Steffen Eychmüller, Roland Kunz

Eine neue nationale Palliative-Care-Strategie für die Schweiz

Am 23. Oktober 2009 verkündeten Bundesrat Pascal Couchepin und GDK-Präsident Jean Yves Maillard gemeinsam die neue nationale Strategie für Palliative Care [1], wie sie von Bund und Kantonen gerade im «Dialog Gesundheit» verabschiedet worden war. Bund und Kantone begründen diese Strategie einerseits mit der hohen Zahl an chronisch kranken Menschen, andererseits mit der demographischen Entwicklung der kommenden 30 Jahre, in denen die «Babyboomer» ins Sterbealter kommen (Erhöhung der jährlichen Sterbezahlen von derzeit 60 000 auf rund 90 000). Für die Grundversorgung bedeutet diese Entwicklung neue Herausforderungen.

In achtmonatiger Expertenarbeit – darunter auch einige Grundversorgende – wurde die Ist-Situation der Palliative Care für vier verschiedene Bereiche erarbeitet: für die Versorgung und Finanzierung, für die Information bzw. Sensibilisierung der Bevölkerung, für die Bildung und für die Forschung. Für diese Felder werden nun Massnahmen zur Verbesserung vorgeschlagen, die allen in der Schweiz lebenden Menschen einen Zugang zu einer qualitativ hochstehenden und der Situation angepassten Palliative Care ermöglichen sollen.

Versorgung und Finanzierung

Insbesondere im Bereich der Finanzierung bestehen viele Unklarheiten, betrifft doch das Lebensende einen Bereich (Spitex, Pflegeheime), in dem die Finanzierung der Leistungen im internationalen Vergleich ohnehin den höchsten «Out-of-pocket-Anteil» vorweist: Wir als Betroffene oder Angehörige bezahlen den Löwenanteil der Leistungen selber [2].

Information und Sensibilisierung

Wie sehen die Grundversorgerinnen und Grundversorger diese Situation? Es liegt wohl nicht nur an diesem hohen Eigenanteil, dass die Betreuung zu Hause entgegen dem weit verbreiteten Wunsch, die letzte Lebenszeit ebenda zu verbringen, dann doch nicht gewählt wird. Das Hoffen auf und die Erwartungen in die Möglichkeiten der Spitzenmedizin in der reichen Schweiz, die medial exzellent vermarktet werden, und die schrittweise Degenerierung der Möglichkeiten, sich als Mitglied der Industrie- und Fungesellschaft mit der eigenen Endlichkeit auseinanderzusetzen und sich in der Fürsorge für andere zu engagieren, sind einige der häufig genannten Gründe für den vergleichsweise hohen Anteil von rund 80% der Bevölkerung, die ihr individuelles Leben in einer (häufig weniger individuellen) Institution beenden.
Grundversorgende können ein Lied davon singen, wie Spezialisten und Spitalambulanzen «ihre» Patienten gerade in der letzten Lebensphase an der kurzen Leine führen, was auch seitens der Betroffenen oft begrüsst wird: Das gibt ein Gefühl der Sicherheit, dass weiter etwas unternommen wird, um den Gefühlen der Angst und der Hilflosigkeit zu entkommen. Nur manchmal – dann fünf vor zwölf und leider selten zehn vor zehn – kommt doch der Wunsch, wieder in das Betreuungsnetz zu Hause eintauchen zu können, mit entsprechender Begeisterung seitens der Grundversorgenden.
Ein Teil der «Strategie» sollte also darauf zielen, hier neue Wege zu finden, andere Anreize zu etablieren und die manchmal magischen Ideen der sog. Spitzenmedizin für diese Lebensphase zu entzaubern. Spitzenmedizin am Lebensende ist Spitzenbetreuung – und die leisten zu einem grossen Teil die Grundversorgenden. Es gibt Beispiele für einen neuen «Wert» der Betreuung am Lebensende zu Hause: nicht nur in Filmen (z.B. «Marias letzte Reise»), sondern auch in Programmen, die die *Community care* ins Zentrum rücken. Dazu zählt beispielsweise das aus England stammende «Gold Standards Framework» [3] für die letzte Lebensphase. Wohlgemerkt, hier geht es um «Gold» und nicht Aschgrau, d.h., diese Betreuung ist der höchste Standard. Auch wenn das englische Gesundheitssystem kaum Vorbild sein darf für das schweizerische: Solche Ideen auch für die Schweiz zu verfolgen, lohnt sich.

Bildung

Ein weiterer wichtiger Bereich der Strategie ist die Bildung. In ersten Kontakten mit der FMH erfuhren die Autoren einen Mix aus Skepsis, offener Ablehnung, prinzipieller Zustimmung und sehr unterschiedlichen Vorstellungen darüber, was Palliative Care und Palliativmedizin beinhalten. Mehr Sicherheit beim Umgang mit Schwerkranken, Sterbenden und ihren Angehörigen wünschen sich viele Fachpersonen in der Grundversorgung [4]. Das zeigt sich auch für die Schweiz mit einem ungebrochenen Interesse der Ärzteschaft für die Basiskurse in Palliativmedizin. Im Gegensatz zur Geburtshilfe wurde dieses Thema im Studium und weitgehend auch in der Fach-Weiterbildung ausgespart. Wie bei vielem in der Medizin erfolgt die Aneignung der notwendigen Kompetenzen je nach Exposition zum Problem durch Learning by Doing, und das muss nicht schlecht sein.

> Spitzenmedizin am Lebensende ist Spitzenbetreuung – und die leisten zu einem grossen Teil die Grundversorgenden.

Und trotzdem: Nicht nur die Debatte um die Sterbehilfe, die Suizidbeihilfe und die Kosten am Lebensende zeigt, dass es wahrscheinlich Sinn macht, verfügbares Wissen (und da gibt es eine ganze Menge) für diese meist intellektuell und emotional herausfordernden Situationen viel mehr zu nutzen oder dazu im Bedarfsfall einen schnellen Zugang zu haben [5]. So geht es hier um eine sinnvolle Bildungssystematik, denn mit Recht sagen viele Kolleginnen und Kollegen, dass sie erst durch ihre Praxiserfahrung über ausreichende Kompetenzen in diesem Bereich verfügen. Die Häufigkeit der Konfrontation mit der Diagnose «schwerkrank» oder «sterbend» in der Praxis wird auf jeden Fall zunehmen.
Einer selbstverständlichen Integration in das Studium sollte kaum etwas im Wege stehen – hier stellt sich nur die Frage, wer die Inhalte zu welchem Zeitpunkt im Studium unterrichtet und prüft, ob das Erlernte tiefere Schichten des Bewusstseins erreicht. Andere Länder können hier leicht als Modell genommen werden. Für die Allge-

meine und Innere Medizin sollten die Kompetenzen der Palliative Care intensiv in die Weiterbildung integriert werden – allerdings auch mit der Selbstrelativierung der «Palliativler», dass nicht der gesamte gesunde Menschenverstand Eingang in den Lernzielkatalog finden muss. Für andere Fachdisziplinen können vorgefertigte und pilotierte Palliativmodule eine notwendige Ergänzung zur Erlangung einer grösseren Behandlungs- und Betreuungssicherheit darstellen. Besonders gefordert sind Disziplinen, die häufig an der Schwelle von Machbarem und Sinnvollem handeln müssen: onkologische Disziplinen, Intensivmedizin, Geriatrie, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie, aber auch die meisten chirurgischen Fächer.

Es gibt sie heute: attraktive und praxisbezogene Lern- und Lehreinheiten, die zu verschiedenen Zeitpunkten in der Aus-, Weiter- und Fortbildung je nach Exposition zum Thema Lebensende fit machen und Sicherheit bringen. Wir wissen, was die zentrale Kompetenz eigentlich ist: *sitze hin und höre*. Doch daneben gibt es noch einige wichtige Tipps und Tricks der Palliative Care, die es wert sind, sie zu hören und anzuwenden.

Die nationale Strategie birgt die Chance, dass den vielen leisen, aber aufwendigen Unterstützungen der Betroffenen und ihrer Angehörigen, oft rund um die Uhr, (wieder) ein grösserer Wert beigemessen wird.

Netzwerke

Für den Fall, dass diese Massnahmen vereint mit den Kompetenzen von Fachleuten anderer Berufe (Pflege, Sozialarbeit, Psychologie, Seelsorge usw.) keine Verbesserung des Leidens bringen, braucht es regional Schlüsselpersonen bzw. Kolleginnen und Kollegen mit spezialisiertem Wissen, die man einfach erreichen kann und die das Betreuungsnetz vor Ort hilfreich (und diplomatisch) ergänzen. Heute freuen sich viele von uns über einen guten Rat eines Infektiologen – vielleicht wird dasselbe wahr für die Palliativmediziner. Für die Weiterentwicklung des Bereichs (Forschung, Ausbildung) machen solche Kompetenzträgerinnen und -träger ebenfalls Sinn, wie sehr viele gute Erfahrungen aus dem Ausland zeigen.

So liegt seitens der schweizerischen Palliativgesellschaft «palliative ch» [6] eine grosse Hoffnung für eine sinn- und massvolle Umsetzung der Palliativstrategie in der pragmatischen Bildung von Betreuungsnetzen: orchestriert durch die Grundversorgenden (und da gehören die ärztlichen und pflegerischen Fachpersonen zusammen) und ergänzt im Bedarfsfall (mit niedriger Kontaktschwelle) durch weitere Fachleute – aber auch durch Familienmitglieder, Freunde und Freiwillige, jedoch unter Vermeidung eines «betreuenden Overkills».

Die nationale Strategie sollte zu solchen Netzwerken positiv beitragen können und birgt die Chance, dass den vielen leisen, aber aufwendigen Unterstützungen der Betroffenen und ihrer Angehörigen, oft rund um die Uhr, (wieder) ein grösserer Wert beigemessen wird und dass sich die betroffenen Menschen in ihrem privaten Umfeld ebenso sicher fühlen wie in einer Institution. Damit es bei der Umsetzung der Strategie zu sehr viel Synergie und wenig Antipathie kommt, braucht es nun eine enge Kooperation zwischen den vielen Beteiligten. Das ist ein viel strapaziertes Wort, doch die Palliativgesellschaft hat sich dieses Credo auf die Fahne geschrieben, und wir werden den Dialog insbesondere auch mit der Ärzteschaft intensiv suchen. Es braucht wahrscheinlich viele Diskussionen, aber auch ein klares Ziel: Hier soll etwas entstehen, was auch mir bei meinem eigenen Lebensende hilft, meine Sorgen und Ängste zu mindern und meine Wünsche soweit wie möglich zu leben. Denn wir sind sie nun mal, wenn auch an verschiedenen Punkten der Gauss-Kurve: die Generation der Babyboomer, die deutlich die zweite Lebenshälfte bevölkert.

Literatur

1 Nationale Strategie Palliative Care 2010–2012. www.bag.admin.ch/themen/medizin/06082/index.html?lang=de.
2 Kocher G. Gesundheitsausgaben: Schweiz auf dem zweiten und dritten Rang. Schweizerische Ärztezeitung. 2006;87(13):555–7.
3 Gold Standards Framework. www.goldstandardsframework.nhs.uk/index.php.
4 Johnston G, Davison D, Reilly Ph. Educational needs in Palliative Care. Eur J Gen Pract. 2001;7:99–103.
5 Riesen E. Begleitung von Schwerkranken und Sterbenden. PrimaryCare. 2009;9 (17):319.
6 Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung «palliative ch»: www.palliative.ch.

Korrespondenz:
Dr. med. Steffen Eychmüller
Facharzt für Innere Medizin FMH
Past-Co-Präsident palliative ch
Palliativzentrum
Kantonsspital St. Gallen
9007 St. Gallen
steffen.eychmueller@kssg.ch

Dr. med. Roland Kunz
Facharzt für Allgemeinmedizin, Schwerpunkt Geriatrie
Co-Präsident palliative ch
Spital Affoltern
8910 Affoltern a. Albis
roland.kunz@spitalaffoltern.ch