

Departement des Internen
Amt für Gesundheit und Soziales



Palliative Care im Kanton Schwyz
Integriertes Versorgungskonzept

Schwyz, Juli 2010

Impressum

Konzeptentwurf 2010

erstellt im Auftrag von Landammann Armin Hüppin, Vorsteher des Departements des Innern

Verfasserin

Martina Trütsch, Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Projektleitung und Projektgruppe

- Evelyne Reich, Vorsteherin Amt für Gesundheit und Soziales
- Dr. Martin C. Amstutz, Kantonsarzt, Amt für Gesundheit und Soziales (bis 31. Juni 2009)
- Dr. Svend Capol, Kantonsarzt, Amt für Gesundheit und Soziales (ab 1. Juli 2009)
- Martina Trütsch, Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Amt für Gesundheit und Soziales

Mitglieder der begleitenden Arbeitsgruppe

- Dr. Urs Gössi, Chefarzt Innere Medizin, Spital Schwyz
- Fabienne Bissig, stellvertretende Stationsleiterin, Spital Schwyz
- Dr. Simon Stäubli, Chefarzt Innere Medizin, Regionalspital Einsiedeln
- Dr. Franco Salomon, Chefarzt Innere Medizin, Spital Lachen (Februar 2009 – März 2010)
- Prof. Dr. Marcus Schuermann, stellvertretender Chefarzt/Leiter Onkologie, Aeskulap-Klinik
- Dr. Rolf Baumann, Ombudsman, Ärztesgesellschaft Kanton Schwyz
- Beate Schmitt, Leitende Pflegefachfrau, Spitex Höfe
- Karin Schnüriger-Inglin, Spitex Kantonalverband Kanton Schwyz
- Bernadette Bachmann, Leiterin Pflegezentrum Pfarrmatte Freienbach
- Guido Weissen, Co-Präsident CuraViva Schwyz, Leiter Alters- und Pflegeheim Buobenmatt, Muotathal
- Ruth Schmid-Egli, Leiterin Beratungsstelle Lachen, Krebsliga Zentralschweiz

In Kürze

Die Zahl der älteren Menschen nimmt weltweit stetig zu und mit dieser Zunahme einher geht ein markanter Anstieg der Todesfälle in den nächsten 40 Jahren. Mit der demographischen Alterung gehen einerseits ein Anstieg der Todesfälle und andererseits eine Zunahme an chronischen und an onkologischen Krankheiten einher. Diese Tendenzen unterstreichen die Notwendigkeit und den Bedarf nach einer Förderung der Palliative Care. Hinzu kommt, dass die Entwicklungen und Fortschritte in der Medizin nebst Erfolgen auch zu einer Zunahme von komplexen medizinischen Situationen und einer Verlängerung der letzten Lebensphase führen. Die fortschreitende Spezialisierung bringt teilweise eine fragmentierte Sicht- und Behandlungsweise mit sich, welche die Gefahr in sich birgt, den Patienten, seine Lebensqualität und sein Leiden als Gesamtes aus den Augen zu verlieren. Lebensqualität kann nicht primär medizinisch definiert werden, sondern ist im lebensgeschichtlichen Kontext zu verstehen. Palliative Care lehnt sich an diesen Ansatz an und nimmt neben den körperlichen Symptomen auch psychische, soziale und spirituelle Aspekte ernst. Palliative Care strebt danach, Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen oder chronisch fortschreitenden Krankheiten während des Krankheitsverlaufes bis zum Tod eine möglichst gute Lebensqualität zu ermöglichen. Sie bietet die Möglichkeit, die letzte Phase des Lebens selbst zu gestalten. Durch ein breites (ambulantes und stationäres) und vernetztes Versorgungsangebot sowie die proaktive Planung und bewusste Steuerung in Zusammenarbeit mit Fachpersonen, werden unnötige, vom Patienten nicht (mehr) erwünschte, ineffektive (bspw. diskontinuierliche Betreuung) und ineffiziente (bspw. diagnostische Doppelspurigkeiten) Behandlungen und letztendlich unnötige Kosten am Lebensende vermieden.

Die Notwendigkeit zur Entwicklung von Palliative Care wird unterstützt von politischen Stellungnahmen auf internationaler und nationaler Ebene. In der Schweiz wurde der erste Meilenstein für die Förderung von Palliative Care mit dem Freiburger Manifest gelegt. Das Freiburger Manifest entstand als Reaktion auf die im 2001 publizierten Studienresultate über den Stand der Palliativbetreuung in der Schweiz. Über 500 Fachleute und Verantwortungsträger aus dem Gesundheitswesen brachten an einer Tagung anlässlich der Publikation der Studienresultate ihr Engagement für die Förderung der Palliativbetreuung in Form des Freiburger Manifestes zum Ausdruck. Das Ziel des Freiburger Manifests war es, die Entwicklung von Palliative Care für die nächsten 5 Jahre zu definieren. Palliative Care sollte in das Gesundheitswesen integriert, die verschiedenen Aktivitäten von Palliative Care koordiniert, der Zugang zu Palliative Care frühzeitig gewährleistet, die Mittel effizient genutzt und schrittweise die Qualität von Palliative Care definiert werden. In diesem Sinne wurde ein nationales Fördergremium für Palliative Care gebildet.

Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) führte INFRAS Anfang 2009 eine Erhebung des Handlungsbedarfs im Bereich der Palliative Care in der Schweiz durch. Der Handlungsbedarf wurde hauptsächlich aus Sicht der wichtigsten Akteure erhoben. Dieses Mandat leistete einen wichtigen Beitrag, damit das Nationale Fördergremium Palliative Care seine Ziele – die Erarbeitung einer Nationalen Strategie – erreichen konnte. Der Schlussbericht Nationale Strategie Palliative Care 2010-2012 wurde im Oktober 2009 vom BAG in Zusammenarbeit mit Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) veröffentlicht. Das Hauptziel der Nationalen Strategie Palliative Care 2010-2012 ist die Verankerung von Palliative Care im Gesundheitswesen und in anderen Bereichen durch Bund und Kantone gemeinsam mit den wichtigsten Akteuren. Alle Schwerverkranken und sterbenden Menschen in der Schweiz sollen damit ihrer Situation angepasste Palliative Care erhalten und ihre Lebensqualität soll verbessert werden.

Auch die Schweizerische Krebsliga spricht sich seit Jahren für eine Förderung von Palliative Care als notwendigem Bestandteil einer Behandlungsstrategie insbesondere bei weit fortgeschrittenen Krebsleiden aus. Ausserdem erfordert die internationale und nationale Debatte zu Fragen der Euthanasie bzw. der Unterstützung am Lebensende eine klare Artikulierung der Hilfsangebote durch Palliative Care¹.

¹ palliative ch 2001:4

Die Kantone haben den gesetzlichen Auftrag und die Verantwortung, eine flächendeckende Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung sicherzustellen. Dazu gehört auch Palliative Care. Die Kantone können im Rahmen ihrer stationären Versorgungsplanung über die Spital- und Pflegeheimlisten sowie über spezielle Leistungsaufträge für ein ausreichendes Angebot an Palliative Care auf ihrem Kantonsgebiet sorgen.

Die Gesundheitsversorgung im Kanton Schwyz trägt der oben beschriebenen veränderten Situation heute noch zu wenig Rechnung. Ausgewiesene palliative Strukturen gibt es bisher nur in Ansätzen. Der Kanton Schwyz hat die bestehenden Lücken im Bereich Palliative Care erkannt und trägt der künftigen Entwicklung mit dem vorliegenden Versorgungskonzept Rechnung. Gestützt auf die Nationale Strategie Palliative Care 2010-2012 soll Palliative Care im Kanton Schwyz in das Gesundheitswesen integriert werden. Die verschiedenen Aktivitäten sollen koordiniert und vernetzt werden, der Zugang zu Palliative Care frühzeitig gewährleistet und die Mittel zur Verfügung gestellt sowie eine effiziente Nutzung sichergestellt werden.

Aufgrund einer besseren Leseführung wird auf die konsequente Erwähnung der weiblichen Geschlechtsform verzichtet, diese ist jedoch selbstverständlich mitgemeint.

Inhaltsverzeichnis

Impressum	i
In Kürze	ii
Inhaltsverzeichnis	iv
1 Einführung	1
1.1 Problemstellung	1
1.2 Zielsetzungen	1
1.3 Rechtliche Vorgaben	2
1.3.1 Bundesrecht	3
1.3.2 Kantonales Recht	3
1.4 Projektorganisation	4
2 Rahmenbedingungen	6
2.1 Demografische Alterung	6
2.2 Sterblichkeit	7
2.2.1 Todesfälle	7
2.2.2 Todesursachen	8
2.2.3 Sterbeorte	9
2.3 Knappheit Pflegepersonal	9
3 Begriffliche Einordnung	10
3.1 Begriff Palliative Care	10
3.2 Patientengruppen	10
3.3 Bestehende Richtlinien und Stellungnahmen	12
4 Rechtliche Einordnung	13
4.1 Sterbehilfe	13
4.1.1 Direkte aktive Sterbehilfe	13
4.1.2 Indirekte aktive Sterbehilfe	13
4.1.3 Passive Sterbehilfe	13
4.2 Suizidhilfe	14
4.3 Sterbebegleitung und Palliative Care.....	14
5 Aktuelle Versorgungssituation und -lücken	15
5.1 Nationale Ebene.....	15
5.2 Kantonale Ebene	15
5.2.1 Akteure.....	16
5.2.2 Stationäre Angebote	16
5.2.3 Ambulante Angebote	17
5.2.4 Vernetzung der Institutionen und behandelnden Stellen.....	18
5.3 Fazit.....	18

6	Ergebnisse aus den Diskussionen mit der Arbeitsgruppe	20
6.1	Durchlässigkeit ambulant – stationär	20
6.2	Kantonale Anlaufstelle	20
6.3	Palliativstation/Kompetenzzentrum im Akutspital	20
6.4	Mobile Care Teams	20
6.5	Stationäre Langzeitpflege für spezielle Patienten	21
6.6	Förderung der Aus- und Weiterbildung im Bereich Palliative Care	21
6.7	Freiwillige und Ehrenamtliche	21
7	Bedarfsrichtwerte	22
7.1	Notwendigkeit für einen Ausbau der bestehenden palliativen Strukturen	22
7.2	Bedarf	22
7.2.1	Bedarf akutstationärer Bereich	22
8	Module des ambulanten und stationären Versorgungsnetzwerkes Palliative Care	24
8.1	Grund- vs. Spezialversorgung	24
8.2	Palliativstationen	26
8.3	Stationäres Hospiz	26
8.4	Palliativkonsiliardienst (im Akutspital)	27
8.5	Mobiler Palliativdienst (Mobile Care Teams)	27
8.6	Optimale Palliative-Care-Versorgung	27
8.7	Grundsätze zur Förderung von Palliative Care	28
9	Empfehlungen der Projektgruppe für eine künftige Palliativversorgung	29
9.1	Palliative Care als Grundauftrag aller Akutspitäler	29
9.2	Aufbau eines Kompetenzzentrums	30
9.2.1	Infrastrukturelle Anforderungen	31
9.2.2	Anforderungen an die Personalausstattung und Fachkompetenz	31
9.3	Versorgung im ambulanten Bereich	33
9.4	Versorgung in Alters- und Pflegeheimen	34
9.5	Qualitätsanforderungen	35
9.6	Versorgung im Hospiz	35
9.7	Patientenverfügungen	36
9.8	Information und Sensibilisierung der Öffentlichkeit & Vernetzung der Angebote	36
9.9	Charta Palliative Care	37
10	Finanzierung	39
10.1	Langzeitpflege (Alters- und Pflegeheime), Spitex und Hospizbereich	39
10.2	Akutspitäler	40
10.2.1	Tagespauschalen	40
10.2.2	Investitionen in die Infrastruktur	41
10.2.3	Aus- und Weiterbildung	41

10.2.4	Mobiles Palliative Care Team.....	41
10.2.5	Zusammenfassung.....	41
11	Umsetzung	42
12	Anträge an den Regierungsrat.....	43
13	Glossar	44
	Abbildungsverzeichnis	45
	Tabellenverzeichnis	46
	Abkürzungsverzeichnis.....	47
	Literaturverzeichnis	48
	Anhänge	51
	Charta Palliative Care	52

1 Einführung

1.1 Problemstellung

Angesichts der demografischen Alterung der Bevölkerung und der durch die stetigen Entwicklungen und Fortschritte in der Medizin zunehmenden Spezialisierung dürfte die Nachfrage nach Palliative Care in den nächsten Jahren zunehmen. Die zu erwartende grosse Knappheit an Pflegepersonal sowie die Zunahme von Todesfällen in den nächsten Jahren werden die Situation zunehmend verschärfen. Obwohl Palliative Care bereits heute teilweise integraler Bestandteil einer Behandlung ist und in vielen Alters- und Pflegeheimen sowie ansatzweise auch in den kantonalen Spitälern praktiziert wird, existieren bisher keine ausgewiesenen Palliative-Care-Versorgungsstrukturen. Weder die heutigen Strukturen noch das Personal ist auf die spezifischen Bedürfnisse von komplexen palliativen Patienten eingestellt.

Für diese Tatsache ist u.a. die ungenügende Abgeltung von palliativen Behandlungen im jetzigen Finanzierungsmodell mit Fallpauschalen (DRG) verantwortlich. Die Spitalfinanzierung über Fallpauschalen birgt das Risiko, dass der durch diagnosebezogene Fallpauschalen erzeugte Druck auf die Aufenthaltsdauer im Spital insbesondere zulasten von Patientengruppen mit länger dauerndem Pflegebedarf geht, was die nationale Ethikkommission in einer Stellungnahme folgendermassen festhält: „Unlukurativ sind hingegen diejenigen [Patienten], deren Behandlungskosten die Pauschale [Fallpauschale] übersteigen. Zur letzteren Gruppe können chronisch Erkrankte, multimorbide Patientinnen und Patienten, geriatrische Patientinnen und Patienten, geistig und körperlich Behinderte sowie Sterbende zählen².“

Den Anstoss für das vorliegende Konzept gab das Spital Schwyz, welches im Januar 2008 beim Departement des Innern ein Konzept für Palliative Care im Kanton Schwyz einreichte und um Prüfung für die Erweiterung des Leistungsauftrages um Palliative Care bat.

In diesem Sinne ist es notwendig, die palliative Versorgungssituation im Kanton Schwyz im Rahmen eines Gesamtversorgungskonzeptes zu analysieren und mögliche Strukturverbesserungen zu prüfen und vorzuschlagen.

1.2 Zielsetzungen

Bund und Kantone haben im Herbst 2008 ein nationales Fördergremium Palliative Care eingesetzt und damit das Nationale Projekt Palliative Care initiiert. Das Ziel des Fördergremiums im Rahmen des Projektes ist die bessere Verankerung von Palliative Care im schweizerischen Gesundheitswesen. Das Fördergremium setzt sich aus Experten von Bund, Kantonen und Fachgesellschaften zusammen. Im Herbst 2009 haben das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) und die GDK die "Nationale Strategie Palliative Care 2010 – 2012" vorgestellt. Die Strategie konzentriert sich auf die Massnahmen Ausbau des Versorgungsnetzes, Finanzierung, Sensibilisierung sowie Bildung und Forschung. Das vorliegende Konzept lehnt sich eng an die Nationale Strategie Palliative Care 2010 – 2012 an.

Die Betreuung von Patienten mit palliativem Behandlungs- und Pflegebedarf erfolgt optimalerweise auf allen Ebenen und in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung (stationärer und ambulanter Akutbereich, Langzeitbereich etc.). In die Kompetenz des Kantons fällt jedoch nur der akutstationäre Versorgungsbereich. Insofern hat das vorliegende Konzept schwerpunktmässig die akutsomatische Versorgung zum Gegenstand. Gerade im Bereich der Palliative Care sind die Vernetzung und die Koordination der Angebote bzw. der Leistungserbringer von grosser Bedeutung. Die stationäre palliative Versorgung in Akutspitälern kann deshalb nicht losgelöst von den Angeboten anderer Versorgungsstrukturen betrachtet werden. Eine kompetente Betreuung von Palliativpatienten durch niedergelassene Ärzte, ambulante Pflegedienste und Langzeitinstitutionen sowie gut funktionierende

² Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin 2008:6

Schnittstellen zwischen dem ambulanten und dem stationären Leistungsbereich tragen wesentlich dazu bei, dass Hospitalisationen verkürzt oder sogar vermieden werden können³. In diesem Sinne wurden im Konzept auch die Bereiche der ambulanten Versorgung und der Langzeitpflege vertieft. Weil diese Bereiche – abgesehen von der medizinischen Versorgung durch die frei praktizierende Ärzteschaft – in der Zuständigkeit der Gemeinden liegen, wurde in diesen Bereichen Empfehlungen zur optimalen Ergänzung der stationären Palliativ-Versorgung formuliert.

Mit vorliegendem Konzept soll die Grundlage für eine angemessene palliative Versorgung im Kanton Schwyz geschaffen werden. Internationale Erfahrungen zeigen, dass bei entsprechender Basisqualifikation in Palliative Care ca. 80 bis 85% aller am Lebensende auftretenden Probleme durch Strukturen der Grundversorgung verbessert bzw. gelöst werden können. Das Ziel ist demzufolge, Palliative Care auf einem hohen Niveau in der Grundversorgung zu etablieren. Dazu sollen die Spitäler mit einem entsprechenden Leistungsauftrag versehen werden. Neben der Sicherstellung der Finanzierung und dem Aufbau von Fachwissen hat das vorliegende Konzept auch eine Sensibilisierung bezüglich der Bedürfnisse der Palliativpatienten zum Ziel.

Grundsätzlich soll die Leistungserbringung für Palliative Care angebotsgesteuert sein und nur dann stationär erfolgen, wenn eine ambulante Betreuung durch niedergelassene Ärzte, spitalexterne Dienste oder Angehörige nicht möglich ist. In der stationären Akutsomatik bereits vorhandenes Wissen soll genutzt werden, indem bestehende Leistungen und Institutionen mit entsprechenden Erfahrungen in das Konzept eingebunden werden.

Zusammenfassend lassen sich die Zielvorgaben für die palliative Versorgungsstruktur folgendermassen definieren:

1. *Ambulant vor stationär*: Die Betreuung von Palliativpatienten erfolgt solange ambulant bzw. daheim wie möglich. Eine stationäre Behandlung erfolgt nur bei entsprechender ärztlich festgestellter Indikation.
2. *Grundversorgung vor Spezialversorgung*: Die Betreuung von Palliativpatienten erfolgt solange im Rahmen der Grundversorgung wie möglich. Eine (kosten-)aufwändigere spezialisierte Versorgung erfolgt nur bei ärztlich festgestellter Indikation.
3. *Bedarfsgerecht und wirtschaftlich*: Die Betreuung von Palliativpatienten erfolgt zugleich bedarfsgerecht als auch wirtschaftlich im Sinne der Vermeidung unnötiger oder unerwünschter Versorgungskosten.

Das vorliegende Konzept bildet die Grundlage für eine qualitativ hochstehende und bedarfsgerechte Palliative-Care-Versorgung im Kanton Schwyz. Dazu werden die grundlegenden Begriffe definiert und abgegrenzt, die aktuelle Versorgungssituation aufgezeigt und eine mögliche Versorgungsstruktur basierend auf den Diskussionen mit der Arbeitsgruppe aufgezeigt. Es werden Aussagen zum künftigen Bedarf sowie zu einer möglichen Finanzierung gemacht.

1.3 Rechtliche Vorgaben

Der Bund verfügt im Rahmen seiner verfassungsrechtlichen und gesetzlichen Möglichkeiten über Kompetenzen im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, der Aus-/Weiter- und Fortbildung, der Forschung und teilweise bei der Information. Die Kantone sind demgegenüber im Rahmen ihrer Versorgungsplanung für ein ausreichendes Angebot an Palliative Care auf ihrem Kantonsgebiet zuständig.

³ Gesundheitsdirektion Zürich 2006:5

1.3.1 Bundesrecht

Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (SR 832.10; KVG)

Das KVG, einschliesslich verschiedener Ausführungserlasse, regelt insbesondere Fragen der Zulassung von Leistungserbringern sowie Aufgaben und Rolle der Kantone.

Zur Aufgabe der Kantone gehört insbesondere die Sicherstellung einer flächendeckenden Gesundheitsversorgung. So verpflichtet sie das KVG zur Erstellung der Spital- und Pflegeheimplanung (Art. 39 KVG), Führung der Spital- und Pflegeheimlisten (Art. 39 KVG), Bezahlung der nicht anrechenbaren Kosten und zur Begleichung des Kantonsanteils (Art. 49 KVG) sowie zur Durchführung von Betriebsvergleichen (Art. 49 KVG).

Die Erfahrungen mit dem KVG während der ersten zehn Jahre haben gezeigt, dass zur Dämpfung der Kostenentwicklung verstärkte Anstrengungen nötig sind. Im Parlament sind deshalb im Moment verschiedene Reformbestrebungen im Gange.

1.3.2 Kantonales Recht

Die Gesundheitspolitik ist im Wesentlichen Sache des Kantons. Die innerkantonalen Kompetenzregelungen sind von Kanton zu Kanton verschieden. Der Kanton bestimmt Art und Umfang der angebotenen Dienstleistungen des öffentlichen Gesundheitswesens. Ebenfalls entscheidet der Kanton, ob Aufgaben durch Private oder durch die öffentliche Hand wahrgenommen werden. Beim Vollzug von eidgenössischen Gesetzen hat der Kanton einen relativ grossen Gestaltungsspielraum.

Der Kanton übernimmt hauptsächlich Aufgaben zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung, insbesondere in der stationären Versorgung. Die Gemeinden hingegen sind hauptsächlich zuständig für die Pflege und Betreuung bedürftiger, hilfloser oder vernachlässigter Kranker. Dies betrifft die Bereiche der spitalexternen Kranken- und Hauspflege (Spitex) sowie Alters- und Pflegeheime.

Im Schwyzer Gesundheitswesen teilen sich der Kanton und die Gemeinden die Zuständigkeiten wie folgt:

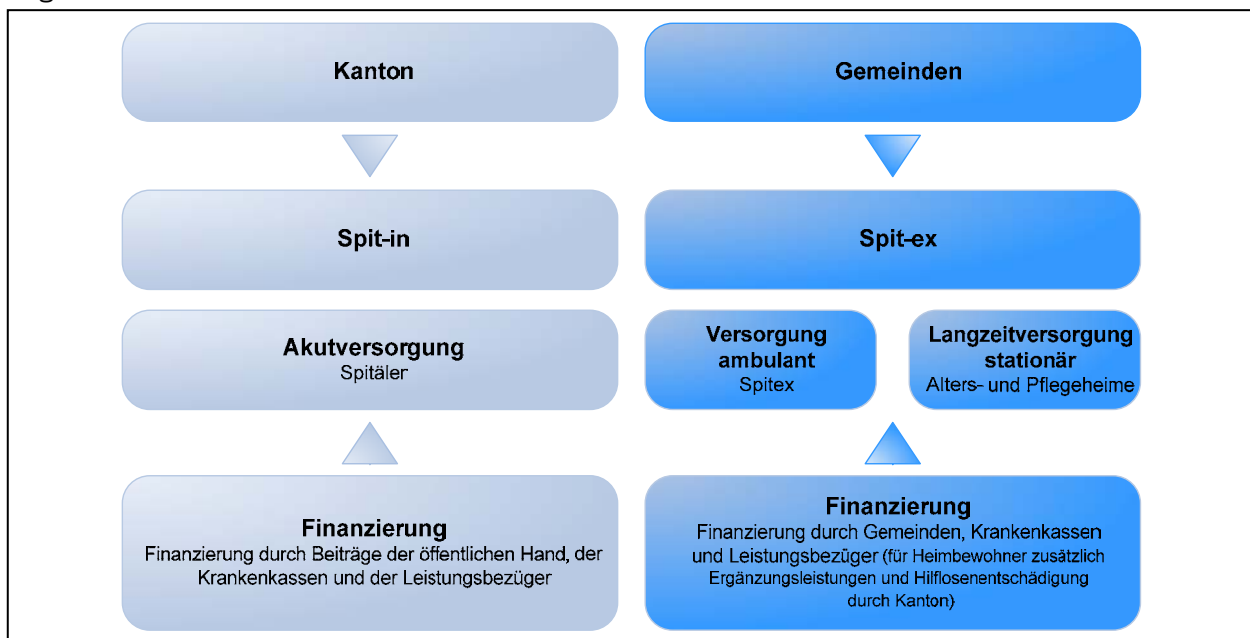


Abbildung 1: Zuständigkeiten Kanton und Gemeinden

eigene Darstellung

Die kantonalen Aufgaben im Gesundheitswesen werden im Kanton Schwyz mit folgenden Gesetzen geregelt:

Spitalverordnung vom 22. Oktober 2003 (SRSZ 574.110; SpitV)

Die Spitalverordnung regelt die Bewilligungspflicht für Spitäler und ähnliche Einrichtungen, den Erlass der Spitalplanung und der Spitalliste sowie die Erteilung des Leistungsauftrages an die drei innerkantonalen Spitäler, die Leistungsabgeltung für Spitäler mit Leistungsvereinbarung, die Kostenbeteiligung des Kantons bei ausserkantonalem Spitalaufenthalt und das Leistungs-, Finanz- und Qualitätscontrolling in den Spitälern mit Leistungsvereinbarung.

Gesundheitsverordnung vom 16. Oktober 2002 (SRSZ 571.110; GesV)

Die Gesundheitsverordnung regelt das öffentliche Gesundheitswesen im Kanton Schwyz. Darunter fallen Gesundheitsförderung und Krankenpflege, Gesundheitsberufe, medizinische Organisationen und Einrichtungen sowie die Rechte und Pflichten der Patienten. Mit der GesV wird des Weiteren die Zuständigkeiten der Gemeinden für die Sicherstellung eines Angebots für die Hauskrankenpflege und die hauswirtschaftlichen Dienste (Spitex) geregelt. Im Rahmen einer Überarbeitung der GesV hat der Kantonsrat im November 2009 das Recht der Patienten auf Palliative Care verankert:

§ 38 Abs. 3 (neu)

³Unheilbar kranke und sterbende Menschen haben Anspruch auf eine angepasste Betreuung sowie auf Linderung ihrer Leiden und Schmerzen nach den Grundsätzen der Palliativmedizin und -pflege.

In diesem Zusammenhang wurde auch die SpitV entsprechend angepasst:

§ 21 Abs. 1

Der Regierungsrat bestimmt die durch den Kanton zu finanzierenden fallunabhängigen Leistungen, wie Leistungen der Aus- und Weiterbildung, der Vorhalteleistung für Notfälle und der Palliativmedizin.

Gesetz über soziale Einrichtungen vom 28. März 2007 (SRSZ 380.300; SEG)

Das Gesetz über soziale Einrichtungen regelt Zuständigkeiten, Bewilligung und Finanzierung von Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen, Einrichtungen für Betagte und Pflegebedürftige und weiteren Einrichtungen sowie der Jugendförderung, der Kinder- und Jugendberatung und der familienergänzenden Kinderbetreuung.

Die Gemeinden werden im SEG zur Planung, Errichtung und Betreibung der erforderlichen Einrichtungen für Betagte und Pflegebedürftige nach den kantonalen Bedarfsrichtwerten verpflichtet.

1.4 Projektorganisation

Zur fachlichen Unterstützung der Projektgruppe (E. Reich, M. Amstutz bzw. S. Capol, M. Trütsch) wurde eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe gebildet, welche sich nebst der Projektgruppe aus Fachexperten der Spitäler, der Spitex, den Alters- und Pflegeheimen, der Ärztesgesellschaft und der Krebsliga wie folgt zusammensetzte:

- Evelyne Reich, Vorsteherin, Amt für Gesundheit und Soziales
- Dr. Martin C. Amstutz, Kantonsarzt, Amt für Gesundheit und Soziales (bis Juni 2009)
- Dr. Svend Capol, Kantonsarzt, Amt für Gesundheit und Soziales (ab Juli 2009)
- Martina Trütsch, wissenschaftliche Mitarbeiterin, Amt für Gesundheit und Soziales
- Dr. Urs Gössi, Chefarzt Innere Medizin, Spital Schwyz
- Fabienne Bissig, stellvertretende Stationsleiterin, Spital Schwyz
- Dr. Simon Stäuble, Chefarzt Innere Medizin, Regionalspital Einsiedeln
- Dr. Franco Salomon, Chefarzt Innere Medizin, Spital Lachen (Februar 2009 – März 2010)
- Prof. Dr. Marcus Schuermann, stellvertretender Chefarzt/Leiter Onkologie, Aeskulap-Klinik
- Dr. Rolf Baumann, Ombudsmann, Ärztesgesellschaft Kanton Schwyz
- Beate Schmitt, Leitende Pflegefachfrau, Spitex Höfe
- Karin Schnüriger-Inglin, Spitex Kantonalverband Kanton Schwyz
- Bernadette Bachmann, Leiterin Pflegezentrum Pfarrmatte Freienbach
- Guido Weissen, Co-Präsident CuraViva Schwyz, Leiter Alters- und Pflegeheim Buobenmatt, Muotathal
- Ruth Schmid-Egli, Leiterin Beratungsstelle Lachen, Krebsliga Zentralschweiz

Schwerpunkte der Arbeit in der Arbeitsgruppe bilden gemäss den in Kapitel 1.2 formulierten Zielen des Kantons die Festlegung einer gemeinsamen Charta Palliative Care sowie die konzeptionelle Unterstützung bei der Erarbeitung des Gesamtkonzeptes. Zu diesem Zweck wurden mehrere Arbeitsgruppensitzungen sowie Einzelsitzungen für die drei Versorgungsbereiche Spitäler, ambulante Pflege und Alters- und Langzeitpflege abgehalten. Auf Basis dieser Diskussionen hat die Projektgruppe im Anschluss das Konzept ausgearbeitet und verschiedene Empfehlungen für eine künftige Palliative-Care-Versorgungsstruktur im Kanton Schwyz formuliert.

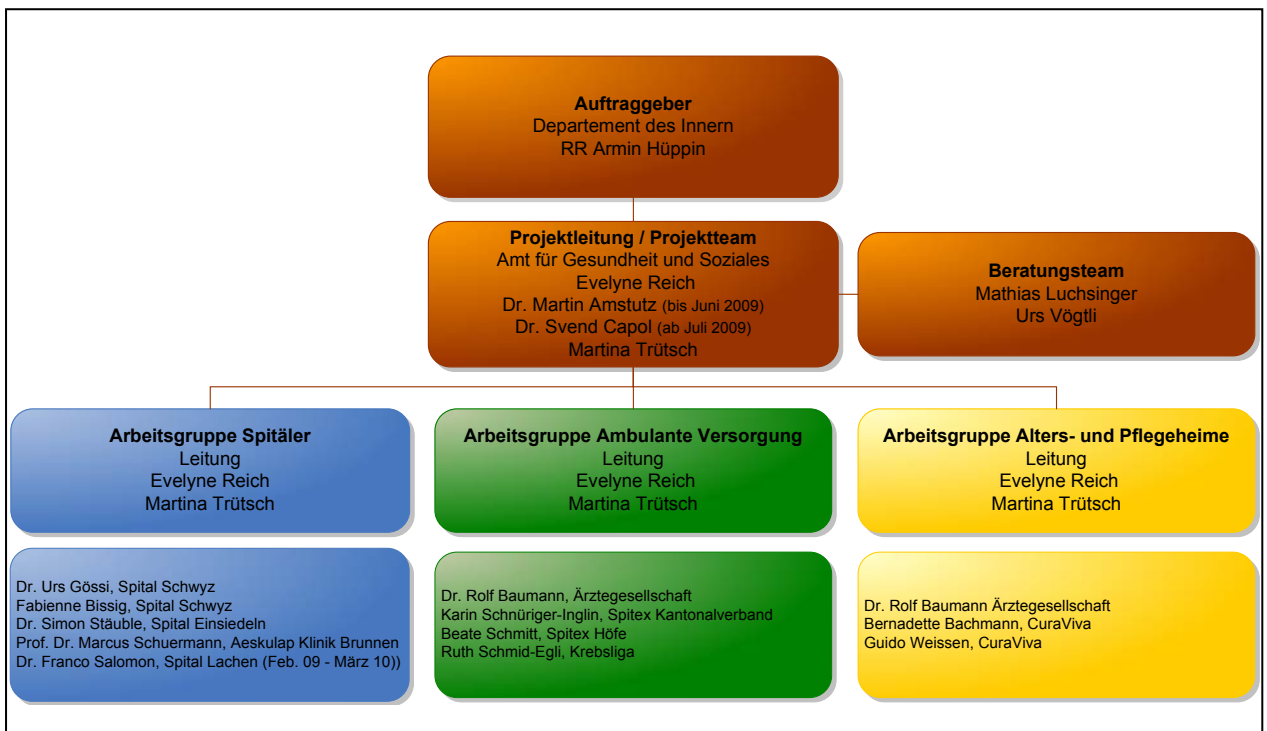


Abbildung 2: Projektorganisation

eigene Darstellung

2 Rahmenbedingungen

2.1 Demografische Alterung

Der demografische Alterungsprozess ist eine Folge der steigenden Lebenserwartung und der abnehmenden Geburtenhäufigkeit⁴.

Wie in den Abbildungen 2 und 3 ersichtlich, hat sich der Altersaufbau der Bevölkerung im Laufe des 20. Jahrhunderts massiv verändert. Der Anteil der Jungen (unter 20 Jahren) sank von 40,7% (1900) auf 21,5% (2007); bei den Alten (über 64 Jahren) stieg er von 5,8% auf 16,4%, bei den Hochbetagten (80jährig und mehr) ist der Anstieg besonders ausgeprägt (von 0,5% auf 4,7%).

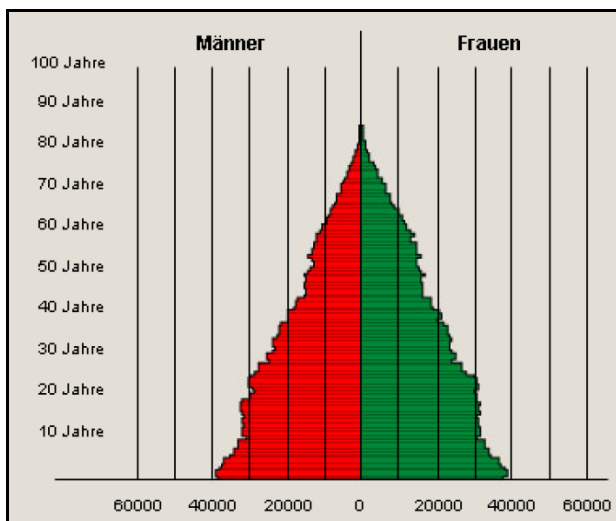


Abbildung 3: Alterspyramide Schweiz um 1900

Bundesamt für Statistik 2009a:1

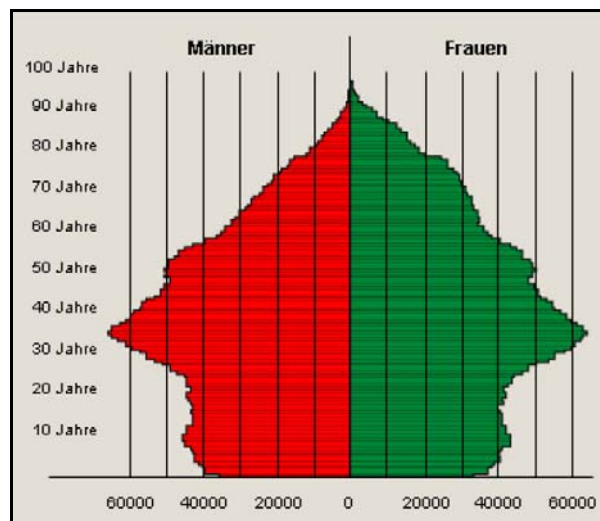


Abbildung 4: Alterspyramide Schweiz um 2000

Bundesamt für Statistik 2009a:1

Im Zeitraum zwischen den Volkszählungen 1970 und 1980 war praktisch in der ganzen Schweiz ein starkes Wachstum der 65- bis 79jährigen Bevölkerung festzustellen. Besonders hoch war der Zuwachs in diesem Alterssegment in den ländlichen Kantonen der Zentralschweiz, im Wallis und im Tessin. In Bezug auf die demografische Alterung war die Zeitspanne zwischen den Volkszählungen 1980 und 1990 eine Übergangsphase. Im Vergleich zu der vorangegangenen (+17,9%) und der nachfolgenden Periode (+11,7%) war der Zuwachs in der Altersgruppe der 65- bis 79jährigen mit 3,2% relativ begrenzt. Das hat damit zu tun, dass die in dieser Zeit pensionierten Jahrgänge zahlenmässig schwächer waren. Im Zeitraum von 1990 bis 2000 konnte ein differenziertes Wachstum im Segment der 65- bis 79jährigen beobachtet werden. So war in den Städten ein Rückgang, in den Randgebieten hingegen ein Anstieg dieser Altersgruppe zu verzeichnen⁵.

Das Bevölkerungswachstum der kommenden 30 Jahre betrifft ausschliesslich die über 45jährigen. Das Wachstum ist umso stärker, je höher das Alter ansteigt. Die Zahl der über 80jährigen nimmt gegenüber heute um mehr als das Zweieinhalbfache zu. Die Zahl der 0-44jährigen jedoch geht zurück, jene der Kinder und Jugendlichen unter 20 sinkt um 15%. Im Jahre 2050 werden in der Schweiz fünfzig Personen im Alter über 65 Jahren auf hundert Personen zwischen 20 und 64 Jahren kommen. Dies entspricht gegenüber heute einer Verdoppelung des so genannten «Altersquotienten»⁶.

Die Prognosen für den Kanton Schwyz zeigen bis ins Jahr 2050 eine Zunahme der 65- bis 79jährigen von rund 78% im Bereich der über 80jährigen gar eine Zunahme um 280% gegenüber

⁴ Bundesamt für Statistik 2009e:1

⁵ Bundesamt für Statistik 2009b:1

⁶ Bundesamt für Statistik 2006:7

heute. Im Vergleich dazu nimmt die Anzahl 0-64jähriger um 4% ab. Abbildung 5 zeigt die detaillierte Entwicklung der Anteile der verschiedenen Altersgruppen im Kanton Schwyz auf.

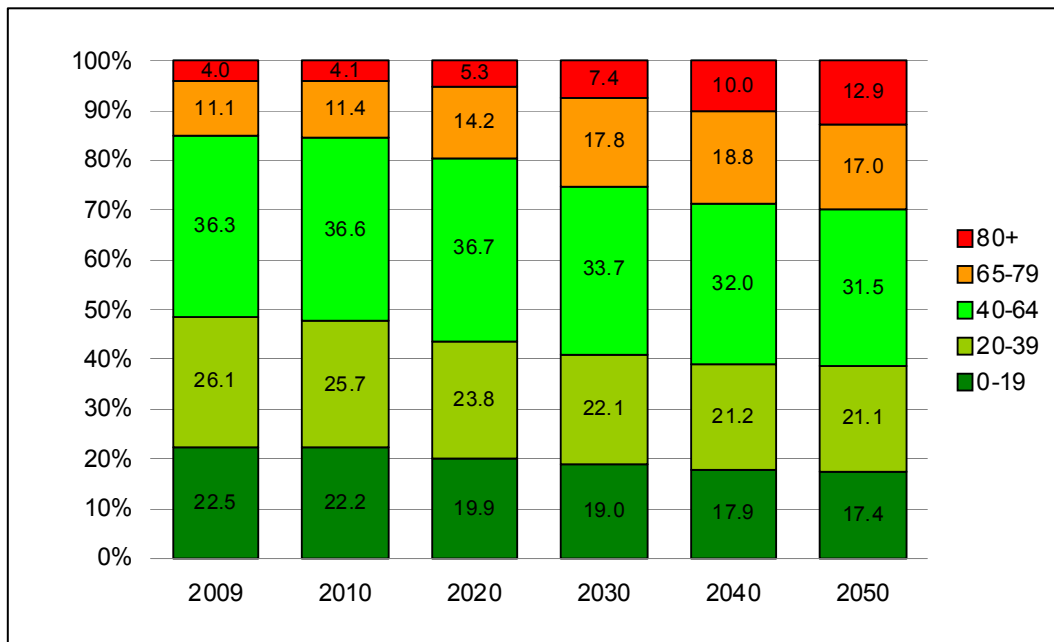


Abbildung 5: Anteile der verschiedenen Altersgruppen 2009-2050 im Kanton Schwyz (Szenario Trend)
eigene Darstellung; Daten Bundesamt für Statistik 2009 (Szenario AR-00-2005/09)

2.2 Sterblichkeit

2.2.1 Todesfälle

Mit der Veränderung der Alterszusammensetzung der Bevölkerung einher geht die Zunahme der Anzahl Todesfälle pro Jahr. Die Anzahl Todesfälle pro Jahr in den vergangenen Jahrzehnten ist mit ungefähr 60 000 Todesfällen pro Jahr relativ stabil geblieben. In den kommenden Jahrzehnten ist laut Berechnungen des Bundesamtes für Statistik allerdings mit einer starken Zunahme der Anzahl Todesfälle zu rechnen. Während die Anzahl Todesfälle von Personen unter 80 Jahren tendenziell abnimmt, sterben immer mehr Personen im Alter von 80 und mehr Jahren.

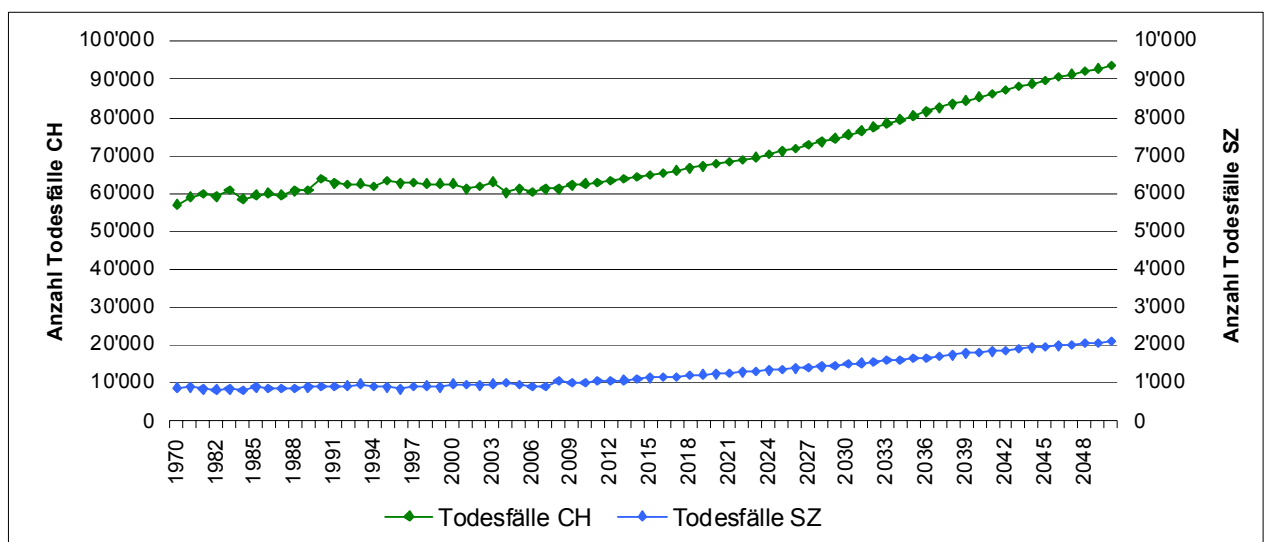


Abbildung 6: Entwicklung der Anzahl Todesfälle bis 2050

eigene Darstellung; Daten Bundesamt für Statistik 2009

2.2.2 Todesursachen

Die häufigsten Todesursachen sind heute Herz-Kreislaufkrankheiten, Krebs und Demenz und dies sowohl bei Frauen als auch bei Männern. Herz-Kreislaufkrankheiten verursachen im Jahr 2007 37% der Todesfälle in der Schweiz, gefolgt von Krebserkrankungen (26%) und Demenz (7%). Die demenzbedingten Todesfälle haben sich seit 1997 nahezu verdoppelt und stehen damit erstmals an dritter Stelle der Todesursachen. Jeweils 6% aller Todesfälle machen Erkrankungen der Atemwege und die Gruppe der gewaltsamen Todesfälle aus (inkl. Suizide). Suizide von Menschen, die jünger sind als 74 Jahre nehmen seit den 1970er Jahren tendenziell ab. In der gleichen Zeit hat jedoch die Anzahl der Suizide von Menschen die älter als 74 Jahre sind, deutlich zugenommen⁷.

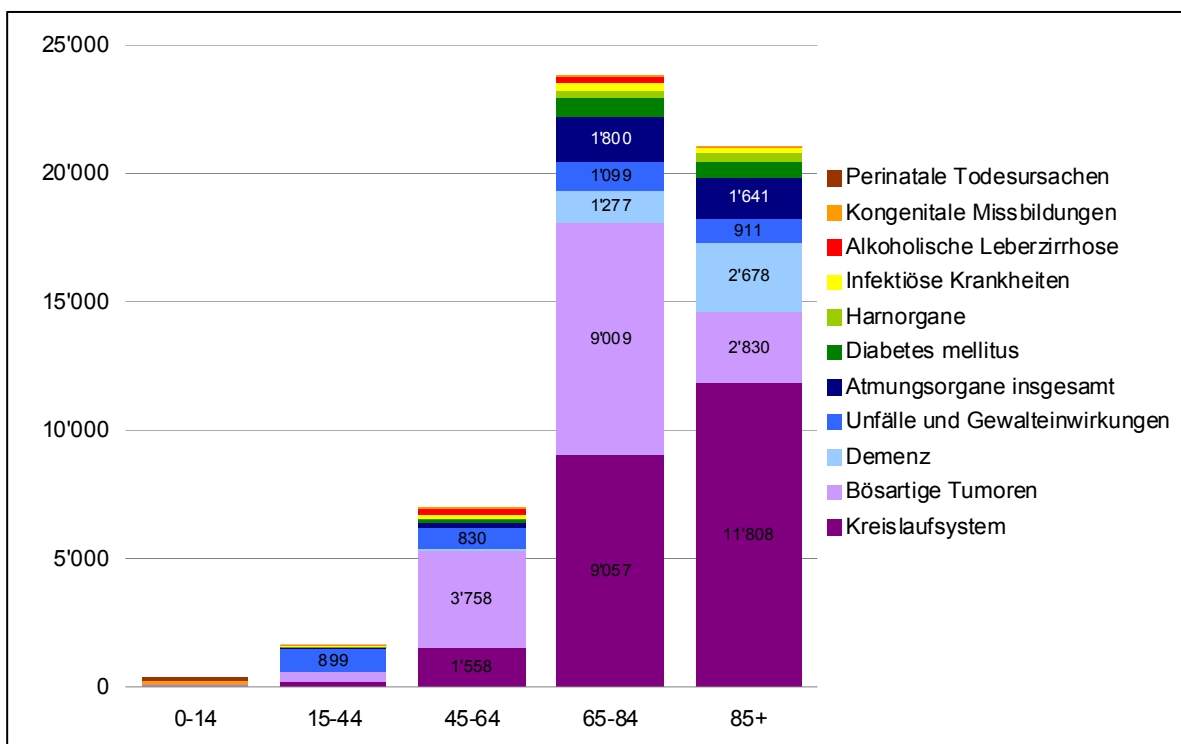


Abbildung 7: Häufigste Todesursachen nach Alter im Jahr 2007

eigene Darstellung; Daten Bundesamt für Statistik 2009

Die Entwicklungen zeigen, dass die Anzahl der Menschen mit unheilbaren, fortschreitenden Krankheiten in Zukunft zunehmen wird. Nur rund 10% der sterbenden Menschen erleiden einen plötzlichen und unerwarteten Tod. Bei je rund 20% der Menschen zieht sich die Krankheits- und Pflegephase über einen kurzen bis mittleren (z.B. bei Krebserkrankungen) oder einen längeren (z.B. bei Herz-Kreislaufkrankungen) Zeitraum hin. Der Hauptteil der Menschen stirbt jedoch nach einer über mehrere Jahre langsam zunehmenden Pflegebedürftigkeit, meistens bedingt durch eine Kombination verschiedener Krankheiten⁸.

⁷ BAG/GDK 2009:9

⁸ BAG/GDK 2009:9

2.2.3 Sterbeorte

In den letzten Jahrzehnten verlagerte sich das Sterben, insbesondere aufgrund veränderter sozialer Strukturen, zunehmend in Institutionen. Eine im 2009 durchgeführte Erhebung des Bundesamtes für Statistik⁹ zeigt, dass sich 2007 34% der Todesfälle von Personen über 75 Jahren im Spital ereigneten, 51% im Pflegeheim oder einer anderen sozialmedizinischen Institution und 15% zuhause oder an einem anderen Ort. Gemäss internationalen Studien¹⁰ möchten jedoch 75% der Menschen zu Hause sterben.

2.3 Knappheit Pflegepersonal

Die Überalterung der Bevölkerung führt zu einem Mehrbedarf an Pflegeleistungen und –personal. Soziostrukturelle Veränderungen führen dazu, dass familiäre und informelle Pflegeleistungen immer mehr abnehmen. Hinzu kommt ein sich abzeichnender Mangel an qualifiziertem Pflegepersonal. Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (OBSAN) hat zusammen mit der privaten Stiftung Careum im August 2009 eine Untersuchung¹¹ veröffentlicht. Die Resultate haben gezeigt, dass die Schweiz in den Spitälern, Heimen und in der Spitex bis ins Jahr 2030 gegen 200 000 Personen rekrutieren muss. Zurzeit bildet die Schweiz pro Jahr rund 3 300 Fachleute aus (Fachangestellte Gesundheit, höhere Fachschulen Pflege, Berufsschulen für Pflege, Mediziner). Hochgerechnet auf 20 Jahre sind dies 66 000 Personen, was gerade mal einem Drittel des geforderten Bedarfs entspricht.

⁹ Bundesamt für Statistik 2009d:1f.

¹⁰ Gomes/Higginson 2008:33f.

¹¹ Jaccard Ruedin/Weaver 2009

3 Begriffliche Einordnung

3.1 Begriff Palliative Care

Palliative Care wird in diesem Konzept analog der Begriffsdefinition der Schweizerischen Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung (palliative ch¹²) verwendet. Diese definiert Palliative Care in ihren Statuten in Art. 3 folgendermassen:

"Die palliative Medizin, Pflege und Begleitung umfasst alle medizinischen Behandlungen, die pflegerischen Interventionen sowie die psychische, soziale und geistige Unterstützung kranker Menschen, die an einer progredienten¹³, unheilbaren Erkrankung leiden. Ihr Ziel besteht darin, Leiden zu lindern und die bestmögliche Lebensqualität des Kranken und seiner Angehörigen zu sichern"¹⁴.

Dem Verständnis für diese Definition von Palliative Care liegt die Definition der Weltgesundheitsorganisation zugrunde (WHO, Genf 1990, Bericht Nr. 804): "Palliative Care ist die aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer progredienten¹³, weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf eine kurative Behandlung anspricht und die Beherrschung von Schmerzen, anderen Krankheitsbeschwerden, psychologischen, sozialen und spirituellen Problemen höchste Priorität besitzt"¹⁴.

Auf der Basis dieser Definitionen ermöglicht die fachgerechte palliative Betreuung einen würdigen Sterbeprozess. Auf dem Gebiet der Palliative Care sind in der Schweiz hauptsächlich zwei Nichtregierungsorganisationen tätig: die Krebsliga Schweiz sowie palliative ch. Letztere hat 2001 mit dem Freiburger Manifest eine nationale Strategie für die Entwicklung von Palliative Care in der Schweiz verabschiedet. Darin formuliert palliative ch folgende fünf Ziele:

- Integration der Palliative Care in das Gesundheitswesen,
- Koordination der verschiedenen Aktivitäten von Palliative Care,
- frühzeitige Gewährleistung des Zugangs zu Palliative Care,
- effiziente Nutzung der Mittel in Palliative Care,
- eine schrittweise Definition der Qualität von Palliative Care.

3.2 Patientengruppen

Eine palliative Betreuung von Patienten erfolgt grundsätzlich nicht erst in der letzten Lebensphase, sondern sollte frühzeitig einsetzen, um durch gezielte, unterstützende palliative Massnahmen die Selbständigkeit der Patienten möglichst lange zu erhalten. Dabei werden drei Patientengruppen unterschieden¹⁵:

¹² ehemals SGMPMB

¹³ fortschreitenden

¹⁴ palliative ch 2001:4

¹⁵ Gesundheitsdirektion Zürich 2006:6

- *Patienten für Palliativtherapien:* Palliative Therapien werden Patienten angeboten, bei denen die Linderung der Symptome und die psychosoziale Betreuung das zentrale Anliegen bzw. die Heilung der Grundkrankheit nicht möglich oder kein Ziel ist. Das gute medizinische Management von Patienten mit chronischen, unheilbaren Krankheiten wie Diabetes, Hypertonie oder Herzinsuffizienz erlaubt über lange Zeit eine Abgrenzung zu der Patientengruppe, welche Palliativtherapien im engeren Sinne benötigen. In der Endphase von chronischen Krankheiten häufen sich jedoch Komplikationen und die Kompensationsmöglichkeiten durch medizinische Massnahmen erschöpfen sich zunehmend. Hierbei ändern sich unter Berücksichtigung der individuellen Dynamik eines Krankheitsgeschehens die therapeutischen Ziele immer mehr in den Bereich der Palliativtherapien. Der Übergang vom Management chronischer Krankheiten zu Palliativtherapien im engeren Sinne ist fließend und kann sich durchaus im Verlauf einer Krankheit verschieben.
- *Patienten für terminale Therapien:* Terminale Betreuung/Therapie wird Patienten angeboten, bei denen die Grundkrankheit(en) Sterben und Tod als absehbar erscheinen lassen. Im Vordergrund der therapeutischen und pflegerischen Massnahmen stehen Symptomlinderung und psychosoziale Betreuung.
- *Sterbende Patienten:* Wenn elementare Lebensbedürfnisse wie Essen, Trinken und Kommunizieren erlöschen und der Tod innert Stunden oder wenigen Tagen zu erwarten ist, wird von sterbenden Patienten gesprochen.

Gemäss Definition ist Palliative Care ein Versorgungskonzept für Menschen mit einer in der medizinischen Terminologie genannten infausten Diagnose. Damit ist gemeint, dass (weitere) kurative Massnahmen keine Wirkung mehr zeigen. Ebenfalls fallen diejenigen Patienten in diese Definition, die an einer fortschreitenden und zum Tod führenden Krankheit leiden und dabei bewusst auf eine weitere kurative Behandlung verzichten. Damit wird die Palliativ-Versorgung weder an eine bestimmte Altersgruppe noch an ein bestimmtes Krankheitsbild geknüpft¹⁶.

Neben der aus versorgungsplanerischen Gesichtspunkten wichtigen Frage nach der Zielgruppe ist insbesondere aus finanziellen Gesichtspunkten nicht unerheblich, wann im Krankheitsverlauf mit Palliative Care begonnen werden soll. Die diesbezüglichen konzeptionellen Vorgaben sind äusserst karg.

In der Literatur wird eine kurative Phase, in der noch eine realistische Aussicht auf Heilung besteht und eine palliative Phase, in der Lebensqualität und Wohlbefinden im Vordergrund stehen, unterschieden. Zur palliativen Phase kann man auch die Zeit der Kompensation chronischer, nicht heilbarer Krankheiten durch stete medizinische Massnahmen zählen. Der Patient ist hierbei in einem Zustand relativer Gesundheit. Die Zeitspanne, in welcher der physische Verfall und die beginnende Trauer gegenwärtig sind, nennt man die terminale Phase, in der keine behandlungsbezogenen negativen Wirkungen mehr akzeptiert werden, und ausschliesslich palliative Massnahmen Anwendung finden¹⁷.

Möglichkeiten der Palliative Care sind zu einem frühen Zeitpunkt einer Erkrankung hilfreich und sinnvoll. Insofern ergänzen sich Palliative Care und kurative Medizin und können auch parallel eingesetzt werden. Palliative Care geht des Weiteren über den Tod eines Patienten hinaus, indem Sie auch die Betreuung der Angehörigen beim Trauerprozess beinhalten kann.

¹⁶ Pleschberger 2001:16

¹⁷ Pleschberger 2001:16

3.3 Bestehende Richtlinien und Stellungnahmen

In der Schweiz hat palliative.ch neben dem erwähnten Freiburger Manifest im Jahr 2003 Grundsätze und Richtlinien für Palliative Care verabschiedet¹⁸.

Zudem gibt es eine Reihe von Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), die sich unter anderem auf Palliative Care beziehen¹⁹. Das Ziel dieser Richtlinien besteht darin, Aufgaben, Möglichkeiten und Grenzen der Betreuung von Patienten am Lebensende aufzuzeigen.

Auch die nationale Ethikkommission (NEK) hat sich mit dem Thema auseinandergesetzt und sich insbesondere zum Thema Beihilfe zum Suizid geäußert: "Palliative Care ist die internationale Bezeichnung für eine umfassende, palliative (lindernde) Betreuung im Erleben von schwerer Krankheit und Leiden. Neben der medizinischen und der pflegerischen Ebene spielen insbesondere die psychische, soziale und geistige Unterstützung eine wichtige Rolle. Palliative Care beschränkt sich nicht auf ein bestimmtes Krankheitsbild."²⁰

¹⁸ palliative.ch 2001

¹⁹ SAMW 2004/SAMW 2006

²⁰ Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin 2006

4 Rechtliche Einordnung

Die palliative Betreuung umfasst alle medizinischen und pflegerischen Interventionen sowie die psychische, soziale und seelsorgerische Unterstützung von Patienten sowie deren Angehörigen, die darauf abzielen, Leiden zu lindern und die bestmögliche Lebensqualität zu gewährleisten. Der Arzt ist demnach verpflichtet, Schmerzen zu lindern, auch wenn dies in einzelnen Fällen zu einer Beeinflussung der Lebensdauer (Verkürzung oder Verlängerung) führen kann.

Sinnvollerweise erfolgt die rechtliche Betrachtung und Einordnung von Palliative Care in Abgrenzung um die Begriffe der Sterbe- und Suizidhilfe im weitesten Sinne²¹.

4.1 Sterbehilfe²²

Bei der Sterbehilfe geht man begrifflich davon aus, dass es sich um Fremdtötungen handelt. Bei einer Fremdtötung hat nicht die sterbewillige Person die Tatherrschaft, sondern immer eine Drittperson. Die Lehre unterscheidet dabei zwischen der aktiven und der passiven Sterbehilfe.

4.1.1 Direkte aktive Sterbehilfe

Die direkte gezielte Tötung eines anderen Menschen, z.B. durch das Verabreichen einer tödlichen Injektion oder Infusion, ist nach schweizerischem Recht strafbar, selbst wenn sie auf ausdrücklichen Wunsch einer todkranken Person zur Verkürzung ihrer Leiden erfolgt.

Diese Form der Sterbehilfe ist heute nach Artikel 111 (vorsätzliche Tötung), Artikel 114 (Tötung auf Verlangen) oder Artikel 113 (Totschlag) Strafgesetzbuch strafbar.

4.1.2 Indirekte aktive Sterbehilfe

Rechtlich zulässig ist das Verabreichen von schmerzlindernden Mitteln wie z.B. Morphinen, die als – unerwünschte (!) – Nebenwirkung einer palliativen bzw. schmerzlindernden Behandlung die Lebensdauer verkürzen können. Diese Behandlung darf jedoch nur als letztes Mittel zur Anwendung kommen und nur, wenn es keine weniger einschneidende Schmerzbehandlungsmethode gibt.

4.1.3 Passive Sterbehilfe

Der Verzicht auf lebenserhaltende Massnahmen (wie z.B. künstliche Beatmung, Nahrungszufuhr und Verabreichung von Arzneimitteln) oder der Abbruch solcher Massnahmen ist unter bestimmten Voraussetzungen ebenfalls zulässig. Dem Sterbeprozess wird trotz bestehender Interventionsmöglichkeiten freier Lauf gelassen, wenn die betroffene Person oder ihre gesetzlich anerkannte Vertretung dies wünscht. Der Sterbewunsch des Patienten genießt in diesem Bereich grundrechtlichen Schutz (Recht auf Selbstbestimmung).

²¹ EJPD 2006

²² Im umgangssprachlichen Gebrauch wird fast ausschliesslich der Begriff „Sterbehilfe“ oder „Sterbehilfeorganisation“ verwendet. Im gesetzgeberischen Zusammenhang ist dieser Begriff jedoch von der Suizidhilfe abzugrenzen. Organisationen wie DIGNITAS und EXIT werden als Suizidhilfeorganisationen bezeichnet. In diesem Konzept wird deshalb ausschliesslich dieser Begriff verwendet.

4.2 Suizidhilfe

Bei der Suizidhilfe liegt die Tatherrschaft über das Geschehen – anders als in den oben beschriebenen Fällen der Sterbehilfe – bei der sterbewilligen Person. Diese führt die den Tod bewirkende Handlung selber aus, und zwar im Bewusstsein der tödlichen Wirkung. Fehlt dieses Bewusstsein – beispielsweise mangels Urteilsfähigkeit – so liegt kein Suizid, sondern allenfalls eine strafbare Fremdtötung vor.

Bei der Suizidhilfe, die von Suizidhilfeorganisationen geleistet wird, geht es meistens um die Verschreibung und Bereitstellung eines tödlichen Betäubungsmittels mit dem Ziel, einer sterbewilligen Person den Suizid zu ermöglichen. Suizidhilfe kann aber auch darin bestehen, dass der suizidwilligen Person ausschliesslich psychische Unterstützung im Hinblick auf das von ihr verfolgte Ziel geleistet wird.

Suizidhilfe ist – anders als die gezielte Fremdtötung – nicht generell, sondern nur unter bestimmten Voraussetzungen strafbar. Suizidhilfe wird mit Gefängnisstrafe belangt, wenn sie aus selbstsüchtigen Beweggründen erfolgt.

Die von Suizidhilfeorganisationen wie EXIT und DIGNITAS durchgeführte Suizidhilfe blieb in der Schweizer Praxis bis anhin ausnahmslos straffrei, denn es lagen jeweils keine selbstsüchtigen Beweggründe im Sinne des Gesetzes vor, oder es konnten keine solchen nachgewiesen werden.

Dies ist weltweit eine sehr liberale rechtliche Regelung.

Der Bundesrat hat im 2007 beschlossen, dass im Bereich der organisierten Suizidhilfe kein Handlungsbedarf für den Bundesgesetzgeber vorliege. Die weiteren Entwicklungen bezüglich der Suizidhilfe und die Tätigkeit der Suizidhilfeorganisationen haben den Bundesrat im Jahr 2008 indessen veranlasst, die Situation erneut zu untersuchen, Vorschläge für eine Regelung auszuarbeiten und einen Bericht vorzulegen. Dieser Bericht befindet sich im Moment in der Vernehmlassung bei den Kantonsregierungen. Zu vernehmlassen sind zwei Varianten. Bei Variante 1 soll die Straffreiheit der Verantwortlichen und der Mitarbeitenden von Suizidhilfeorganisationen an die Befolgung bestimmter strikter Bedingungen geknüpft werden. Variante 2 verlangt ein Verbot der organisierten Suizidhilfe.

4.3 Sterbebegleitung und Palliative Care

Palliative Care ist Sterbebegleitung durch medizinische Unterstützung und Betreuung von Sterbenden, auch wenn dies in einigen Fällen – als Nebenwirkung (!) – zu einer Verkürzung der Lebensdauer führen kann. Bei der Sterbebegleitung geschieht nichts strafrechtlich Relevantes.

Palliative Care oder Sterbebegleitung hat nichts mit Suizidhilfe zu tun und ist deshalb auch klar von jeglicher Form von Suizidhilfe und insbesondere von den Tätigkeiten der in der Schweiz agierenden Suizidhilfeorganisationen abzugrenzen. Bei Palliative Care geht es darum, Leiden zu lindern und den nahenden Tod bzw. die den Tod begleitenden Beschwerden erträglich zu machen. Palliative Care stellt insofern eine klare Alternative zur Suizidhilfe dar.

5 Aktuelle Versorgungssituation und -lücken

5.1 Nationale Ebene

Eine erste in der Schweiz durchgeführte Bestandesaufnahme 1999-2000²³ hat gezeigt, dass das Angebot an spezialisierter Palliative Care in der Schweiz regional extrem unterschiedlich war und insbesondere ein grosser Bedarf an Klärung sowohl bezüglich der Definitionen palliativer Strukturen als auch bezüglich Qualitäts- und Ausbildungsstandards bestand. Generell waren die Palliativ-Angebote in der Westschweiz und im Tessin wesentlich differenzierter ausgestaltet als in der Deutschschweiz und besser in das Gesundheitswesen integriert²⁴.

Je nach Region, Alter, sozioökonomischer Status oder Krankheitsbild sind auch heute die Zugangschancen grösser oder kleiner. Die Experten sind sich einig, dass insbesondere Patienten, die nicht an einer Krebserkrankung leiden, einen erschwerten Zugang zu Palliative-Care-Leistungen haben. Als grosses Defizit beschreiben die Experten auch die fehlenden Indikationskriterien, welche die Patienten erfüllen müssen, um Leistungen der Palliative Care in Anspruch nehmen zu können²⁵. Hinzu kommt, dass in den meisten Kantonen eine umfassende Versorgungsplanung zu Palliative Care fehlt und die Qualität von (spezialisierten) Palliative-Care-Leistungen nicht systematisch dokumentiert ist²⁶.

Im Rahmen der im 2009 durchgeführten Erhebung des Handlungsbedarfs Palliative Care ermittelten die Experten Handlungsbedarf in den folgenden sechs Kernbereichen:

- Verständnis von Palliative Care
- Versorgung
- Finanzierung
- Sensibilisierung/Information
- Aus-, Weiter- und Fortbildung
- Forschung

Das Hauptziel der Nationalen Strategie Palliative Care 2010-2012 besteht darin, dass Bund und Kantone Palliative Care gemeinsam mit den wichtigsten Akteuren im Gesundheitswesen und in anderen Bereichen verankern. Alle schwerkranken und sterbenden Menschen in der Schweiz sollen damit ihrer Situation angepasste Palliative Care erhalten, und ihre Lebensqualität soll verbessert werden²⁷.

5.2 Kantonale Ebene

Im Kanton Schwyz leben rund 144 000 Einwohner (Stand Dezember 2008). Gemäss Aussage des Spitals Schwyz wird jedes Jahr bei ungefähr 600 Personen die Diagnose Krebs gestellt. Von diesen Krebspatienten sterben 50% entweder an oder zumindest mit begleitenden chronischen Erkrankungen. Rund $\frac{2}{3}$ der Krebspatienten sterben im Spital und verbringen auch die letzten Tage vor ihrem Tod dort. Bei freier Wahl würden ebenso viele lieber zu Hause sterben²⁸. Diese Aussage wird gestützt von verschiedenen Umfragen im In- und Ausland²⁹. Diese zeigen, dass die Mehrzahl der Menschen

²³ Eychmüller/Raemy-Bass 2001

²⁴ Eychmüller/Raemy-Bass 2001:3

²⁵ BAG/GDK 2009:34

²⁶ BAG/GDK 2009:36

²⁷ BAG/GDK 2009:54

²⁸ Spital Schwyz 2008:4

²⁹ Gomes/Higginson 2008:33-41

zu Hause, in vertrauter Umgebung sterben möchte, vorausgesetzt, dass zu Hause Schmerzen und andere Leiden wirksam bekämpft werden können³⁰.

Neben Krebspatienten gibt es eine ganze Reihe weiterer Patientengruppen, welche von einer palliativen Versorgung profitieren würden. Über diese gibt es jedoch keine Bedarfs- bzw. Erfahrungswerte. In Kapitel 9.6 wird trotzdem – aufgrund diverser Annahmen – versucht, einen Bedarf auszuweisen.

5.2.1 Akteure

Palliative Care findet auf den unterschiedlichsten Ebenen der Gesundheitsversorgung statt. Demzufolge spielen diverse Akteure eine wichtige Rolle. In den Diskussionen der Arbeitsgruppe konnten folgende Beteiligte ausgemacht werden:

- *Betroffene & deren Angehörige*
- *stationäre Dienstleister*: Spitäler, Rehabilitationskliniken, Alters- und Pflegeheime
- *ambulante Dienstleister*: Hausärzteschaft, Spezialärzteschaft, Spitex, private Spitex, Krebsliga, Freiwillige und Ehrenamtliche
- *div. Organisationen/Institutionen und Fachgesellschaften*: palliative ch, Palliative Zentralschweiz etc.

5.2.2 Stationäre Angebote

Akutspitäler

In der Regel sind es die zunehmenden nicht beherrschbaren Beschwerden sowie die Belastung der Angehörigen durch die häusliche Pflege, die zu einer Überforderung und schliesslich zur Einweisung ins Akutspital führen. Die Behandlungsgrundsätze in solchen Situationen richten sich auf allen Abteilungen des Akutspitals nach den unter 3.2. beschriebenen Patientenphasen. Speziell ausgewiesene Palliativbereiche oder Palliativabteilungen, existieren bis heute jedoch im Kanton Schwyz nicht.

Alters- und Pflegeheime

Palliative Care ist in den Schwyzer Alters- und Pflegeheimen bereits ein Bestandteil der Betreuung der Patienten am Lebensende. Man kann davon ausgehen, dass sich die Alters- und Pflegeheime bis anhin von allen beteiligten Institutionen am intensivsten mit dem Sterbeprozess auseinandergesetzt haben. Trotzdem ist der Stand des Wissens und der Handhabung von Palliative Care in den verschiedenen Heimen sehr heterogen.

Die Nachfrage nach bedürfnisgerechter Betreuung in der letzten Lebensphase wird künftig hauptsächlich aufgrund der demografischen Entwicklung steigen. Dies wird sich insbesondere auf den Bedarf von Heimen und spitalexternen Diensten auswirken, da diese beiden Arten von Versorgungseinrichtungen den Grundpfeiler der Versorgung betagter und auch dementer Patienten darstellen³¹. Dies wird auch Herausforderungen in Bezug auf Pflegeleistungen und hochqualifiziertes Personal stellen. Wie eine Studie des OBSAN zeigt, könnte der Personalbedarf im Gesundheitswesen bis 2020 um 13 bis 25% zunehmen und dies besonders ausgeprägt in den Alters- und Pflegeheimen sowie bei der Spitex³².

³⁰ palliative Care Netzwerk ZH 2007:3

³¹ Eychmüller/Schmid/Müller 2009:19

³² Obsan/GDK 2009:2

5.2.3 Ambulante Angebote

Spitex und Hausärzteschaft

Eine erhebliche Zahl von Patienten im fortgeschrittenen oder terminalen Stadium ihrer Erkrankung wird zu Hause durch Angehörige gepflegt, unterstützt durch die niedergelassene (Haus-)Ärzteschaft und die Spitex. Dadurch kann in vielen Fällen den Wünschen der Patienten entsprochen und eine Hospitalisierung vermieden oder hinausgezögert werden. Die Zusammenarbeit der ambulanten Anbieter untereinander und mit den stationären Einrichtungen ist jedoch wenig strukturiert und sehr vom Engagement und Wissen der einzelnen betreuenden Personen abhängig. Eine spezielle Onkospitex, wie zum Beispiel im Kanton Zürich vorhanden, existiert im Kanton Schwyz nicht. Aufgrund der teilweise mangelnd strukturierten Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären Leistungserbringern, besteht die Gefahr von notfallmässigen Spitaleinweisungen von Palliativpatienten, die bereits ambulant betreut wurden. Dies löst zudem oft eine Reihe von Untersuchungen und Massnahmen aus, die in diesem Stadium nicht nötig wären, sowohl für die Patienten als auch für deren Angehörige belastend sind und unnötige Kosten verursachen.

Neben der eher schwachen Vernetzung besteht – wie im Alters- und Pflegeheimbereich – auch in der Spitex ein sehr unterschiedlicher Stand bezüglich Wissen und Handhabung von Palliative Care. Gemäss den Vertretern der Spitex kommt es immer wieder vor, dass die Mitarbeitenden an die Grenze ihres Wissens stossen, insbesondere dann, wenn komplexe technische Geräte für die Behandlung/Betreuung der palliativen Patienten notwendig sind. In diesen Fällen fehlt bei den Mitarbeitenden oft das nötige Know-how, weil es sich um nicht alltägliche Geräte bzw. Abläufe handelt.

Eine Förderung bzw. Vertiefung des Know-hows im Bereich Palliative Care wird von der Arbeitsgruppe klar begrüsst.

Krebsliga

Das Ziel der Krebsliga ist die Unterstützung von Krebserkrankten sowie deren Angehörigen und die Information der Bevölkerung über Krebskrankheiten und Prävention. Dabei unterstützt sie vorwiegend krebserkrankte Personen, indem sie diesen beratend zur Seite steht. Zum Angebot der Krebsliga zählen persönliche Gespräche, rechtliche Auskünfte, Hilfe zur Selbsthilfe, Kursangebote, Informationen und Dokumentationen sowie auch Hausbesuche und in begrenztem Umfang finanzielle Unterstützung. Die Zusammenarbeit mit den anderen ambulanten und stationären Akteuren ist sehr schwach strukturiert.

Freiwillige und Ehrenamtliche

Eine wichtige Rolle spielen Freiwillige und Ehrenamtliche. Sie leisten – z. T. unentgeltlich oder für ein geringes Entgelt – einen wichtigen Beitrag zur Begleitung von Schwerkranken und Sterbenden. Sie unterstützen die Spitex und die stationären Pflegedienste und leisten insbesondere eine wichtige Entlastung der pflegenden Angehörigen. Freiwillige und Ehrenamtliche sind meist in losen Gruppen oder in einer Vereinsstruktur organisiert. Sie sind jedoch nirgendwo offiziell erfasst. Die Arbeitsgruppe bzw. das Amt für Gesundheit und Soziales hat deshalb beschlossen, bei den Spitälern, Alters- und Pflegeheimen und Spitex-Organisationen des Kantons Schwyz eine Umfrage zur Erfassung der Freiwilligen und Ehrenamtlichen durchzuführen. Die Resultate sind in Tabelle 1 dargestellt.

Name / Organisation	Ort
Verein Sterbebegleitung Arth-Goldau	Arth-Goldau
Begleitdienst für Schwerkranke und Sterbende Schwyz	Schwyz
Verein Begleitung von Schwerkranken und Sterbenden Küssnacht am Rigi, Greppen, Vitznau, Weggis	Küssnacht am Rigi, Greppen, Vitznau, Weggis
Sterbebegleitung Höfe	Höfe
Sr. Lena Heinzer / Acherhof Schwyz	Schwyz
Verein WABE Einsiedeln, Ybrig, Alpthal	Einsiedeln, Ybrig, Alpthal
Verein Triangel (320 Vereinsmitglieder)	Region Höfe
Spitex Gersau	Gersau
Entlastungsdienst Schweizerisches Rotes Kreuz Kanton Schwyz (SRK) ³³	
Krankenbegleitung March	March
Diverse einzelne Personen (z.T. nur institutionsintern verfügbar)	

Tabelle 1: Zusammenstellung der im Kanton Schwyz tätigen Freiwilligen und Ehrenamtlichen
Darstellung gemäss eigener Erhebung (Stand 2009)

5.2.4 Vernetzung der Institutionen und behandelnden Stellen

Die Vernetzung und Kooperation der bestehenden medizinischen Leistungen ist unverzichtbar, um die Versorgung von kranken und sterbenden Menschen zu verbessern und ein Leben in gewohnter Umgebung möglichst lange zu gewährleisten. Die Zusammenarbeit, welche der multidisziplinäre Ansatz der Palliative Care fordert, funktioniert nur über eine gute Kommunikation innerhalb der Teams und darüber hinaus. Die Vernetzung muss alle in der Palliative Care beteiligten Akteure beinhalten. Insbesondere muss dabei der Fokus auf die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegeteams sowie der verschiedenen Institutionen (Spitex, Spitäler und Alters- und Pflegeheime) gelegt werden.

5.3 Fazit

Für eine gut funktionierende palliative Versorgungsstruktur im Kanton Schwyz müssen die Kompetenzen der Spitäler im Palliative-Care-Bereich verstärkt werden. Dies allein reicht jedoch nicht aus: begleitend braucht es eine Verstärkung der Kompetenzen bei den Alters- und Pflegeheimen sowie im ambulanten Bereich und dabei insbesondere bei den Spitexorganisationen.

Die verschiedenen Diskussionen innerhalb der Arbeitsgruppe und in den Einzelsitzungen haben des Weiteren gezeigt, dass eine Vernetzung und Koordination aller vorhandenen Angebote und Leistungserbringer im stationären und ambulanten Bereich sowie zwischen diesen Bereichen nur ansatzweise vorhanden ist. Gerade aber für die Palliative Care ist eine möglichst grosse Durchlässigkeit innerhalb der verschiedenen Behandlungsstellen (ambulant und stationär) von zentraler Bedeutung für die Patienten.

³³ Keine Freiwilligenarbeit im eigentlichen Sinne, da kostenpflichtig.

Das Konzept für eine künftige optimal funktionierende Palliative-Care-Versorgung im Kanton Schwyz ist demnach auf den folgenden zwei Pfeilern aufzuziehen:

1. *Verstärkung und Ausbau der vorhandenen Kompetenzen der Leistungserbringer im stationären wie auch im ambulanten Versorgungsbereich.*
2. *Verstärkung der Koordination und Vernetzung der ambulanten und stationären Angebote mit dem Ziel einer möglichst grossen Durchlässigkeit innerhalb der Angebote für palliative Patienten.*

Palliative Care findet auf verschiedenen Ebenen der Gesundheitsversorgung statt, insofern sind zahlreiche Akteure in eine optimale Palliative Care eingebunden.

Für eine optimal funktionierende palliative Versorgung sind Vernetzung und Koordination der Angebote von zentraler Bedeutung.

Dazu gehören auch der regelmässige gemeinsame Fachaustausch und eine spezifische Ausbildung einzelner Schlüsselpersonen in Palliative Care.

6 Ergebnisse aus den Diskussionen mit der Arbeitsgruppe

In der Arbeitsgruppe wurden verschiedene Sitzungen abgehalten. Um die Bedürfnisse in den einzelnen Bereichen noch besser abzuklären, wurden Einzelgruppen in den Bereichen Spitäler, ambulante Versorgung und Alters- und Pflegeheime gebildet. In diesen Gruppen wurde diskutiert, wie eine optimale palliative Versorgung in den jeweiligen Bereichen aussehen könnte. Die wichtigsten Ergebnisse können folgendermassen zusammengefasst werden:

6.1 Durchlässigkeit ambulant – stationär

Als besonders wichtig erachteten alle Einzelgruppen eine verstärkte Zusammenarbeit der ambulanten und stationären Leistungserbringer. Die Durchlässigkeit in Form einer besseren Vernetzung und Koordination aller Leistungserbringer war in allen Einzelsitzungen eine Forderung der Vertreter der Arbeitsgruppe. Sie ist in jedem Fall ein Eckpfeiler, auf welchen sich die künftige Versorgung stützen muss.

6.2 Kantonale Anlaufstelle

Wünschenswert war die Schaffung einer Fach-/Anlaufstelle für Beratung, Weiterbildung und Erfahrungsaustausch. Im Rahmen der Gespräche wurde hauptsächlich seitens der Vertreter der Spitex der Wunsch nach einer Anlaufstelle im Kanton geäussert. Die Anlaufstelle sollte allen in Palliative Care tätigen Organisationen und Institutionen (stationäre und ambulante Leistungserbringer) sowie den Betroffenen (Patienten und Angehörige) beratend und informierend zur Seite stehen. Zudem könnte sie beauftragt werden, kantonale Weiterbildungen und Erfahrungsaustausche zu organisieren sowie das Netzwerk zu pflegen.

6.3 Palliativstation/Kompetenzzentrum im Akutspital

Insbesondere die Spitex, aber auch das Spital Einsiedeln und die Aeskulap Klinik, äusserten den Wunsch nach einer Palliativstation. Denkbar wären sowohl eine Palliativstation für den Kanton (zentral) als auch je eine Station im inneren bzw. äusseren Kantonsteil (dezentral). Die Palliativstation verfügt über besondere Fachkompetenz in Palliative Care und fungiert dadurch als eigentliches Kompetenzzentrum. Eine Palliativstation betreut Patienten, die infolge komplexer somatischer und/oder psychologischer Symptomatik oder aufgrund sozialer Umstände kurz- oder längerfristig eine interdisziplinäre stationäre Betreuung benötigen. Eine Palliativstation ist auch in der Lage, besonders komplexe palliative Notfälle zu behandeln. Des Weiteren unterstützt sie in Form des Kompetenzzentrums andere stationäre und ambulante Leistungserbringer in Bezug auf Palliative Care. Optimalerweise übernimmt eine Palliativstation/Kompetenzzentrum neben der Patientenbetreuung auch Aufgaben im Bereich Schnittstellenbearbeitung/Vernetzung und Aus- und Weiterbildung von Fachleuten und Angehörigen.

6.4 Mobile Care Teams

Mobile Care Teams sind Teams von Fachleuten, welche vor Ort kommen und meist aus einem Arzt sowie einer Pflegefachperson bestehen. Sie helfen, akute, auf die üblichen Medikamente nicht mehr reagierende Schmerzen, Atemnot, unstillbares Erbrechen und andere, in der letzten Lebensphase manchmal auftretenden Leiden unter Kontrolle zu bringen. Oft genügen punktuelle Einsätze und anschliessendes „Coaching“ der Betreuenden durch das Mobile Care Team, um solche Patienten durch Hausarzt und Spitex bis zum Tode zu Hause zu betreuen.

Die Schaffung von Mobilen Care Teams wurde von der Gruppe ambulante Versorgung sehr unterstützt. Die Idee von Mobilen Care Teams besteht darin, dass bei akuten Situationen ein spezialisiertes Fachteam bestehend aus einem Arzt und einer Pflegefachperson beigezogen werden kann. Dieses Fachteam könnte zum Beispiel aus Personen einer Palliative-Care-Abteilung eines Spitals (vgl. auch Kapitel 8.5) oder aus dem ambulanten Bereich bestehen.

6.5 Stationäre Langzeitpflege für spezielle Patienten

Als besonders wichtig – wenn auch nicht in einem direkten Zusammenhang zur Palliative Care – äusserten verschiedene Einzelgruppen den Bedarf der Schaffung von Langzeitstrukturen insbesondere für pflegerisch komplexe, chronisch Kranke und jüngere Patienten (AIDS-, Krebs-, MS-, ALS-Patienten, Tetra-, Para- oder Hemiplegiker). Diese Patienten finden heute praktisch keinen Betreuungsplatz, häufig müssen sie in Alters- und Pflegeheime, deren Umgebung für diese Patientengruppe nicht optimal ist.

6.6 Förderung der Aus- und Weiterbildung im Bereich Palliative Care

Wissen im Bezug auf Palliative Care ist zwar bei den meisten Leistungserbringern vorhanden, dies jedoch in unterschiedlicher Intensität und Qualität. Gerade palliative Strukturen sind auf spezifisches Palliative-Care-Know-how angewiesen. Ein solches qualifiziertes Spezialwissen ist momentan bei keinem Leistungserbringer vorhanden. Die Diskussionen in den Einzelsitzungen haben denn auch gezeigt, dass der Bedarf an Aus- und Weiterbildung bei allen Leistungserbringern vorhanden ist.

6.7 Freiwillige und Ehrenamtliche

Die Arbeit der Freiwilligen und Ehrenamtlichen ist als ergänzende Dienstleistung zu den bestehenden ambulanten und stationären Angeboten anzusehen und dementsprechend zu würdigen. Die Freiwilligen und Ehrenamtlichen sollten vermehrt in die Versorgungsstrukturen eingebunden und die Vernetzung untereinander gefördert werden. Obwohl kostenpflichtig lässt sich auch der Entlastungsdienst für pflegende Angehörige des Schweizerischen Roten Kreuzes (SRK) in diesen Bereich einordnen.

7 Bedarfsrichtwerte

7.1 Notwendigkeit für einen Ausbau der bestehenden palliativen Strukturen

Internationale Erfahrungen zeigen, dass bei entsprechender Basisqualifikation in Palliative Care ca. 80-85% aller Probleme am Lebensende durch Strukturen der Grundversorgung verbessert bzw. gelöst werden können. Allerdings zeigt sich auch, dass durch eine frühzeitige und regelmässige Nutzung von Angeboten der spezialisierten Palliative Care bei fortschreitenden Erkrankungen wesentliche Kosten (bspw. vermeidbare Notfallhospitalisationen oder operative Eingriffe) und Belastungen vermieden werden können (bspw. WHO-Projekt Katalonien³⁴).

Die Sorge vor einem Kostenschub durch die spezialisierte Palliativ-Versorgung ist unbegründet: die hierfür in Frage kommenden Patientengruppen befinden sich heute in der Schweiz bereits überwiegend in stationärer Behandlung, teilweise während mehrerer Wochen oder gar bis zum Lebensende. Im Durchschnitt verbringen kranke Menschen von den letzten drei Lebensmonaten eineinhalb Monate im Spital.

7.2 Bedarf

Zur Berechnung des Bedarfs an Palliative Care gibt es bis heute noch wenig anerkannte Richtwerte über mögliche Patienten und zu planende Bettenkapazitäten. Im Rahmen der Erarbeitung der Nationalen Strategie Palliative Care 2010-2012 hat das BAG eine Erhebung des Handlungsbedarfs in der Schweiz durchgeführt. Bedarfs- bzw. Planzahlen sind im Bericht keine vorhanden. Das AGS hat ergänzend zu den vorhandenen EU-Richtwerten eigene Berechnungen für den akutstationären Bereich angestellt. Im Hospizbereich stützt sich das Amt auf internationale Bedarfszahlen. In den Bereichen ambulante Versorgung sowie Alters- und Pflegeheime fanden sich sowohl national als auch international keine nützlichen Bedarfswerte, weswegen das Amt über keine Bedarfszahlen in diesen Bereichen verfügt.

7.2.1 Bedarf akutstationärer Bereich

Die EU (Empfehlung des EU-Councils im Jahr 2003) empfiehlt, für die Planung von Palliativstationen von einem Bedarf von rund 80-100 spezialisierten Palliativ- und Hospizbetten pro Million Einwohner auszugehen. Für die Bedarfsplanung des Kantons Schwyz würde dieser Richtwert etwa 11-14 Betten entsprechen.

Aus oben genanntem Grund hat das AGS zusätzlich unter diversen Annahmen eigene Berechnungen angestellt, die einen groben Überblick geben sollen, wie der Bedarf im akutsomatischen Bereich aussehen könnte. Grundlage bildet die jährliche Todesfallstatistik des Bundesamtes für Statistik (BFS).

Die eigene Berechnung erfolgte anhand folgender Schritte:

- (1) Im Jahr 2008 starben 940 Personen im Kanton Schwyz.
- (2) Von diesen 940 Todesfällen wurde mit Hilfe der Todesursachenstatistik des Bundesamtes für Statistik die Verteilung der Fälle auf die verschiedenen Todesursachen abgeleitet. Um nun auf die Zahl der potentiellen Palliativpatienten zu kommen, wurde die Annahme getroffen, dass alle Tumorfälle zu 100% potentielle Palliativpatienten verursachen. Von allen Fällen mit den Todesursachen Atmungssystem, Verdauungssystem, Stoffwechsel und Blut, Nervensystem und Psyche wurde die Annahme getroffen, dass diese je rund $\frac{1}{3}$ Palliativpatienten generieren.

³⁴ Gómez-Batiste, Xavier et al. 2007

- (3) Somit ergab die Berechnung 322 mögliche Palliativpatienten für das Jahr 2008 im Kanton Schwyz.
- (4) Aus der Literatur entnimmt man, dass rund 20% aller Patienten zu Hause sterben sowie je 40% im Alters- und Pflegeheim bzw. im Akutspital.
- (5) Somit resultieren 129 mögliche Palliativpatienten mit Sterbeort Akutspital.
- (6) Von den nun verbleibenden 129 potenziellen Palliativpatienten mit Sterbeort Akutspital wurde die Annahme getroffen, dass rund 80% bzw. 103 Patienten von einer akutsomatischen Palliative Care Versorgung profitieren könnten.

Bei einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von vier Wochen würde dies einem gesamtkantonalen Bedarf von rund 8.5 Betten entsprechen.

Todesfälle im Kanton Schwyz / Bedarf Palliative Care im Kanton Schwyz						
Schritt-Nr.	Grundlage	Beschreibung	Fälle 1	in % Fälle 1	Fälle 2	in % Fälle 2
(1)	Todesfälle 2008		940			
(2)	Todesursachen	Herz-Kreislauf	349	37.1%	0	0%
		Tumore	252	26.8%	252	100%
		Atmungssystem	57	6.1%	19	33%
		Unfälle und Gewalt	38	4%	0	0%
		Verdauungssystem	39	4.1%	13	33%
		Stoffwechsel und Blut	28	3%	9	33%
		Suizid	21	2.2%	0	0%
		Nervensystem	44	4.7%	15	33%
		Infektionen	9	1%	0	0%
		Psyche	43	4.6%	14	33%
		Übrige	60	6.4%	0	0%
(3)	Mögliche Anzahl Palliativpatienten				322	
(4)	Sterbeort	zu Hause	64	20%		
		APH	129	40%		
		Spital	129	40%		
(5)	Anzahl Palliativpatienten mit Sterbeort Akutspital		129			
(6)	Mögliche Anzahl Palliativpatienten mit Sterbeort Akutspital		103	80%		

Tabelle 2: Berechnung der möglichen Anzahl Palliativpatienten mit Sterbeort Akutspital
eigene Darstellung

8 Module des ambulanten und stationären Versorgungsnetzwerkes Palliative Care

8.1 Grund- vs. Spezialversorgung

Grundsätzlich gilt, dass der Ort der Betreuung und Behandlung und das nötige Kompetenzniveau zur Lösung bzw. Verbesserung der Probleme durch die Komplexität, die Intensität und den zeitlichen Verlauf der Probleme sowie die Möglichkeiten und Grenzen des sozialen Umfeldes mit den Belastungen umzugehen, bestimmt werden³⁵.

Palliative Versorgung kann in 80% der Fälle im Rahmen der vorhandenen Grundversorgungsstrukturen angeboten werden. Zu diesen Strukturen gehören die Akutspitäler, die Alters- und Pflegeheime sowie der Familienbereich bzw. das Zuhause (allenfalls mit Unterstützungsangeboten wie Spitex etc.). Allerdings sind dabei entsprechende Basisqualifikationen in Palliative Care zwingende Voraussetzung. Umgekehrt kann man davon ausgehen, dass rund 20% der Palliative-Care-Patienten in spezialisierten Strukturen, etwa Palliativstationen, Hospize, spezialisierte ambulante Angebote (bspw. Tages- oder Nachthospiz, Palliativ-Tagesklinik, Palliativambulatorium) betreut werden müssen. Spezialisierte Palliative Care sollte zur Verfügung stehen für Patienten mit einer fortgeschrittenen, unheilbaren Krankheit jeder Altersgruppe und komplexer körperlicher, psychischer und/oder soziospirituellem Problematik und/oder mit hohem Beurteilungs-, Behandlungs- und Betreuungsaufwand (medizinisch, pflegereich und interprofessionell) und/oder mit Bedarf für 24-Stunden-Verfügbarkeit von Palliativ-Fachpersonal. Spezialisierte Palliative Care hat den Auftrag komplexe medizinische Behandlungen sowie Pflege und Begleitungen durchzuführen. Dazu gehören Assessments, Klärung der Prioritäten, Diagnostik und Massnahmen zur Linderung mit dem Ziel die Lebensqualität zu erhalten/verbessern, Vorbereitung und Organisation eines Austrittes nach Hause / in die Langzeitpflege und Begleitung im Sterben.

Palliative Care ist nicht an einen bestimmten Betreuungsort gebunden. Der schwerkranke Mensch soll, soweit möglich, selbst entscheiden, wo er seine letzte Lebensphase verbringen möchte. Es gibt eine Reihe von entsprechenden Modulen im ambulanten und stationären Versorgungsnetzwerk für Palliative Care:

- Ambulante Grundversorgung durch Leistungserbringer mit einer Basisqualifikation in Palliative Care: Hausärzteschaft, Therapiepraxen, Spitex, Freiwillige und Ehrenamtliche
- Spezialisierte ambulante Palliativversorgung: niedergelassene Fachärzte, Palliativambulatorien, Mobile Palliativdienste, Freiwillige und Ehrenamtliche
- Tages- bzw. Nachthospiz oder Palliativ-Tagesklinik
- Akutstationärer ärztlicher Palliativkonsiliardienst: auf der jeweiligen Spitalstation
- Palliativstation/-klinik: spitalinterne/-nahe Spezialeinrichtung
- Stationäres Hospiz
- Pflegeheim mit Palliativplätzen

Die Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung unterscheidet zwischen Angeboten in der Grundversorgung, unterstützenden und spezialisierten Angeboten³⁶ (Abbildung 8).

³⁵ palliative ch 2008:o.S.

³⁶ palliative ch 2008:o.S.

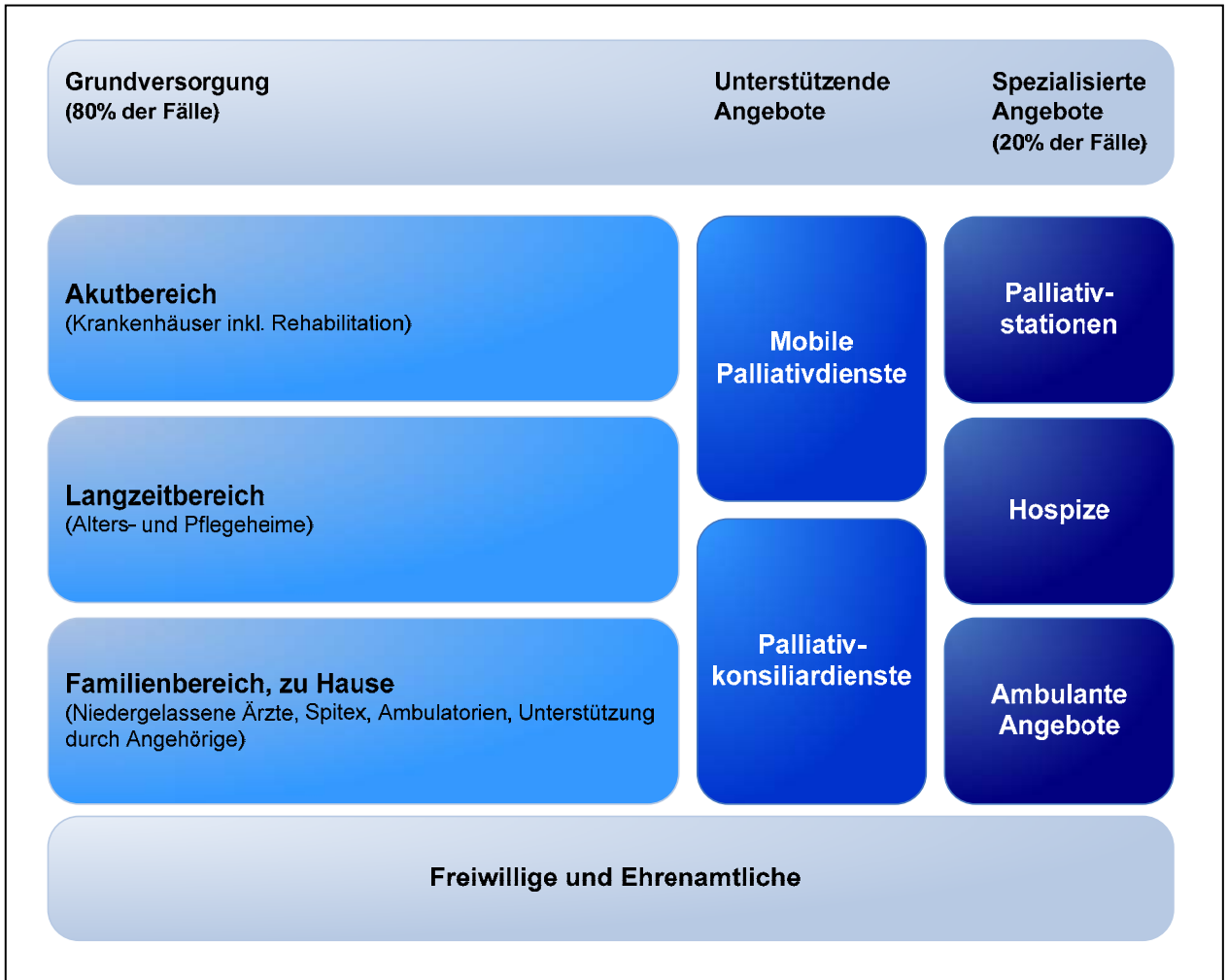


Abbildung 8: Versorgungsstrukturen
BAG/GDK 2009:20

Die Grundversorgung umfasst dabei die erste Linie der Behandlung. Unter die Leistungserbringer in der Grundversorgung fallen die Akutspitäler, Alters- und Pflegeheime, niedergelassene Ärzte, die Spitex und die Ambulatorien. Die unterstützenden Angebote umfassen Mobile Palliativdienste sowie die Palliativkonsiliardienste und unterstützen die Leistungserbringer der Grundversorgung, indem sie sowohl beratend als auch anleitend tätig sind. Für Menschen mit komplexen Krankheiten und aufwändiger Betreuung braucht es spezialisierte Angebote. Diese umfassen Palliativstationen in Akutspitälern, stationäre Hospiz (inkl. Tages- und Nachtstrukturen) sowie Palliativambulatorien. Die professionellen Versorgungsstrukturen werden durch Freiwillige und Ehrenamtliche unterstützt³⁷. Im Folgenden sollen die wichtigsten spezialisierten und unterstützenden Palliativ-Versorgungsstrukturen näher erläutert werden. Die Beschreibung erfolgt anhand der Ausführungen der Schweizerischen Fachgesellschaft palliative ch. Für eine detaillierte Beschreibung empfiehlt sich die Lektüre der von Fachgesellschaft veröffentlichten Publikation "Versorgungsstrukturen Palliative Care Schweiz". In dieser Publikation sind zudem die Kriterien der Strukturqualität der einzelnen Angebote ausführlich beschrieben.

³⁷ BAG/GDK 2009:21

8.2 Palliativstationen

Die Palliativstation gehört zu den spezialisierten Angeboten und ist eine eigenständige Station innerhalb von bzw. in Zusammenarbeit mit einem Akutspital. Diese Station ist auf die Versorgung von palliativen Patienten spezialisiert, d.h. ein spezialisiertes, interprofessionell arbeitendes Team kümmert sich in einem ganzheitlichen Ansatz um die Patienten und deren Angehörige. Eine Palliativstation ist in der Regel autonom bezüglich des Triageprozesses (Aufnahme), der Behandlung und der Entlassung der Patienten. In einer Palliativstation werden Patienten mit einer fortgeschrittenen, unheilbaren Krankheit jeder Altersgruppe mit komplexer körperlicher, psychischer und/oder sozio spiritueller Problematik mit hohem Beurteilungs-, Behandlungs-, und Betreuungsaufwand (medizinisch, pflegerisch und interprofessionell) behandelt. Es ist eine 24 Stunden-Präsenz von Palliativ-Fachpersonen erforderlich. Die Voraussetzung für eine Aufnahme ist, dass der Patient aufgrund der komplexen Symptomatik nicht zu Hause oder in einer anderen Einrichtung betreut werden kann. Zu den Aufnahmekriterien gehören eine komplexe körperliche, psychische, soziale oder spirituelle Problematik, eine schwierige Entscheidungsfindung bei weit fortgeschrittenen Leiden, Dekompensation des bisherigen Betreuungsnetzes bzw. eine massive (Über-)Belastung der Angehörigen oder eine schwer belastende Situation in der Sterbephase.

8.3 Stationäres Hospiz

Unter einem Hospiz (lat. hospitium „Herberge“) versteht man eine Einrichtung der Sterbebegleitung. Hospize sind in der palliativen Phase in der Regel eine menschenwürdige Alternative, wenn eine Krankenhausbehandlung nicht erforderlich ist bzw. vom Patienten nicht mehr gewünscht wird. Das stationäre Hospiz gehört ebenfalls zu den spezialisierten Angeboten und ist eine Einrichtung mit einer eigenen Organisationsstruktur, die einer stationären Pflegeeinrichtung zugeordnet sein kann oder den Status eines Akutspitals besitzt. Es werden Patienten in der letzten Lebensphase mit komplexen Problemen betreut. Insbesondere bei jüngeren Patienten, welche heute praktisch nur die Alternative Alters- und Pflegeheim haben, ist eine Hospiz-Umgebung sowohl für Patienten wie auch für die Angehörigen wesentlich weniger belastend.

Im Hospiz bekommen unheilbar Kranke in ihrer letzten Lebensphase eine respektvolle, umfassende und kompetente Betreuung. Dabei sind die fünf wichtigsten Grundprinzipien der Hospizbewegung³⁸:

- Es geht um den einzelnen Menschen mit seinen individuellen Bedürfnissen auf allen Ebenen (körperliche, psychische, soziale und spirituelle Ebene). Der Mensch wird als soziales Wesen betrachtet und seine Angehörigen und nahen Bekannten werden grundsätzlich mit einbezogen.
- Die Arbeit geschieht in einem interdisziplinären Team aus Ärzten, Pflegepersonal, Seelsorgern, (Fachärzten, Sozialarbeitern, Physiotherapeuten, Psychologen) usw.
- In die Arbeit werden freiwillige Helfer (Ehrenamt) einbezogen.
- Das Team der Betreuenden verfügt über gründliche Kenntnisse in der Palliative Care, insbesondere der Schmerztherapie. Eine kontinuierliche Weiterbildung findet statt.
- Die Kontinuität der Betreuung ist gesichert: Dies bedeutet, dass das Hilfsangebot rund um die Uhr zur Verfügung steht. Es bedeutet zudem, dass den Hinterbliebenen auch noch nach dem Tod ihres Angehörigen Unterstützung (Trauerbegleitung) angeboten wird.

Die Kriterien und Bedingungen der Aufnahme entsprechen denjenigen der Palliativstation.

³⁸ Schnoz 2009:3

8.4 Palliativkonsiliardienst (im Akutspital)

Der Palliativkonsiliardienst gehört zu den unterstützenden Angeboten und wird von einem spezialisierten, interprofessionell arbeitenden Team im Spital gebildet und wendet sich in erster Linie an das betreuende ärztliche Personal und die Pflegepersonen in den Stationen und in den Ambulatorien. Erst in zweiter Linie richtet sich dieses Angebot an die Patienten und deren Angehörige. Der Dienst ist beratend tätig und bietet seine Erfahrung bei der Bewältigung komplexer Situationen von Patienten mit weit fortgeschrittenen Erkrankungen gemäss der Grundaufgaben der Palliative Care an. Die Leistung kann sowohl in Form eines einmaligen Konsiliarbesuchs als auch im Sinne einer Liaison-tätigkeit erfolgen. Entscheidungen über die durchzuführenden Massnahmen und deren Umsetzung obliegen stets dem betreuenden ärztlichen Personal). Der Palliativkonsiliardienst wird auf Anforderung sowohl des pflegerischen als auch des ärztlichen Personals tätig als Hilfestellung für die Betreuer vor Ort in komplexen Betreuungssituationen und in der Betreuung von Patienten und Angehörigen, wenn diese einer speziellen Expertise in Palliative Care bedürfen. Ein solcher Konsiliardienst kann des Weiteren eine wichtige Vernetzungsfunktion der verschiedenen Anbieter wahrnehmen (inkl. Organisation von Schulungen, Informationsanlässen etc.).

8.5 Mobiler Palliativdienst (Mobile Care Teams)

Der mobile Palliativdienst zählt zu den unterstützenden Angeboten und ist ein spezialisiertes, interprofessionell arbeitendes Team, das sich einerseits an die Betreuenden zu Hause und im Pflegeheim wendet, andererseits kann das Angebot auch von den Patienten selbst in Anspruch genommen werden. Es ist beratend und anleitend tätig und bietet seine Erfahrung in den Aufgaben der Palliative Care auf dem Niveau der spezialisierten Palliativ-Versorgung an. In Absprache mit den Betreuenden kann auch eine gezielte Einbindung in die Pflege und Betreuung erfolgen. Das mobile Palliativ-Team unterstützt des Weiteren die Übergänge zwischen Spital und häuslicher Versorgung. Die Verantwortung für die Behandlung bleibt in der Regel bei den Grundversorgern, es sei denn, es wird anders vereinbart. Hauptziel des mobilen Palliativ-Teams ist es, die spezialisierte Palliative Care im jeweiligen Umfeld verfügbar zu machen und somit ein Verbleiben der Patienten zu Hause oder im Pflegeheim zu ermöglichen bzw. eine Aufnahme der Patienten in ein Akutspital zu verhindern. Zudem kann mit einem solchen Team auch eine frühere Entlassung der Patienten aus dem Akutspital ermöglicht werden.

8.6 Optimale Palliative-Care-Versorgung

Die optimale Palliative-Care-Versorgung erfolgt in der Regel auf der ambulanten und der stationären Ebene, wobei die beiden Ebenen möglichst gut vernetzt sein sollten. Es sollte zudem eine möglichst grosse Durchlässigkeit zwischen den beiden Ebenen bestehen, das heisst ein Wechsel zwischen dem ambulanten in den stationären Bereich (und umgekehrt) sollte jederzeit unbürokratisch möglich sein. Strukturell-institutionelle Vernetzung (auf allen Ebenen) ist eine Grundvoraussetzung der kontinuierlichen Versorgung von Patienten am Lebensende, wie dies in den medizinisch-ethischen Richtlinien und Empfehlungen für Palliative Care der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften³⁹ (2006) und in den Qualitätsrichtlinien von palliative.ch bereits herausgearbeitet wurde⁴⁰. Die Zuweisung in einen der beiden Bereiche und innerhalb der Bereiche an den jeweilig optimalen Leistungserbringer erfolgt jedoch stets in Abhängigkeit von der Komplexität des Falles und von den Anforderungen der Fallbehandlung an die entsprechende Infrastruktur⁴¹.

³⁹ SAMW 2006:8

⁴⁰ Eychmüller/Schmid/Müller 2009:26

⁴¹ Gesundheitsdirektion Zürich 2006:5

Die Leistungserbringung für Palliative Care soll angebotsgesteuert sein und nur dann stationär erfolgen, wenn eine ambulante Betreuung durch niedergelassene Ärzte, spitalexterne Dienste oder Angehörige nicht möglich ist bzw. wenn es der Patient explizit wünscht (Grundsatz = ambulant vor stationär). Hochwertige Palliative Care sollte also überall angeboten werden können; zu Hause, in Spitälern und in Pflegeheimen. Bereits vorhandenes Wissen sollte dabei gezielt genutzt werden, indem bestehende Leistungen und Institutionen mit entsprechenden Erfahrungen eingebunden werden.

8.7 Grundsätze zur Förderung von Palliative Care

In der Nationalen Strategie Palliative Care 2010-2012 definieren das BAG und die GDK drei allgemeine Grundsätze zur Förderung der Palliative Care in der Schweiz. Sie definieren den Soll-Zustand, der bei der Förderung von Palliative Care angestrebt werden soll. Die Grundsätze sind anhand internationaler Empfehlungen der EU und der WHO sowie aufgrund der rechtlichen Grundlagen des Bundes ermittelt worden⁴².

1. *Palliative Leistungen sollen angeboten werden:* Die Leistungen der Palliative Care sollen in allen Regionen der Schweiz zur Verfügung stehen. Palliative-Care-Angebote müssen zudem breiter verfügbar sein und in der Gesundheitsversorgung besser verankert sein.
2. *Palliative Leistungen sollen für alle zugänglich sein:* Die Finanzierung der Leistungen muss so gestaltet sein, dass alle Menschen – unabhängig von Alter und Krankheiten, von Einkommen, Status oder Geschlecht – den gleichen Zugang zu den Angeboten von Palliative Care haben.
3. *Die Qualität der palliativen Leistungen soll professionellen Standards entsprechen:* Die Qualität gibt an, in welchem Masse eine Dienstleistung den bestehenden Anforderungen entspricht. In der Palliative Care tätige Fachpersonen sowie Freiwillige und Ehrenamtliche sollen im Bereich der Bildung über die erforderlichen Kompetenzen verfügen. In der Schweiz fehlen jedoch bisher einheitliche Qualitätsgrundsätze zur Palliative Care, die von den wichtigsten Akteuren erkannt und vertreten werden.

⁴² BAG/GDK 2009:50ff.

9 Empfehlungen der Projektgruppe für eine künftige Palliativversorgung

Die Projektgruppe schlägt für den Kanton Schwyz folgende Palliativversorgung vor.

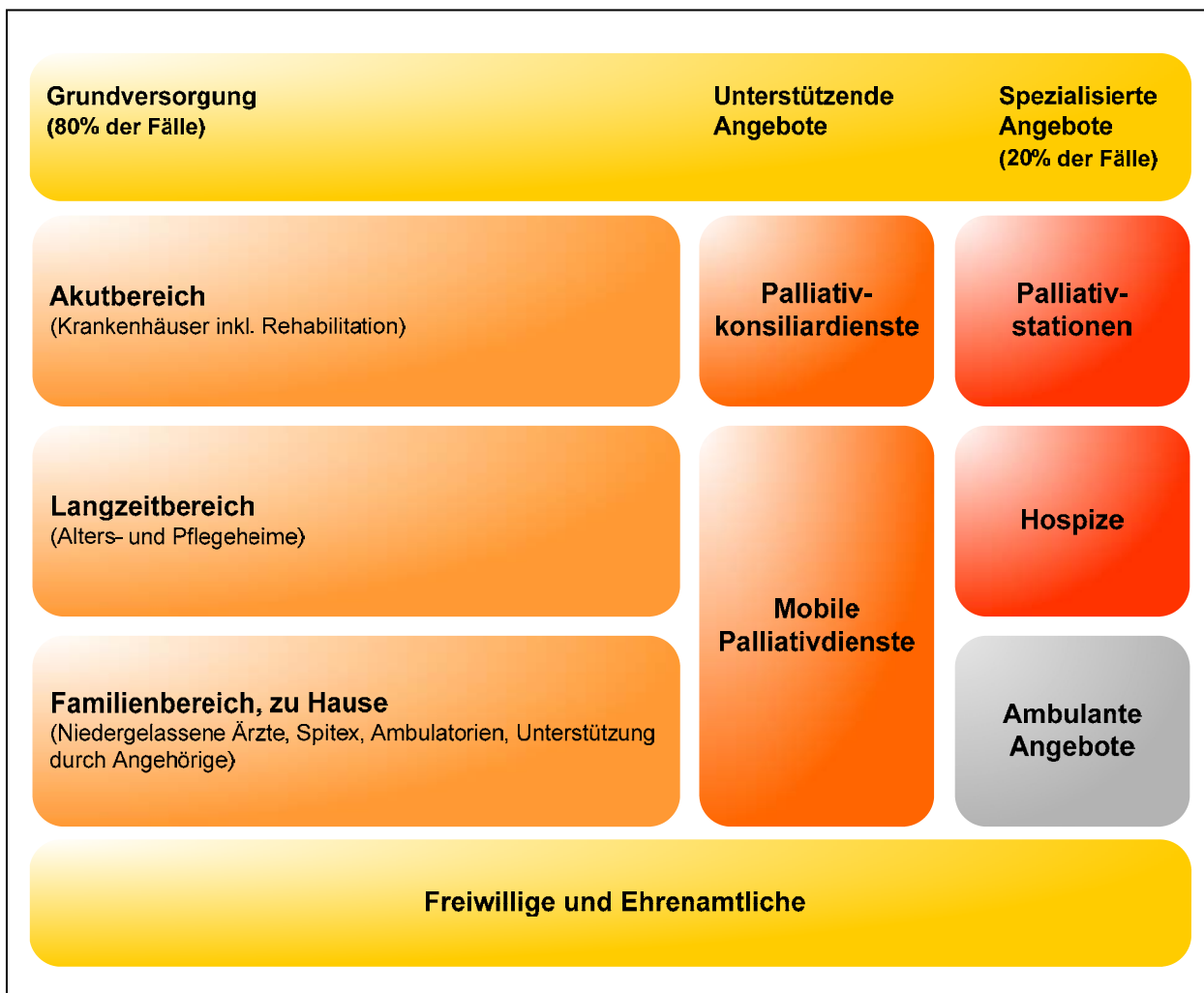


Abbildung 9: Empfehlung für die künftige Palliative Care Versorgung im Kanton Schwyz

Eigene Darstellung in Anlehnung an BAG/GDK 2009:20

Die Umsetzung der vorgeschlagenen Versorgungsstruktur vollzieht sich dabei zeitlich unterschiedlich. Während es Bereiche gibt, die schon bald umgesetzt werden können (grüne Bezeichnung), gibt es andere Bereiche, die einer längeren Planung und Umsetzung bedürfen (orange Bezeichnung). Im Folgenden soll die von der Projektgruppe vorgeschlagene Ausgestaltung der Versorgung genau beschrieben werden.

9.1 Palliative Care als Grundauftrag aller Akutspitäler

Palliative Care gehört zum Grundauftrag eines jeden Akutspitals. Da bereits in allen Spitälern Palliative Care ansatzweise praktiziert wird, besteht sowohl beim ärztlichen als auch beim pflegerischen Personal ein entsprechendes Grundwissen, wenn auch auf sehr unterschiedlichem Niveau. Palliative Care setzt ein Paradigmenwechsel in der Grundhaltung voraus. Palliative Care setzt beim ärztlichen und pflegerischen Personal ein spezifisches Verständnis für den Palliativpatienten, seine Erkrankung, die Begleitumstände seiner Erkrankung und seine Bedürfnisse sowie eine entsprechende Grundhaltung voraus. Diese Grundhaltung soll in allen Schwyzer Spitälern gegeben sein. Die in Kapitel 2 aufgeführten Grundsätze der Palliative Care sollen bei der Behandlung von palliativen Patienten im Vordergrund stehen. Die stationäre palliative Grundversorgung kann in den kleineren Spitälern in

einer integrierten Version (keine ausgewiesenen Palliativbetten) erfolgen. Nach Möglichkeit werden in die Behandlung alle zur Verfügung stehenden Disziplinen (Physiotherapie, psychologische und psychosoziale Betreuung etc.) eingebunden. Für sterbende Patienten sollten auch bei einer integrierten Version Einzelzimmer zur Verfügung stehen.

Damit die Akutspitäler den Grundauftrag erfüllen können, müssen keine neuen spezifischen Palliativstrukturen aufgebaut werden. Hingegen erfordert der Grundauftrag eine vermehrte Aus- und Weiterbildung des Personals um ein entsprechendes Basiswissen in allen Institutionen auf gleichem Niveau sicherzustellen. Die Anforderungen an die Basiskompetenzen sind basierend auf den Empfehlungen der Fachgesellschaft palliative.ch in Zusammenarbeit mit den Spitälern zu definieren.

9.2 Aufbau eines Kompetenzzentrums

Im Gefüge der akutsomatischen Leistungserbringung kommt den Kompetenzzentren für Palliative Care eine spezielle Aufgabe zu. Ein Kompetenzzentrum besteht in erster Linie aus einer Palliativstation, kann aber auch mit anderen Angeboten der Grundversorgung bzw. mit unterstützenden Angeboten ergänzt werden (bspw. Palliativkonsiliardienst). Kompetenzzentren für Palliative Care verfügen über eine besondere Fachkompetenz in Palliative Care. Sie betreuen Patienten, die infolge komplexer somatischer und/oder psychologischer Symptomatik oder aufgrund sozialer Umstände kurz- oder längerfristig eine interdisziplinäre stationäre Betreuung benötigen⁴³. Das Kompetenzzentrum ist des Weiteren in der Lage, besonders komplexe Fälle sowie Notfälle zu behandeln. Es unterstützt andere stationäre und ambulante Leistungserbringer in Bezug auf Palliative Care.

Der Aufbau von Kompetenzzentren soll im Kanton Schwyz spezifisch gefördert werden. Wie Kapitel 7.2.1 zu entnehmen ist, entspricht der Bettenbedarf des Kantons Schwyz für eine Palliativstation ca. 8.5 Betten. Wirtschaftliche und bedarfsgerechte Palliativstationen bestehen aus rund 8-14 Betten. Die Minimalgrösse muss einen 24-Stunden-Betrieb mit Fachpersonen der Palliative Care ermöglichen. In Abhängigkeit von regionalen Bedingungen sind auch Palliativstationen mit weniger als acht Betten möglich, sofern das Fachpersonal verfügbar ist (bspw. Angebot eines Mobile Care Teams durch gleiches Fachteam)⁴⁴. Optimalerweise wird eine Palliativstation eher in einem grösseren Akutspital eingerichtet. Dort sind bereits viele Ressourcen, welche auch im Bereich der Palliative Care Anwendung finden, vorhanden. Auf Grund der geografischen Situation im Kanton Schwyz (innerer und äusserer Kantonsteil) würde es sich empfehlen, zwei Palliativstationen einzurichten. Die Projektgruppe schlägt jedoch vor, vorerst ein Kompetenzzentrum mit einer Palliativstation im Rahmen einer dreijährigen Pilotphase einzurichten.

Im Gegensatz zur integrierten Versorgung in den kleineren Spitälern ist es vorgesehen, im Kompetenzzentrum eine speziell ausgewiesene Abteilung mit vorerst ca. 4-6 Betten aufzubauen (Palliativstation). Der Palliative-Care-Station fallen dabei folgende speziellen Aufgaben zu⁴⁵:

- Betreuung von Patienten mit besonderen Bedürfnissen (z.B. schwer einzustellende Schmerztherapie, schwierige psycho-soziale Situation, Notwendigkeit spezieller rehabilitativer und präventiver Massnahmen zur Erhaltung der Selbständigkeit),
- Beratung und Unterstützung der Pflegeheime sowie der ambulanten Leistungsträger und evtl. anderer Spitäler,
- Wahrnehmung der Schnittstellenfunktion zwischen ambulanter und stationärer Palliative Care,
- Auseinandersetzung mit ethischen Aspekten,
- generelle Wirkung als Kristallisationsstelle für die Verbreitung.

⁴³ Gesundheitsdirektion Zürich 2006:7

⁴⁴ palliative.ch 2008:o.S.

⁴⁵ Spital Schwyz 2008:7

Es sollte zudem in Erwägung gezogen werden, die Palliativstation zusätzlich mit einem Vernetzungs- und Aus-/Weiterbildungsauftrag zu versehen und somit zu einem eigentlichen Kompetenzzentrum zu machen.

Für den Aufbau einer Palliativstation haben sich die Spitäler an die Strukturkriterien der Schweizerischen Fachgesellschaft palliative ch, die sich an den internationalen Empfehlungen der European Association for Palliative Care (EAPC) orientiert, zu halten. Es empfehlen sich demgemäss folgende Eckpunkte (vgl. palliative ch 2008).

9.2.1 Infrastrukturelle Anforderungen

Die erste Palliative Care Station soll 4-6 Betten zur Verfügung stellen. In der Regel sollen Einzimer zur Verfügung stehen. Im Ausnahmefall kommt auch eine Unterbringung in Zweierzimmer in Frage. Die Station muss über mindestens ein Zimmer mit einer rollstuhlgängigen Nasszelle sowie einem Stationsbad verfügen. Die Station ist für eine Betreuung für längerfristige stationäre Aufenthalte ausgerichtet. Deshalb sollten die Zimmer eine möglichst wohnliche Atmosphäre ausstrahlen sowie einfache Übernachtungsmöglichkeiten für Angehörige mit beinhalten. Es soll darauf geachtet werden, dass wenige zusätzliche abgetrennte Räumlichkeiten für Besprechungen und soziale Aktivitäten vorhanden sind.

9.2.2 Anforderungen an die Personalausstattung und Fachkompetenz

Die Personaldotation richtet sich ebenfalls an die Empfehlungen der Schweizerischen Fachgesellschaft, welche folgende Bedarfswerte formuliert:

- *Ärztliches Personal (Tagesdienst):* mind. 0.15 Arztstellen pro Bett (entspricht 1 Vollzeitstelle pro 5-6 Betten)
- *Diplomiertes Pflegefachpersonal:* 1.2 Vollzeitstellen pro Bett (entspricht 1 Vollzeitstelle pro 0.833 Betten)
- *Physiotherapeuten, Psychotherapeuten, Sozialarbeit:* 6 Wochenstunden pro Patient
- *Ergotherapeuten, Musik-/Kunsttherapeuten, Logopäden, Diätassistenten:* verfügbar
- *Seelsorge verschiedener Konfessionen:* verfügbar
- *Freiwillige und Ehrenamtliche mit Koordinationsperson:* verfügbar

Die für eine adäquate Patientenversorgung benötigte Fachkompetenz für Palliative Care umfasst sowohl medizinische und pflegerische Belange als auch ethische Aspekte. Die Betreuung erfordert einen feinfühligem Umgang mit den speziellen Bedürfnissen von palliativen Patienten und ihren Angehörigen.

Die Betreuungs-Teams für Palliative Care sollen sich deshalb aus ärztlichem und pflegerischem Personal mit Spezialausbildung in Palliative Care zusammensetzen.

Die minimale Fachausbildung des ärztlichen Palliativpersonals entspricht einer abgeschlossenen Facharzt-Weiterbildung, jeweils mit besonderen Kenntnissen auf dem Gebiet der Palliativmedizin (mindesten einjährige Tätigkeit in einem spezialisierten Palliativbereich und theoretische Weiterbildung über mind. 160 Stunden oder Äquivalent).

Im Bereich des Pflegefachpersonals gilt die Voraussetzung, dass mindestens 50% aller diplomierten Pflegefachpersonen über mindestens zweijährige Berufserfahrung und besonderen Kenntnissen auf dem Gebiet der Palliative Care verfügen (mindesten einjährige Tätigkeit in einem spezialisierten

Palliativbereich und einschlägige Weiter- bzw. Fortbildung mit mind. 160 Stunden intern oder extern. Der Anteil an Pflegehelfern beträgt max. 20% am Pflegepersonal.

Die anderen Berufsgruppen sollten über mindestens zwei Jahre Berufserfahrung und besonderen Kenntnissen auf dem gebiet der Palliative Care verfügen (mind. 6-monatige Tätigkeit in einem spezialisierten Palliativbereich oder Äquivalent, mind. eintägiger Grundkurs in Palliative Care).

Das Behandlungsteam der Palliative-Care-Station muss über eine den Aufgaben als Zentrum entsprechend vertiefte Fachkompetenz und Erfahrung verfügen. Es sollte in der Lage sein, Patienten in akuten Krisen zu stabilisieren, Behandlungskonzepte zu erstellen und den Palliative Care Teams von anderen Akutspitälern und den Leistungserbringern in der ambulanten Palliative Care mit spezialisiertem Fachwissen mit Rat und Tat beizustehen.

***Empfehlung 1
an den Kanton***

Leistungsauftrag

Der Kanton definiert Palliative Care als Grundauftrag der Akutspitäler mit kantonalem Leistungsauftrag.

***Empfehlung 2
an den Kanton***

Fachkompetenz

Der Kanton definiert in Zusammenarbeit mit den Spitälern die nötigen fachlichen Kompetenzen für Fachpersonen in Akutspitälern mit Grundauftrag Palliative Care. Dabei orientiert er sich an den Empfehlungen der Fachgesellschaft palliative ch.

***Empfehlung 3
an den Kanton***

Palliativstation/Kompetenzzentrum

Der Kanton unterstützt im Sinne eines dreijährigen Pilotprojektes den Aufbau eines Kompetenzzentrums vorerst an einem Spital und erteilt diesem dafür einen Leistungsauftrag. Das Spital erhält einen Vernetzungs- und Aus-/Weiterbildungsauftrag und soll damit zu einem eigentlichen Kompetenzzentrum ausgebaut werden.

Nach der dreijährigen Pilotphase wird das Projekt evaluiert. Das Spital erstellt dazu einen umfassenden Bericht. Die genauen Inhalte sind mit dem Spital vor dem Start der Projektphase zu definieren.

9.3 Versorgung im ambulanten Bereich

Im Kanton Schwyz gibt es keine gesetzliche Grundlage, die es erlaubt, die Versorgung im ambulanten Bereich aktiv vom Kanton aus zu steuern. Die Gemeinden sind gemäss § 15 der Gesundheitsverordnung (GesV) zuständig für die Sicherstellung des Angebots im Bereich der Hauskrankenpflege und der hauswirtschaftlichen Dienste sowie optional weiteren Dienstleistungen. Die Gemeinden werden zudem verpflichtet, diese Dienste zu finanzieren, soweit sie nicht durch gesetzliche Verpflichtungen Dritter gedeckt werden. Trotzdem besteht die Möglichkeit, dass der Kanton gemäss § 10 der GesV Angebote bzw. Dienste (mit-)finanzieren kann, soweit deren Aufwendungen nicht durch Dritte gedeckt werden. Es besteht also grundsätzlich die Möglichkeit, dass der Kanton eine entsprechende Palliative-Care-Dienstleistung im ambulanten Bereich (mit-)finanzieren kann.

Die Diskussion mit den Experten hat wie in Kapitel 6 erläutert, gezeigt, dass Palliative Care ansatzweise schon bisher im Rahmen der Grundversorgung geleistet wurde. Leistungsfähige regionale Hausarzt- und Spitex-Teams sind grundsätzlich vorhanden. Ebenso sind Netzwerke zur fachlichen Unterstützung dieser Teams teilweise institutionalisiert. Trotzdem besteht laut Aussage der beiden Spitex-Vertreterinnen der Arbeitsgruppe Palliative Care ein Bedarf nach einer zentralen Auskunfts- und Koordinationsstelle insbesondere mit medizinischen, pflegerischen und sozialpsychologischen Kenntnissen. Palliative Care ist zwar Teil der Ausbildung der in der Spitex tätigen Fachpersonen, bildet dabei jedoch keinen Schwerpunkt. So kommt es immer wieder vor, dass die in der Spitex tätigen Pflegefachpersonen im Alltag in Situationen geraten, in denen sie relativ rasch an die Grenzen des eigenen Wissens und Könnens stossen. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn komplexe technische Geräte und Verrichtungen für die Behandlung/Betreuung schwerstkranker Patienten notwendig sind. In solchen Situationen wäre eine Anlaufstelle im Sinne einer Hotline oder die Möglichkeit, ein spezialisiertes Palliativ-Fachteam zu mobilisieren, von grossem Vorteil. Im Kanton St. Gallen leistet beispielsweise die Krebsliga Ostschweiz eine Art Brückendienst. Die Spitexbetriebe können in heiklen Pflegesituationen Fachleute der Krebsliga Ostschweiz als Unterstützung beziehen.

Der Aufbau einer spezifischen Struktur im ambulanten Bereich wie beispielsweise die Schaffung eines Mobilien Palliative Care Teams im Kanton Schwyz würde von Vertretern der Arbeitsgruppe sehr begrüsst. Allerdings sind damit auch erhebliche Kosten verbunden. Eine Alternative wäre, ein solches Team an das in Kapitel 9.2 beschriebene Kompetenzzentrum (Akutspital) anzubinden. Mit einem Pilotprojekt - vorerst begrenzt auf den inneren Kantonsteil - könnte evaluiert werden, ob ein solches Team wirtschaftlich und bedarfsgerecht betrieben werden kann. Die Projektgruppe schlägt deshalb vor, die Machbarkeit einer Anbindung eines Mobilien Palliative Care Teams an die geplante Palliativstation zu prüfen. Bei einem positivem Ergebnis empfiehlt die Projektgruppe, dieses Projekt vorerst in Form eines Pilotprojektes für ein Jahr zu unterstützen. Nach der Evaluierung kann dann entschieden werden, ob ein solches Modell lohnenswert ist und allenfalls auch für die übrigen Kantonsteile eingesetzt werden soll.

Empfehlung 4 an die Gemeinden/Spitexorganisationen

Schulung des Personals

Die Spitex fördert im ambulanten Bereich die Schulung des Personals. Längerfristig sollten sich im Kanton Schwyz in den drei Regionen (innerer, äusserer und mittlerer Kantonsteil) rund 1-2 Spitexangestellte spezifisch in Palliative Care weiterbilden und ihr Know-how den anderen Spitexorganisationen zur Verfügung stellen.

**Empfehlung 5
an den Kanton****Mobile Care Teams**

Der Kanton prüft in Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern die Machbarkeit des Aufbaus eines mobilen Care Teams mit Anbindung an die geplante Palliativstation (Pilotprojekt). Bei positivem Ergebnis unterstützt der Kanton den Betrieb für eine dreijährige Pilotphase.

Nach der dreijährigen Pilotphase wird das Projekt evaluiert. Es wird dazu ein umfassender Bericht erstellt. Die genauen Inhalte sind im Rahmen der Machbarkeitsstudie vor dem Start der Projektphase zu definieren.

**Empfehlung 6
an die Ärzteschaft des Kantons Schwyz****Aufbau Know-how**

Der Kanton empfiehlt der Ärzteschaft des Kantons Schwyz, spezifisches Palliative-Care-Know-how aufzubauen.

9.4 Versorgung in Alters- und Pflegeheimen

Die Alters- und Pflegeheim-Versorgung gehört in den Verantwortungsbereich der Gemeinden. Aus diesem Grund hat der Kanton auch im Bereich der Alters- und Pflegeheime Empfehlungen formuliert.

Grundsätzlich wird auch in den Alters- und Pflegeheimen bereits heute Palliative Care praktiziert. Die Fachkompetenz der Betreuenden in Palliative Care ist jedoch von Heim zu Heim sehr unterschiedlich. Es gibt Heime, die sich stark engagieren, jedoch auch solche, die über keine spezifischen Angebote und Strukturen verfügen. Um diesem Umstand Rechnung zu tragen, empfiehlt der Kanton, – ähnlich wie im ambulanten Bereich – längerfristig das Know-how auszubauen. Die in Erarbeitung stehenden Qualitätsrichtlinien für Alters- und Pflegeheime sehen spezielle Konzepte für die Sterbebegleitung in jedem Heim vor. Sinnvollerweise verfügt jedes Alters- und Pflegeheim über entsprechende Palliative-Care-Ansprechpersonen, welche eine spezifische Ausbildung absolviert haben.

**Empfehlung 7
an die Alters- und Pflegeheime****Aufbau Know-how**

Der Kanton empfiehlt, dass jedes Alters- und Pflegeheim längerfristig das Know-how in Palliative Care im Sinne der Ausbildung des Pflegepersonals fördert. In diesem Sinne wird die Schulung des Personals gefördert und vertieft.

Die Finanzierung der Palliative Care in den Alters- und Pflegeheimen ist grundsätzlich geregelt. Der Kanton beteiligt sich an den Investitionen, ansonsten ist das Gemeindewesen (in der Regel mit Aufträgen an private oder öffentliche Trägerschaften) für die Finanzierung zuständig. Die Leistungen der Palliative Care können zwar im BESA-System nur beschränkt abgebildet werden und Palliative Care

kann meist nicht kostendeckend angeboten werden. Durch die Querfinanzierung über alle BESA-Stufen hinweg, kann diesem Umstand jedoch Rechnung getragen werden. Es besteht auch die Möglichkeit, die BESA-Stufe eines Bewohners kurzfristig anzupassen, um so in der letzten Phase auch eine bessere Kostendeckung zu erreichen. Wenn jedoch ein Heimbewohner bereits in der höchsten BESA-Stufe eingeteilt ist, kann man kein Zusatzentgelt mehr geltend machen. Gemäss den anwesenden Vertretern besteht jedoch im Moment kein weiterer Regelungsbedarf bezüglich der Finanzierung von Palliative Care.

9.5 Qualitätsanforderungen

Qualitativ hoch stehende Palliative Care ist auf professionelle Kenntnisse und Arbeitsweisen angewiesen. Es macht Sinn Palliative Care in bestehende Behandlungs- und Pflegekonzepte zu integrieren und die angebotenen Leistungen laufend bezüglich ihrer Qualität zu überprüfen.

Empfehlung 8 **an Leistungserbringer der Palliative Care**

Qualität

Die Palliativstation/Kompetenzzentrum soll sich an den Qualitätsrichtlinien der Fachgesellschaft palliative.ch orientieren⁴⁶. Es soll mittelfristig auch das Qualitätslabel von palliative.ch angestrebt werden.

Die Leistungserbringer im Bereich Alters- und Pflegeheime erfüllen die von der Fachgesellschaft CuraViva aufgestellten Qualitätsrichtlinien im Bereich Palliative Care. Die Leistungserbringer setzen sich zudem in ihrem Leitbild mit dem Thema Palliative Care auseinander und zeigen auf, wie sie mit dem Thema umgehen.

Im Bereich Spitex existieren im Moment noch keine Richtlinien bezüglich Palliative Care. Es wird deshalb empfohlen auf Stufe Kantonalverband sich mit diesem Thema auseinanderzusetzen und ein für alle Organisationen gültiges Leitbild zu erstellen.

9.6 Versorgung im Hospiz

Ein Hospiz stellt eine wünschenswerte Ergänzung im Versorgungsnetz der Palliative Care dar. Es sollte eine der Palliativstation analoge räumliche Ausstattung zur Verfügung stehen. Das Hospiz ist in der Regel eine selbständige Organisationseinheit mit einem eigenen Team und sollte mindestens acht Betten beinhalten. In Abhängigkeit der regionalen Bedingungen sind auch kleinere Einheiten mit wenigstens vier Betten möglich⁴⁷, sofern sie in eine bereits bestehende Pflegeinstitution integriert oder dieser nahe angeschlossen sind. Für die Projektgruppe empfiehlt sich ein längerfristiger Aufbau von zwei bis drei Hospizen im Kanton Schwyz. Im Kanton Schwyz gibt es derzeit drei (evt. vier) Initiativen für die Gründung eines Hospizes (verteilt auf alle drei Kantonsteile).

Die Finanzierung des Hospizaufenthaltes erfolgt heute weitgehend kostendeckend über einen Anteil der Versicherung (BESA-Tarif) sowie einen (zumutbaren) Patientenanteil.

⁴⁶ abrufbar unter http://www.palliative.ch/uni_pdf/qualitaetskriterien_de.pdf (Stand: 28.01.2010)

⁴⁷ palliative.ch 2008: o.S.

9.7 Patientenverfügungen

Mit der Patientenverfügung weist der Patient seinen Bevollmächtigten, Betreuer und Arzt an, bestimmte medizinische Behandlungen vorzunehmen oder zu unterlassen. Die Patientenverfügung ist eine Willenserklärung zur medizinischen Behandlung für den Fall, dass keine Einwilligungsfähigkeit besteht⁴⁸.

In der Schweiz gibt es eine ganze Reihe verschiedener Organisationen, welche Patientenverfügungen erarbeitet haben. Dazu gehören u.a. Non-Profit-Organisationen, Patientenorganisationen, sowie die Suizidhilfeorganisationen EXIT und DIGNITAS. Bei einigen dieser Organisationen ist es auch möglich, die erstellte Patientenverfügung zu hinterlegen. Die Personen, die eine Patientenverfügung unterschrieben haben, erhalten einen Ausweis im Kreditkartenformat. Dieser erlaubt dem Arzt, in einem Notfall Angehörige und die Organisation anzufragen, damit die Patientenverfügung vorliegt, wenn Entscheidungen anstehen. Die Organisationen bieten Angehörigen auch Unterstützung bei Problemen mit der Durchsetzung der Verfügungen. Meist sind allerdings auch Ehegatten, nahe Angehörige oder ausgewählte Bezugspersonen im Besitz dieser Dokumente⁴⁹.

Patientenverfügungen sind auch bei der Palliative Care im Umgang mit Patienten insbesondere in Notsituationen oft eine grosse Hilfe für die Betreuenden. Neben der Bestimmung wann und wie lange Betroffene welche Behandlung bekommen möchten, können in einer Patientenverfügung auch Details für das Vorgehen nach dem Tod festgehalten werden. Mit einer solchen Verfügung treten Betroffene der Hilflosigkeit angesichts der Krankheit entgegen. Für Angehörige und Pflegende bedeutet es eine grosse Entlastung, die Wünsche des Kranken zu kennen⁵⁰.

Empfehlung 9 an die Institutionen/Organisationen

Information

Der Kanton Schwyz empfiehlt den im Bereich Palliative Care tätigen Institutionen/Organisationen, die Verwendung von Patientenverfügungen aktiv zu fördern. Er stellt entsprechende Unterlagen elektronisch und in Druckform zur Verfügung.

9.8 Information und Sensibilisierung der Öffentlichkeit & Vernetzung der Angebote

palliative.ch, die Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung, zählt heute über 1 800 Mitglieder und hat damit ihre Mitgliederzahl in kurzer Zeit verdoppelt. Neben zahlreichen Ärztinnen, Ärzten und Pflegefachleuten gehören auch Freiwillige und Ehrenamtliche sowie Angehörige weiterer Berufsgruppen dazu, die am Krankenbett tätig sind. Auch Institutionen können Mitglied werden. Ihr gemeinsames Ziel ist es, die Verbreitung von Palliative Care in unserem Lande zu fördern. Die Fachgesellschaft fördert die Verbreitung von Palliative Care auf gesamtschweizerischer Ebene. So sind etwa Qualitätsstandards und Ausbildungsempfehlungen erarbeitet worden. Die Fachgesellschaft ermutigt die Bildung von regionalen Sektionen, damit Palliative Care den spezifischen Bedürfnissen der Kantone und Regionen angepasst werden kann. Im 2009 wurde in Luzern die Sektion palliativ Zentralschweiz gegründet. Unter diesem Dachverband formierten sich in der Zwischenzeit bereits die Kantonalen Vereine palliativ Zug und palliativ Luzern. Die Vereine fungieren einerseits als Informationsstelle und betätigen sich andererseits in der Vernetzung der bestehenden Anbieter von Dienstleistungen. Grundsätzlich verfolgen die Vereine folgende Zielsetzungen:

⁴⁸ Wikipedia, Die freie Enzyklopädie 2009:1

⁴⁹ Wikipedia, Die freie Enzyklopädie 2009:1

⁵⁰ Krebsliga o.J.:1

- Umsetzung von Ideen und Grundsätzen der Palliative Care,
- Sicherung der Zugänglichkeit von wichtigen Informationen aus dem Gebiet der Palliative Care für Betroffene und Interessierte,
- Vermittlung von Informationen über Bedingungen und Möglichkeiten, damit bis zum Tod ein würdevolles und lebenswertes Leben geführt werden kann,
- Bekanntmachung der verschiedenen vorhandenen Angeboten von Palliative Care im jeweiligen Kanton,
- Information der Öffentlichkeit über die Anliegen der Palliative Care.

Zu diesem Zweck führen die Vereine palliativZug und palliativLuzern eine Internetplattform mit allen wichtigen Informationen.

Die Vernetzung im Bereich Palliative Care spielt eine zentrale Rolle. Umso wichtiger ist es, dass alle Akteure und Leistungserbringer auf strategischer und operativer Ebene zusammenarbeiten und sich koordinieren, sodass ein regionales Netzwerk entstehen kann.

**Empfehlung 10
an Institutionen/Organisationen,
Privatpersonen, Interessierte**

**Information, Sensibilisierung &
Vernetzung**

Der Kanton Schwyz empfiehlt zu gegebener Zeit die Schaffung eines kantonalen Vereins palliativ Schwyz. Als Anlaufstelle für die Öffentlichkeit (Patienten, Ärzteschaft und Institutionen) kann ein solcher Verein zur Information über und zur Sensibilisierung bezüglich Palliative Care beitragen. Er kann auch einen wichtigen Beitrag zur Vernetzung der Leistungserbringer und zur Weiterbildung von medizinischen Fachpersonen, Freiwilligen und Ehrenamtlichen leisten.

9.9 Charta Palliative Care

Als Absichtserklärung zur Förderung und Anwendung von Palliative Care wurde in Zusammenarbeit mit der begleitenden Arbeitsgruppe eine Charta Palliative Care verfasst (siehe Anhang). Alle in der Palliative Care engagierten Institutionen sollen sich damit verpflichten, aufgrund der in der Charta enthaltenen Prinzipien die palliative Versorgung auszuführen. Die Charta kann des Weiteren auch als Informationsbroschüre für die Öffentlichkeit verwendet werden.

Grundlage für die Charta bilden die Richtlinien der SAMW „Palliative Care“⁵¹ und „Recht der Patientinnen und Patienten auf Selbstbestimmung. Medizinisch-ethische Grundsätze der SAMW“⁵² sowie die „Grundsätze und Richtlinien für palliative Medizin, Pflege und Begleitung in der Schweiz“⁵³ von palliative.ch.

⁵¹ SAMW 2006

⁵² SAMW 2004

⁵³ Palliative.ch 2001

Empfehlung 11
an alle

Verpflichtung zur Umsetzung der Charta

Alle in der Palliative Care aktiven Leistungserbringer, vertreten insbesondere durch Institutionen, Fachvereinigungen und Verbände, verpflichten sich zur Umsetzung der in der Charta formulierten Prinzipien und Leitlinien.

10 Finanzierung

Im Bereich der Finanzierung muss geklärt werden, wie akutstationäre Leistungen der Palliative Care finanziert werden sollen, die nicht zu den KVG-Pflichtleistungen gehören. Bei Palliative-Care-Leistungen, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) vergütet werden, besteht zum Teil die Schwierigkeit, dass die im KVG festgelegten Limiten überschritten werden oder die Ausgestaltung der Vergütung zu wenig spezifisch ist, weil der Pflege- und Behandlungsaufwand bei palliativen Patienten höher ausfällt⁵⁴. In beiden Fällen müssen andere Finanzierungsträger (Kantone, Gemeinden, Patienten und deren Angehörige) diese Leistungen übernehmen.

Generell bestehen heute bei der Finanzierung zwei primäre Versorgungslücken⁵⁵:

1. Nicht im KVG erfasste Leistungen: Gewisse Palliative-Care-Leistungen gehören nicht zu den KVG-Pflichtleistungen und müssen anders als durch das KVG finanziert werden.
2. Überschrittene Limiten: Bei gewissen Leistungen werden die im KVG festgelegten Limiten überschritten oder die Ausgestaltung der Vergütung ist zu wenig spezifisch, weil der Pflege- und Betreuungsaufwand bei Palliative-Care-Patienten höher ausfällt.

Speziell zu erwähnen ist in diesem Zusammenhang auch die neue Spitalfinanzierung:

3. DRG-Fallpauschalen in Spitälern: Die leistungsabhängige Finanzierung über Fallpauschalen birgt das Risiko, dass der durch diagnosebezogene Fallpauschalen erzeugte Druck auf die Aufenthaltsdauer im Spital zulasten von unlukrativen Patientengruppen – wie eben Palliativ-Patienten – geht. Die Hauptschwierigkeit bei den Fallpauschalen liegt darin, dass Palliative Care primär ein problemorientierter und höchstens sekundär diagnosebezogener Behandlungsansatz ist. Ausserdem besteht bei Palliative-Care-Patienten kein direkter Bezug zwischen Schweregrad einer Diagnose und der Verweildauer im Akutspital. Der Behandlungsaufwand lässt sich nicht unmittelbar aus der Hauptdiagnose ableiten.

Die bestehenden strukturellen Schwierigkeiten führen oft dazu, dass die Behandlung und Pflege der Patienten eher im Spital anstatt zu Hause stattfindet. Dies ist für Patienten häufig kostengünstiger. Aufgrund der mangelnden ambulanten Versorgung erhöht sich also die Wahrscheinlichkeit von Notfall-einweisungen ins Spital. Die bestehenden Lücken führen dazu, dass andere Finanzierungsträger (Kantone, Patienten und deren Angehörige) diese Leistungen übernehmen müssen⁵⁶.

10.1 Langzeitpflege (Alters- und Pflegeheime), Spitex und Hospizbereich

Palliativpflege kann als integraler Bestandteil der ambulanten und der Langzeitpflege verstanden werden und wird nach dem heute geltenden Taxsystem (BESA) mit Beteiligung der Betroffenen, der Versicherungen und der Gemeinden bzw. bei der Spitex mit der Beteiligung der Krankenkassen und der Gemeinden abgerechnet.

Weil die Zuständigkeit für diese Bereiche bei den Gemeinden liegt, wurden im vorliegenden Konzept nur entsprechende Empfehlungen formuliert. Es ist heute festzustellen, dass zu wenig freie Betten für akut erkrankte, auch jüngere Langzeit- und Palliativpatienten (z.B. mit unheilbarer Krebserkrankung) vorhanden sind. Die Spitexorganisationen verfügen nur ansatzweise über das für die Palliativpflege benötigte Spezialwissen. Viele Patienten bleiben deshalb relativ lange in den Spitälern.

Im Rahmen der Neuregelung der Pflegefinanzierung hat der Bundesgesetzgeber am 10. Juni 2009 Änderungen zur Krankenpflege-Leistungsverordnung vom 29. September 1995 (SR 832.112.31; KLV) erlassen. Im erläuternden Bericht stellt er in Aussicht, zu einem späteren Zeitpunkt zu prüfen,

⁵⁴ BAG/GDK 2009:3

⁵⁵ BAG/GDK 2009:40

⁵⁶ BAG/GDK 2009:41

ob die Bedürfnisse von pflegebedürftigen Personen, die Palliativpflege oder Pflege bei demenziellen Krankheiten benötigen, mit den geltenden Bestimmungen über die Finanzierung durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung noch angemessen berücksichtigt und gegebenenfalls Anpassungen notwendig sind.

10.2 Akutspitäler

Palliative Care gehört zum Grundauftrag eines jeden Akutspitals. In den Spitälern ohne Palliativstation soll palliative Pflege und Betreuung in einer integrierten Art und Weise angeboten werden. Damit die Akutspitäler den Grundauftrag erfüllen, sind keine zusätzlichen Infrastrukturen notwendig. Hingegen muss das Fachwissen des Personals auf- und ausgebaut werden, damit die in Kapitel 2 aufgeführten Grundsätze der Palliative Care bei der Behandlung von palliativen Patienten umgesetzt werden können. Der Kanton zieht deshalb in Betracht, Spitälern mit einem kantonalen Leistungsauftrag einem einmaligen pauschalen Weiterbildungsbeitrag zu unterstützen. Der Beitrag ist abhängig von den noch in Zusammenarbeit mit den Spitälern zu definierenden Anforderungen an die Basiskompetenzen (siehe Kapitel 9.1).

10.2.1 Tagespauschalen

Heute sind Tagespauschalen für die Vergütung von palliativen Leistungen üblich, da keine entsprechenden DRGs existieren. Massnahmen der palliativen Betreuung sind im Sinne von § 21 Abs. 1 der Spitalverordnung fallunabhängige Leistungen. Der Regierungsrat kann demnach im Rahmen der Leistungsvereinbarungen mit den Spitalträgern Abgeltungen für die palliative Betreuung in den Spitälern festlegen.

Bei der Berechnung der Kosten geht das Departement des Innern von einem Tagestarif von rund Fr. 650.-- aus (Basis = Berechnung Spital Schwyz, siehe Anhang). Von diesem Tagestarif sollen rund Fr. 150.-- auf den Patienten abgewälzt werden. Die übrigen Kosten (Fr. 500.--) teilen sich Kanton und Versicherung analog dem Schlüssel für die neue Spitalfinanzierung: 45% Versicherung (Fr. 225.--) und 55% Kanton (Fr. 275.--).

Tagestarif	Fr. 650.--
davon Anteil Patient	Fr. 150.--
davon Anteil Versicherung	Fr. 225.--
davon Anteil Kanton	Fr. 275.--

Rechnet man mit einem möglichen Patientenvolumen – wie in Kapitel 7.2.1 dargelegt – von 103 Patienten pro Jahr und einem maximalen Aufenthalt von vier Wochen ergeben sich approximative 2 884 Pflgetage. Bei einem Kantonsanteil von Fr. 275.-- pro Tag ergibt sich somit ein jährlicher Kantonsbeitrag von Fr. 793 100.--.

Ein Teil dieser Kosten dürfte kompensiert werden, indem in der Kombination Patientenverfügung/palliative Pflege in den letzten Lebensmonaten teure Operationen und daraus folgend teure, hochtechnische Pflege wegfallen.

Im Rahmen des Projektes zwischen Bund und Kantonen wird zudem im Hinblick auf die Einführung von SwissDRG (2012) ein Finanzierungsvorschlag bezüglich Abgeltung von palliativen Behandlungs- und Betreuungsleistungen erarbeitet. Noch offen ist, ob palliative Behandlungs- und Betreuungsleistungen künftig als fallabhängige Leistungen in die Pauschalen integriert (z.B. mit speziellen Kostengewichten für palliative Patienten oder weiterhin Tagespauschalen angewandt werden.

10.2.2 Investitionen in die Infrastruktur

Wie in Kapitel 7.2.1 ausgeführt müssten um den kantonalen Bedarf abzudecken rund 9 Betten zur Verfügung gestellt werden. Die Investitionskosten pro Spitalbett im Bereich Palliative Care betragen ca. Fr. 700 000.--. Demgemäss müsste mit ungefähren Investitionskosten von Fr. 6 300 000.-- gerechnet werden.

Der Kanton prüft basierend auf einem detaillierten Businessplan einen einmaligen Unterstützungsbeitrag für den Aufbau des Kompetenzzentrums bzw. der Palliativstation.

10.2.3 Aus- und Weiterbildung

Der Kanton zieht ebenfalls in Betracht das Spital mit Kompetenzzentrum bzw. Palliativstation mit einem einmaligen pauschalen Weiterbildungsbeitrag zu unterstützen. Der Beitrag ist abhängig von den noch in Zusammenarbeit mit den Spitälern zu definierenden Anforderungen an die Basiskompetenzen (siehe Kapitel 9.1).

10.2.4 Mobiles Palliative Care Team

Die detaillierten Kosten sind im Rahmen eines Umsetzungskonzeptes zu prüfen. Ein Grossteil der Leistungen kann vermutlich über ambulante Versorgungspauschalen (Tarmed) abgerechnet werden. Es ist jedoch anzunehmen, dass diese Abgeltungen nicht die ganzen Betriebskosten decken, deshalb wird empfohlen, die Mitfinanzierung der Betriebskosten durch den Kanton zu prüfen.

10.2.5 Zusammenfassung

Die Mitfinanzierung der palliativen Versorgung für den Kanton lässt sich anhand einer Grobschätzung folgendermassen zusammenfassen:

Art der Kosten		Kosten in Franken
Anteil Kanton an Tagespauschalen	jährlich	793 100.--
Anteil Kanton an Investitionen der Infrastruktur	einmalig	zu prüfen aufgrund detailliertem Businessplan
Anteil Kanton an Aus- und Weiterbildung	jährlich	zu prüfen aufgrund den mit den Spitälern auszuarbeitenden Anforderungen
Mitfinanzierung Mobiles palliative Care Team	Jährlich	zu prüfen im Rahmen des Umsetzungskonzeptes

Tabelle 3: Zusammenstellung Kosten palliative Versorgungsstruktur
eigene Darstellung

11 Umsetzung

Die weiteren Entschlüsse sowie die Erarbeitung des Umsetzungskonzeptes werden bearbeitet, wenn das Projekt Spitalplanung 2020 durch den Regierungsrat verabschiedet wurde. Entscheide für eine Mitfinanzierung durch den Kanton werden auf Basis von definitiven Businessplänen der Verantwortlichen der Konzeptanträge getroffen.

12 Anträge an den Regierungsrat

Das vorliegende Konzept wurde departementsintern im Rahmen der Steuergruppe Spitalplanung⁵⁷ positiv verabschiedet. Diese stellt folgende Anträge:

1. Dem Regierungsrat wird beantragt, eine palliative Versorgungsstruktur im Kanton Schwyz aufzubauen und sich an den Erstellungs- und Betriebskosten zu beteiligen.
2. Dem Regierungsrat wird beantragt, Palliative Care als Grundauftrag der Akutspitäler mit kantonalem Leistungsauftrag zu definieren.
3. Dem Regierungsrat wird beantragt, den Aufbau eines Kompetenzzentrums vorerst an einem Spital im Rahmen eines dreijährigen Pilotprojektes zu unterstützen. Er erteilt dem zuständigen Departement des Innern dazu den Auftrag, in Zusammenarbeit mit den möglichen Leistungserbringern ein Umsetzungskonzept zu erarbeiten.
4. Dem Regierungsrat wird beantragt, dem zuständigen Departement des Innern den Auftrag zu erteilen, in Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern die Machbarkeit des Aufbaus eines mobilen Care Teams mit Anbindung an die geplante Palliativstation (Pilotprojekt) im Rahmen eines Umsetzungskonzeptes zu prüfen.

Erwägung

Mit der demographischen Alterung und dem Anstieg der Todesfälle einher geht eine Zunahme an chronischen und im speziellen auch an onkologischen Krankheiten. Hinzu kommt, dass die Entwicklungen und Fortschritte in der Medizin nebst Erfolgen auch zu einer Zunahme von komplexen medizinischen Situationen und einer Verlängerung der letzten Lebensphase führen. Die fortschreitende Spezialisierung bringt teilweise eine fragmentierte Sicht- und Behandlungsweise mit sich, welche die Gefahr in sich birgt, den Patienten, seine Lebensqualität und sein Leiden als Gesamtes aus den Augen zu verlieren. Durch ein breites und vernetztes Versorgungsangebot im Bereich der Palliative Care und der damit verbundenen proaktiven Vorausplanung und bewussten Steuerung in Zusammenarbeit mit Fachpersonen, werden unnötige, vom Patienten nicht (mehr) erwünschte, ineffektive (diskontinuierliche Betreuung) und ineffiziente (diagnostische Doppelspurigkeiten) Behandlungen und letztendlich unnötige Kosten am Lebensende vermieden.

⁵⁷ Die Steuergruppe Spitalplanung setzt sich zusammen aus: Armin Hüppin, Departementsvorsteher Departement des Innern; Evelyne Reich, Amtsvorsteherin Amt für Gesundheit und Soziales; Dr. Svend Capol, Kantonsarzt, Mathias Luchsinger, Leiter Abteilung Spitäler/KVG; Roland Wespi, Controller; Martina Trütsch, Wissenschaftliche Mitarbeiterin; Dr. Max Lenz, Lenz AG (Berater)

13 Glossar

Chronische Krankheit

Chronische Krankheiten sind sich langsam entwickelnde und lang andauernde Erkrankungen, wie z.B. Herz-Kreislaufkrankheit, Asthma, Parkinson, Brustkrebs, Diabetes mellitus, Multiple Sklerose, Apoplex, Schizophrenie, Demenz, Epilepsie, Gicht, Rheuma, Morbus Crohn etc. Sie zeichnen sich durch einen langwierigen Verlauf aus, der in der Regel mit Komplikationen verbunden ist und nicht selten mit geringer Lebenserwartung einhergeht. Oftmals bestehen mehrere Krankheiten (Multimorbidität). Chronische Krankheiten erfordern eine kontinuierliche medizinische Versorgung. Ohne diese droht eine lebensbedrohliche Verschlimmerung resp. eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität.

Demenz

Charakteristisch für diese organische Hirnerkrankung (Demens = „weg vom Geist/Verstand“) ist eine Minderung der geistigen Leistungsfähigkeit, die häufig einhergeht mit psychischen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten. Betroffen sind vor allem Kurzzeitgedächtnis, Orientierung (zu Ort, Zeit, Raum und Personen), Sprache, Wahrnehmungs- und Urteilsfähigkeit. Bei fortgeschrittener Demenz können auch alltägliche Verrichtungen nicht mehr ohne fremde Hilfe bewältigt werden. Mit Fortschreiten der Krankheit wird der geistige Abbau von einem zunehmenden körperlichen Verfall begleitet. Die überwiegende Zahl der Demenzkranken leidet an der Alzheimerschen Krankheit, punkto Häufigkeit gefolgt von gefässbedingten Demenzen. Daneben gibt es weitere Formen.

Kurative Medizin, Kuration

Die kurative Medizin wendet Methoden an, die Krankheitszustände beenden oder deren Fortschreiten verhindern sollen. Nicht immer ist eine Heilung im Sinne einer vollständigen Wiederherstellung möglich. Kuration ist eine der drei Säulen der Medizin – neben der vorbeugenden (präventiven) und der wiederherstellend-eingliedernden (rehabilitativen) Medizin.

Multimorbidität, multimorbid

Unter Multimorbidität (auch Polymorbidität genannt) versteht man das gleichzeitige Bestehen mehrerer Krankheiten bei einer einzelnen Person. Mehrfacherkrankungen treten mit zunehmendem Alter vermehrt auf.

Palliative Medizin

Die palliative Medizin, Pflege und Begleitung umfasst alle medizinischen Behandlungen, die pflegerischen Interventionen sowie die psychische, soziale und geistige Unterstützung kranker Menschen, die an einer progredienten, unheilbaren Erkrankung leiden. Ihr Ziel besteht darin, Leiden zu lindern und die bestmögliche Lebensqualität des Kranken und seiner Angehörigen zu sichern.

Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftig ist, wer über eine unbestimmte Zeitspanne regelmässigen Pflegebedarf hat. Regelmässiger Pflegebedarf ist definiert als mehrmals wöchentlicher Bedarf an Unterstützung bei der Ausführung von körperbezogenen alltäglichen Verrichtungen, unabhängig davon ob eine psychische oder somatische Erkrankung vorliegt. Hierbei handelt es sich um Tätigkeiten in den Bereichen Hygiene, Mobilität/Motorik und Ernährung bzw. Aufsichtsbedarf. Die Pflegebedürftigkeit steigt in der Regel erst jenseits des 75. Lebensjahres markant an.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zuständigkeiten Kanton und Gemeinden	3
Abbildung 2: Projektorganisation	5
Abbildung 3: Alterspyramide Schweiz um 1900	6
Abbildung 4: Alterspyramide Schweiz um 2000	6
Abbildung 5: Anteile der verschiedenen Altersgruppen 2009-2050 im Kanton Schwyz (Szenario Trend)	7
Abbildung 6: Entwicklung der Anzahl Todesfälle bis 2050	7
Abbildung 7: Häufigste Todesursachen nach Alter im Jahr 2007	8
Abbildung 8: Versorgungsstrukturen	25
Abbildung 9: Empfehlung für die künftige Palliative Care Versorgung im Kanton Schwyz.....	29

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Zusammenstellung der im Kanton Schwyz tätigen Freiwilligen und Ehrenamtlichen..	18
Tabelle 2:	Berechnung der möglichen Anzahl Palliativpatienten mit Sterbeort Akutspital	23
Tabelle 3:	Zusammenstellung Kosten palliative Versorgungsstruktur	41

Abkürzungsverzeichnis

AGS	Amt für Gesundheit und Soziales
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
EDI	Eidgenössisches Departement des Innern
EU	Europäische Union
DI	Departement des Innern des Kantons Schwyz
DRG	Diagnosis Related Groups
GDK	Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren
GesV	Gesundheitsverordnung vom 16. Oktober 2002 (SRSZ 571.110)
KVG	Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (SR 832.10)
NEK	Nationale Ethikkommission
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
palliative ch	Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung
SAMW	Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
SpitV	Spitalverordnung vom 22. Oktober 2003 (SRZS 574.110)
OBSAN	Schweizerische Gesundheitsobservatorium
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)

Literaturverzeichnis

- Bundesamt für Gesundheit/Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren [BAG/GDK] (2009): Nationale Strategie Palliative Care 2010-2012. Bern.
- Bundesamt für Statistik (2006): Bevölkerungswachstum und demografische Alterung: ein Blick in die Zukunft. Hypothesen und Ergebnisse der Bevölkerungsszenarien für die Schweiz 2005–2050. Neuchâtel.
- Bundesamt für Statistik (2009a) Alterspyramide. In:
http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/regionen/thematische_karten/atlas_de_la_vie_apres_50_ans/le_viellissement_en_suisse/structures_par_age.html (27.11.2009)
- Bundesamt für Statistik (2009b): Wachstumsrate 65-79-Jährige. In:
http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/regionen/thematische_karten/atlas_de_la_vie_apres_50_ans/le_viellissement_en_suisse/croissance_decennale_au_sein_des_classes_d_age.html (27.11.2009)
- Bundesamt für Statistik (2009c): Sterblichkeit, Todesursachen – Daten, Indikatoren. In:
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/04/key/01.html> (27.11.2009)
- Bundesamt für Statistik (2009d): 80 Tage im Spital vor dem Heimeintritt. Statistiken der stationären Grundversorgung – Studie zu den letzten Lebensjahren in Heim und Spital. Medienmitteilung vom 17.09.2009.
- Bundesamt für Statistik (2009e): Bevölkerung: In:
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/01/pan.html> (27.11.2009)
- Coleman, M.P./Alexe, D.M./Albrecht, T./McKnee (2008): Responding to the challenge of cancer in Europe. European Observatory on Health Systems and Policies. Slowenien.
- Eidgenössisches Justiz- und Polizeidepartement [EJPD] (2006): Sterbehilfe und Palliativmedizin - Handlungsbedarf für den Bund? In: https://www.news-service.admin.ch/NSBSubscriber/message/de/attachments/5336/9259/2766/20060531_bersterbehilfe-d.pdf (27.11.2009)
- Eychmüller, Steffen/Schmid, Margareta/Müller, Marianne (2009): Palliative Care in der Schweiz – Nationale Bestandesaufnahme 2008. Schlussbericht Projekt No OCS 01776-08-2005 erstellt im Auftrag von Oncosuisse – Schweizerische Vereinigung gegen Krebs, Krebsliga Schweiz und Stiftung Krebsforschung Schweiz. Zürich. Palliative ch / zhaw Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.
- Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (2006): Konzept Palliative Care in der stationären Akutsomatik. Zürich.
- Gomes, Barbara / Higginson, Irene (2008): Where people die (1974-2030): past trends, future projections and implications for care. In: Palliative Medicine 2008/22, S. 33-41.
- Gómez-Batiste, Xavier et al. (2007): Catalonia WHO Palliative Care. Demonstration Project at 15 Years (2005). In: Journal of Pain and Symptom Management 33/5, S. 584-590.
- Höpflinger, François/Hugentobler, Valérie (2003): Pflegebedürftigkeit in der Schweiz. Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert. Bern.

- INFRAS (2009a): Erhebung des Handlungsbedarfs Palliative Care. Zürich.
- INFRAS (2009b): Handlungsbedarf im Bereich Palliative Care. Schlussbericht erstellt im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Zürich.
- Jaccard Ruedin, Hélène et al. (2009): Gesundheitspersonal in der Schweiz – Bestandesaufnahme und Perspektiven bis 2020. Neuchâtel. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN.
- Jaccard Ruedin, Hélène/Weaver, France (2009): Ageing Workforce in an Ageing Society. Wie viele Health Professionals braucht das Schweizer Gesundheitssystem bis 2030? Careum working paper 1. Stiftung Careum. Zürich/Neuchâtel. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN/Stiftung Careum.
- Krebsliga (o.J.): Palliative Behandlung. In: http://www.krebsliga.ch/de/leben_mit_krebs/therapien/palliative_behandlung/index.cfm (08.04.2009)
- Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (2006): Sorgfaltskriterien im Umgang mit Suizidbeihilfe. Stellungnahme Nr. 13/2006. Bern.
- Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (2008): Zur Einführung von diagnosebezogenen Fallpauschalen in Schweizer Spitälern. Stellungnahme Nr. 15/2008. Bern.
- Obsan / GDK (2009): Bis 2020 benötigen die Institutionen im Gesundheitswesen 25'000 zusätzliche qualifizierte Fachkräfte. Medienmitteilung Nr. 0350-0901-90. In: <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/01/01.Document.118439.pdf> (04.03.2009).
- palliative Care Netzwerk Zürich (2007): Unterstützung und Koordination in der ambulanten Palliative Care. Konzept erstellt im Auftrag von der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich.
- Palliative ch (2001): Standards. Grundsätze und Richtlinien für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung in der Schweiz. Lausanne.
- Palliative ch (2008): Versorgungsstrukturen Palliative Care Schweiz. Zürich.
- Pleschberger (2001): Palliative Care: Ein Versorgungskonzept für Sterbende Menschen. Bielefeld. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW).
- Roeder, Norbert et al. (2002): DRGs in der Palliativmedizin: Ist die palliativmedizinische Begleitung Schwerstkranker pauschalierbar? In: Das Krankenhaus 12/2002, S. 1000-1004.
- Schnoz, Markus (2009): Hospiz Kapuzinerkloster Schwyz. Gedanken und Überlegungen zur Gründung einer Palliativstation an der Pflegestation des Kapuzinerklosters Schwyz. Unveröffentlichtes Konzept erstellt von Dr. med. Markus Schnoz.
- Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften [SAMW] (2004): Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende. Medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen. Basel.
- Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften [SAMW] (2006): Palliative Care. Medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen. Basel.
- Seematter-Bagnoud, L. et al.(2008): Angebot und Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Dienstleistungen in der Schweiz – Prognosen bis 2030. Arbeitsdokument 33. Neuchâtel. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN.

Spital Schwyz (2008): „Palliativpflege im Kanton Schwyz und am Spital Schwyz“. Unveröffentlichtes Konzept erstellt von Dr. med. Urs Gössi.

Wikipedia, Die freie Enzyklopädie (2009): Hospiz. In: <http://de.wikipedia.org/wiki/Hospiz> (08.04.2009)

Wikipedia, Die freie Enzyklopädie (2009): Patientenverfügung. In: <http://de.wikipedia.org/wiki/Patientenverf%C3%BCgung> (08.04.2009)

Anhänge

1. Charta Palliative Care
2. Konzeptantrag Schwyz

Charta Palliative Care**Charta Palliative Care****Was ist Palliative Care?**

Palliative Care ist die internationale Bezeichnung für palliative Betreuung (*lat. palliare = lindern*). Die Schweizerische Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung (SGPMPB) definiert Palliative Care folgendermassen:

Die palliative Medizin, Pflege und Begleitung umfasst alle medizinischen Behandlungen, die pflegerischen Interventionen sowie die psychische, soziale und geistige Unterstützung kranker Menschen, die an einer fortschreitenden, unheilbaren Erkrankung leiden. Ihr Ziel besteht darin, Leiden zu lindern und die bestmögliche Lebensqualität des Kranken und seiner Angehörigen zu sichern.

Viele der Möglichkeiten von Palliative Care sind schon zu einem frühen Zeitpunkt einer Erkrankung hilfreich und sinnvoll (z.B. Schmerzbekämpfung). Ihr Schwerpunkt betrifft jedoch vor allem die Zeit, wo Sterben und Tod näher rücken.

Behandlungen oder Medikamente im Rahmen der Palliative Care werden nie in der Absicht gegeben, den Tod herbeizuführen. Es wird dementsprechend keine Euthanasie angeboten. Es werden aber auch keine Massnahmen getroffen, um das Leben um jeden Preis zu verlängern. Palliative Care unternimmt alles, um das Wohlbefinden der Patienten und Patientinnen zu verbessern oder zu erhalten, differenziert sich jedoch klar von der aktiven Sterbehilfe. In diesem Sinn eröffnet Palliative Care einen eigenen, alternativen Weg zwischen Euthanasie und Lebensverlängerung um jeden Preis.

Wer macht Palliative Care?

Palliative Care wird im Kanton Schwyz von unterschiedlichen Institutionen angeboten und unterstützt. Dazu gehören die Spitäler, die Alters- und Pflegeheime, die Spitex, die Krebsliga, die Hausärzte sowie verschiedene weitere Freiwillige. Je nach Institution gibt es verschiedene Angebote.

Anwendungsbereich

Jedem Patient den Zugang zu Palliative Care gewähren.

Palliative Care wird jedem Patienten angeboten, der an einer unheilbar fortschreitenden Krankheit leidet. Begleitend wird sie auch in Situationen mit unklarer Heilungsaussicht integriert. Palliative Care wird angewandt unabhängig vom Alter des Patienten, vom Ort der Behandlung sowie vom zur Verfügung stehenden Fachbereich. Vorgezogen wird eine Behandlung und Betreuung in der vertrauten Umgebung. Solange dies möglich und vertretbar ist, gilt der Grundsatz ambulant vor stationär.

Würde der Patienten

Die Würde der Patienten in den Mittelpunkt stellen.

Die Würde des Menschen ist unabhängig von dessen Bewusstseinslage oder einem bestimmten Lebensumstand. Die Würde der Patienten muss zu jeder Zeit geachtet werden und seine Prioritäten stehen im Mittelpunkt. Jeder Patient ist einzigartig, woraus folgt, dass jedem Patient individuell begegnet werden muss.

Die Symptomkontrolle (neben körperlichen Symptomen auch Behandlung bzw. Linderung von psychischen, sozialen und spirituellen Problemen) ist gegenüber der Behandlung des Grundleidens vor-

rangig. Das oberste Ziel ist die bestmögliche Lebensqualität formuliert aus der Sicht der Patientin bzw. des Patienten. Im Vordergrund des palliativen Ansatzes steht die Auseinandersetzung mit der fortschreitenden Krankheit, dem persönlichen Schicksal des Patienten, seinem Umfeld, seiner Lebensgeschichte, seinem Glauben bzw. seinen Lebensüberzeugungen und speziell mit seinen Gedanken und Gefühlen gegenüber Leiden, Sterben und Tod.

Autonomie des Patienten

Die Autonomie des Patienten sicherstellen und achten.

Unter Autonomie wird die Fähigkeit einer Person verstanden, ihren Willen auszudrücken und in Übereinstimmung mit ihren Werten und Überzeugungen zu leben. Die Autonomie des Patienten ist abhängig von dessen Informationsstand, der aktuellen Situation und der Bereitschaft und Fähigkeit, Verantwortung für das eigene Leben und Sterben zu übernehmen. Klare, verständliche und wiederholte Information des Patienten und der Angehörigen sind darum unumgänglich (es ist besonders auf einen stets einheitlichen Informationsstand bei Patient und Angehörigen zu achten!).

Die Angehörigen werden in einem angemessenen Rahmen einbezogen. Da jedoch der Patient absolut im Mittelpunkt steht, muss darauf geachtet werden, dass die Angehörigen nicht über dessen Schicksal bestimmen. Bei äusserungsunfähigen Patienten orientiert sich die Behandlung/Betreuung an allfällig von ihnen im Voraus mündlich formulierten oder schriftlich dokumentierten Werte- und Willensäusserungen (Patientenverfügung). Fehlt jeglicher Hinweis auf den Willen des Patienten, muss sich die Entscheidung unter Einbezug aller an der Behandlung und Betreuung involvierten Fachleuten sowie den Angehörigen an dessen wohlverstandenen Interessen orientieren.

Behandlung und Betreuung

Das Leben in seiner Endlichkeit respektieren.

Palliative Care strebt die optimale Linderung von belastenden Symptomen an und ermöglicht auch rehabilitative, diagnostische und therapeutische Massnahmen, die zur Erhaltung oder Verbesserung der Lebensqualität beitragen.

Die Sicherstellung der Kontinuität in der Behandlung und Begleitung stellt eine spezielle Herausforderung dar. Ermöglicht wird dies durch die Vernetzung aller involvierten Fachleute, nicht nur innerhalb der Institution, sondern auch zwischen Hausarzt, ambulanten und stationären Einrichtungen und den Institutionen untereinander. Verantwortliche Bezugs- und Ansprechpersonen müssen definiert werden.

Palliative Care bedeutet auch, dass neben der Erhaltung der Lebensqualität durch unterstützende und lindernde Massnahmen der Umgang mit möglichen Verschlechterungen und akut bedrohlichen Situationen mit allen Beteiligten rechtzeitig und vorausschauend diskutiert wird.

Medikamentöse und pflegerische Massnahmen sind mit dem Ziel der Symptomlinderung einzusetzen, belastende Massnahmen sollen unterlassen werden. Schmerzen und Leiden sollten gelindert werden, auch wenn dies in einzelnen Fällen zu einer Beeinflussung der Lebensdauer führen sollte.

Beim Personal bzw. beim Palliative Care Team bestehen genügend Grundkenntnisse, die Vernetzung der Probleme wahrzunehmen und sie patientengerecht anzugehen sowie in Bezug auf die Gesprächsführung in der Vermittlung von „schlechten“ Nachrichten.

Teamarbeit

Entsprechende personelle Ressourcen bereitstellen.

Die multidimensionale Problematik der Palliative Care erfordert ein qualifiziertes multidisziplinäres Team und eine gut koordinierte Teamarbeit. Ein Palliative Care Team besteht nach Möglichkeit aus

einer Pflegefachperson und einem Arzt bzw. einer Ärztin, beide mit den nötigen Grundkenntnissen in Palliative Care.

Neben dem regelmässigen Besuch von Weiterbildungen, sind die verschiedenen Institutionen bemüht um einen kontinuierlichen interdisziplinären Austausch, für Fehleranalysen sowie für die Evaluation und Weiterentwicklung der Behandlungen und Betreuung.

Sensibilisierung und Öffentlichkeitsarbeit

Die Öffentlichkeit für dieses heikle Thema sensibilisieren und aufklären.

Die Öffentlichkeit wird für die Bedürfnisse der Schwerkranken und Sterbenden Patienten sensibilisiert sowie über die palliative Medizin und Pflege und das diesbezügliche Angebot informiert.

Es findet ein kontinuierlicher interdisziplinärer Erfahrungsaustausch statt.

Die Charta stützt sich auf die SAMW-Richtlinien „Palliative Care“ sowie „Recht der Patientinnen und Patienten auf Selbstbestimmung. Medizinisch-ethische Grundsätze der SAMW“ sowie auf die Standards der SGPMP „Grundsätze und Richtlinien für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung in der Schweiz“.

Die Organisationen der Arbeitsgruppe Palliative Care im Kanton Schwyz verpflichten sich nach den Grundsätzen der Charta zu Handeln.

Spital Schwyz

Name, Funktion

Name, Funktion

Spital Lachen AG

Name, Funktion

Name, Funktion

Regionalspital Einsiedeln

Name, Funktion

Name, Funktion

Aeskulap Klinik

Name, Funktion

Name, Funktion

Spitex Kanton Schwyz
Spitex Kantonalverband

Spitex

Name, Funktion

Name, Funktion

Ärztegesellschaft Kanton Schwyz

Dr. Kurt Schreier
Präsident Ärztegesellschaft Kanton Schwyz

Dr. Rolf Baumann
Ärztegesellschaft Kanton Schwyz &
Mitglied der Arbeitsgruppe

CuraViva Schwyz

Guido Weissen Co-Präsident CuraViva
Mitglied der Arbeitsgruppe

Bernadette Bachmann, CuraViva
Mitglied der Arbeitsgruppe

Krebsliga Zentralschweiz

Name, Funktion

Name, Funktion