web-Technologie basierte Lösung, MedExchange Server.

### **HCplus Pflegedoku Info von Syseca Informatik AG, Luzern**

beinhaltet u.a. die Module:

- Verlaufsbericht
- Zuteilung von Aufgaben
- Erstellung, Import von Pflegedokumentationen
- Erstellung, Weitergabe von Notizen

Demonstrationen haben gezeigt, dass diese Lösung das Potential hat, unsere Anforderungen an ein Online Patientendokumentationssystem zu erfüllen. Diese Lösung wurde von vielen Spitex Organisation ausgewählt und hat eine grosse Verbreitung, ist bewährt und ohne grosse Risiken implementierbar. Die Lösung ist als Kaufversion (Betrieb durch den Kunden) oder als ASP (Betrieb durch Syseca) verfügbar. Für eine kleine Spitex Organisation zum Beispiel entstehen Jahreskosten in der Grössenordnung von 2000 - 3000 Fr. je Benutzer. Bei einem grossflächigen Einsatz müssten die Kosten gut verhandelt werden.

### **MedExchange Server von InterComponentWare**

beinhaltet u.a.

- Infrastruktur und Administration
- Management
- Behandlungsunterstützung
- Communityfunktionen

Die Vernetzung der verschiedenen Leistungserbringer ist dank Web-Technologie einfach zu bewerkstelligen. Über ein cleveres Schnittstellenkonzept können Daten aus bestehenden Lösungen von Spitälern, Arztpraxen, Apotheken etc. ohne zusätzlichen Erfassungsaufwand ausgetauscht werden. Den Sicherheitsaspekten bezüglich Vertraulichkeit der Daten muss ein spezielles Augenmerk gegeben werden. Über die Kosten dieser Lösung konnten wir uns noch kein Bild machen. Wir vermuten jedoch ähnliche Beträge wie oben. Die Unterschiede sind nicht primär finanzielle sondern technologische.

Um die Kosten eines flächendeckenden IT-Systems für die Unterstützung oben genannter Prozesse abzuschätzen, wäre folgendes Vorgehen sinnvoll:

1. Zusammenstellen eines Evaluationsteams. Vertreter der relevanten Leistungserbringer müssten mitwirken
2. Schätzung möglicher Kosten, dann prüfen, ob eine Finanzierung möglich ist. Wenn positiv:
3. Erstellen eines Pflichtenheftes und Versand an die möglichen Software Lieferanten
4. Evaluation der Lösungen und Offerten
5. Beschaffungsantrag an die Betroffenen Instanzen
6. Entscheid und Implementierung

## **5.8 Implementierung des Schnittstellenmanagements**

Beim Schnittstellenmanagement geht es darum, Vereinbarungen bezüglich Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Organisationen mit eigenen Hierarchien zu implementieren. Die Gesundheitsdirektion hat zwar die Möglichkeit, im Rahmen ihrer Leistungsaufträge auf die Abläufe im stationären Bereich Einfluss zu nehmen. Im ambulanten Bereich hat sie jedoch heute keine Weisungsbefugnisse. Die hier vorgeschlagenen Prozesse und Dokumente müssen über verschiedene Veranstaltungen und Schaffung von Anreizen diffundiert und implementiert werden.

Im Teilprojekt „Aus- und Weiterbildung“ sind verschiedene PC Ausbildungsblöcke im stationären Bereich geplant. Hier sollten nicht nur fachliche, sondern auch organisatorische und administrative Aspekte der interdisziplinären Palliative Care vermittelt werden. Bei Weiterbildungen in Spitälern werden schon heute regelmässig HausärztInnen eingeladen. Idealerweise würden solche bestehenden Weiterbildungsgefässe genutzt, um Palliative Care inkl. Schnittstellenmanagement zu vermitteln. Für diese Themen sollten auch Pflegefachleute, SozialarbeiterInnen, Seelsorger aus dem stationären und ambulanten Bereich eingeladen werden.

Verschiedene Spitäler treffen sich regelmässig mit ambulanten Leistungserbringern, um die Zusammenarbeit und das Schnittstellenmanagement zu verbessern. Auch hier könnten die spezifischen Anliegen der Palliative Care regelmässig eingebracht werden.

Das Palliative Care Netzwerk Zürich führt seit einigen Jahren in verschiedenen Regionen der Stadt und des Kantons Zürich mehrere Fallbesprechungen jährlich durch. In diesen Fallbesprechungen könnte das Schnittstellenmanagement als fixes Traktandum eingebaut werden. Anhand konkreter Fälle sollte mit den involvierten Fachleuten und Organisationen die Kooperation vor dem Hintergrund der hier beschriebenen Kernprozesse reflektiert werden. Abweichungen vom Soll-Prozess sollten identifiziert und Massnahmen zur Verbesserung vereinbart werden. Gleichzeitig sollten die Kernprozesse auf ihre Praxistauglichkeit überprüft und wo nötig angepasst werden. Lokale Fallbesprechungen könnten zu regelmässig stattfindenden Qualitätszirkeln ausgebaut werden.

### **5.8.1 Anreize für Implementierung**

Der stärkste Anreiz für die Implementierung wäre, wenn die Anwendung der Prozesse und die Verwendung der empfohlenen Dokumente die tägliche Arbeit von Fachleuten im Palliative Care Bereich vereinfachen und verbessern würde. Zu Beginn führt aber jede Veränderung gewohnter Prozesse zu Mehraufwand und Widerstand. Es sind deshalb weitere Anreize nötig.

Die Einhaltung des vorgeschlagenen Schnittstellenmanagements könnte in bestehende Qualitäts-Audits wie z.B. SanaCert integriert werden. Qualitätslabel wie das SanaCert suisse werden in Zukunft immer wichtiger. Auch im ambulanten Bereich verwendete Qualitätslabel wie EQUAM könnten gutes Schnittstellenmanagement im PC Bereich als zusätzliche Kriterien aufnehmen, womit sich Hausarztpraxen differenzieren könnten.

Die Erfüllung solcher Zusatzkriterien könnte als Voraussetzung zum Beitritt zu PC-Tarifverträgen mit den Versicherern gefordert werden (z.B. Überschreitung von Limitationen im Tarmed-Vertrag, Verrechnung von Konsilien während Hospitalisation).

Das palliative care NETZWERK ZÜRICH könnte auf der Homepage zertifizierte oder an Qualitätszirkeln teilnehmende Leistungserbringer aufführen und über die PC Hotline bevorzugt vermitteln.

### **5.8.2 Organisation und Finanzierung der Implementierung**

Das palliative care NETZWERK ZÜRICH könnte die Aufgabe der Organisation von Fallbesprechungen und wo gewünscht die Entwicklung von Qualitätszirkeln in den verschiedenen PC Regionen übernehmen, rsp. in Zusammenarbeit mit den regionalen MPCT und Kompetenzzentren realisieren.

Diese Aufgabe würde zu Beginn ca. CHF 60'000 und danach jährlich etwa CHF 40'000 kosten und unter anderem folgende Massnahmen umfassen:

- Konzepterstellung für Fallbesprechungen und Qualitätszirkel mit Bezug zu Schnittstellenmanagement
- Schulung von Moderatoren
- Entwicklung von Indikatoren für gutes Schnittstellenmanagement
- Implementierung der Evaluation dieser Indikatoren in bestehende Qualitätsassessments
- Durchführung der Assessments – entweder im Rahmen einer Zertifizierung oder im Rahmen von Qualitätszirkeln
- Organisation von quartalsweisen Fallbesprechungen in 5 Regionen des Kantons Zürich
- Sammeln der Rückmeldungen und Änderungsvorschläge
- Evaluation der Änderungsvorschläge in einem „Steering Board“
- Durchführung der Änderungen in den verschiedenen Unterlagen
- Diffusion der neuen Unterlagen via Moderatoren und Weiterbildungsangebote

Die Verantwortung für die Integration des Schnittstellenmanagements in die PC Weiterbildung in den stationären Einrichtungen müsste mit der entsprechenden Teilprojektleitung noch geklärt werden.

Die Finanzierung dieser Implementierungsarbeit würde idealerweise durch die Teilnehmer der Veranstaltungen sichergestellt. Die Teilnehmer aus dem ambulanten und stationären Bereich wären wahrscheinlich bereit, Beiträge für solche Angebote zu bezahlen, falls sie dadurch ein Zertifikat erwerben, das ihnen wiederum bessere Tarife bei ihren PC Leistungen ermöglicht.

## **6 Teilprojektkostenübersicht**

Für den Aufbau der Hotline werden ca. CHF 190'000 benötigt. Der anschliessende Betrieb der Hotline wäre in Kombination mit einem grossen MPCT oder einem Kompetenzzentrum möglich.

Die Aufbaukosten für die MPCT würden gemäss vorliegendem Konzept von den Organisationen getragen, die die entsprechenden Dienstleistungen dann anbieten. Das unternehmerische Risiko kann von diesen Organisationen allerdings nur übernommen werden, wenn dank der genannten Gesetzesänderung eine kostendeckende Finanzierung in Aussicht steht.

Für die Implementierung des Schnittstellenmanagements wären initial ca. CHF 60'000 notwendig. Ob eine Finanzierung der weiteren Koordinationsaufgaben in der Folge über die involvierten Fachleute finanziert werden kann, ist unsicher und hängt davon ab, ob sowohl für den stationären Bereich, als auch den ambulanten Bereich eine Aufbesserung der

aktuellen Tarife für die aufwendige Betreuung von Palliative PatientInnen realisiert werden kann.

Für die Unterstützung von Massnahmen zur Stärkung der ambulanten Leistungserbringer in der Palliative Care wurde im Rahmen des Palliative Care Konzeptes ein Betrag von gesamthaft 365'000 Franken vorgemerkt. Dieser setzt sich zusammen aus 65'000 Franken für den Aufbau einer Hotline und 300'000 Franken für die durch das palliative care netzwerk Zürich zu übernehmenden Koordinationsaufgaben. Für die Erarbeitung des vorliegenden Konzeptes werden gemäss unserem Budget 120'000 Franken beansprucht. Es verbleiben 245'000 Franken.

Dieser Betrag würde grundsätzlich genügen, um sowohl die Hotline, wie auch das Schnittstellenmanagement aufzubauen. Wir haben allerdings Zweifel, ob sich diese Investitionen lohnen, wenn nicht gleichzeitig die gesetzlichen Grundlagen für eine weitergehende Unterstützung der ambulanten Betreuung durch MPCT geschaffen werden.

## **7 Autorenverzeichnis**

### **7.1 Teilprojektleitung**

Dr. Andreas Weber, Palliative Care Konsiliararzt, Co-Präsident palliative Care NETZWERK ZÜRICH, Teilprojektleitung

### **7.2 Mitglieder der Arbeitsgruppe Hotline:**

Eva Waldmann, Co-Präsidentin palliative care - NETZWERK ZÜRICH, Subprojektleitung.

Dr. Urs Aemissegger, Hausarzt Winterthur

Käthi Bretscher, Pflegefachfrau Spitex Hombrechtikon

Heidi Brüederli, Geschäftsleiterin Schrittweise, Zürich

Nadja Durrer Steiner, Pflegefachfrau, Radioonkologie USZ

Dr. Andreas Müller, Oberarzt Onkologie, Tumorzentrum KSW, Winterthur

Christine Renner, Leitung Betreuung und Pflege Altersheim Sydefädeli, Zürich

### **7.3 Mitglieder der Arbeitsgruppe MPCT:**

Monika Obrist, Leiterin Spitex Dübendorf, Vorstandsmitglied Netzwerk Zürich, Subprojektleitung

Anna Hermann, Geschäftsleiterin Onko-Spitex

Eva Gerber, Geschäftsleiterin kispex Kinder-Spitex Kt. ZH

Sandra Fluri, Pflegefachfrau Höfa 1 Palliative Care, Radioonkologie USZ

Dr. Reto Pampaluchi, Heimarzt, Pflegezentrum Oberi in Winterthur

Dr. Reinhard Baumann, Hausarzt in Zürich, langjähriger Heimarzt Zürcher Lighthouse

### **7.4 Mitglieder der Arbeitsgruppe Schnittstellen**

Markus Feuz, Geschäftsführer Swisshospice, Flurlingen, Subprojektleitung

Bea Blaser, Einsatzleiterin Kispex, Zürich

Christoph Schürch, Geschäftsführer Institut Pietà, Winterthur

Claudine Freudiger, Leitung Fachberatung Palliative Care Netzwerk, Zürich

Gisela Wirth, Chefärztin Klinik Susenberg, Zürich

Ilona Schmidt, Leitung Pflege Hospiz Züricher Lighthouse, Zürich

Karin Ritt, Leitung Pflege Onko-Spitex, Zürich

Liselotte Vogt, Pflegefachfrau Spitex, Thalheim a.d. Thur

Ruth Burkhard, Hausärztin, Männedorf

Veronika Bader, Sozialarbeiterin USZ, Zürich

Werner Hoppler, Betriebsökonom Onko-Spitex, Zürich

## Anhang: Palliative Care Dokumente

<b>Dokument</b>	<b>File Name</b>
Betreuungsplan mit Wertvorstellungen, Zielen der Patienten und Notfallplanung	PCZH_Betreuungsplan.doc
Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)	PCZH_ESAS_deutsch.xls
Erklärung für ESAS Formular	pczh_ESAS Erklärung.doc
Eckwerte Spitalaustrittsbericht bei onkologischen PatientInnen	Arbeitsrichtlinien Dok. Onkologischer Pat.doc
Stammdaten bei Spitaleintritt	Bewohner Anmeldeformular und Stammbblatt.doc
Checkliste bei Spitalentlassung	ChecklisteSST.doc
Checkliste bzgl. Umsetzung der Palliative Care Standards der SGGP	Checkliste Palliative Care.pdf
Vereinfachte Checkliste vor, während und nach der palliativen Betreuung	PCZH_Evaluation.xls