

Das interprofessionelle Team in der Palliative Care

*Die Grundlage einer bedürfnisorientierten
Betreuung und Behandlung am Lebensende*



Inhalt

1	Einleitung	5
1.1	Zweck dieser Broschüre: Sensibilisierung von Fachpersonen	5
1.2	Definitionen	6
1.3	Einbettung	7
1.4	Kernelemente der interprofessionellen Zusammenarbeit	7
	Die Bedürfnisse der Patientinnen, Patienten und ihrer Angehörigen stehen im Zentrum	7
	Geklärte Rollen und Verantwortlichkeiten	8
	Gute Koordination	8
	Gegenseitiger Informationsaustausch	8
	Vorausschauende Planung und nahtlose Übergänge	8
1.5	Voraussetzungen für die interprofessionelle Zusammenarbeit	9
	Persönliche Bereitschaft	9
	Interprofessionelle Aus- und Weiterbildung	9
	Institutionelle und organisatorische Rahmenbedingungen	10
	Finanzierung	10
1.6	Grenzen der interprofessionellen Zusammenarbeit	10
2	Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Praxis: Patientenbeispiele	11
2.1	Patientenpfad: zu Hause	13
2.2	Patientenpfad: im Pflegeheim	19
2.3	Patientenpfad: im Spital	25
3	Berufsgruppen in der Palliative Care	30
3.1	Ärztinnen und Ärzte	30
3.2	Fachpersonen der Pflege	31
3.3	Fachpersonen der Psychologie, Psychiatrie und Psychoonkologie	32
3.4	Fachpersonen der Sozialen Arbeit	33
3.5	Seelsorgerinnen und Seelsorger	34
3.6	Fachpersonen der Pharmazie	35
3.7	Physiotherapeutinnen und -therapeuten	36
3.8	Ergotherapeutinnen und -therapeuten	37
3.9	Ernährungsberaterinnen und -berater	38
3.10	Musik- und Kunsttherapeutinnen und -therapeuten	40
4	Betreuende und pflegende Angehörige	41
5	Freiwillige	42
6	Fazit	43
7	Literaturverzeichnis	44

1 Einleitung

Palliative Care umfasst die Behandlung und Begleitung von unheilbar kranken und sterbenden Menschen und ihren Angehörigen in der letzten Lebensphase. Zu den Grundprinzipien von Palliative Care gehört, dass körperliche Beschwerden, wie zum Beispiel Schmerzen oder Atemnot, umfassend behandelt und gelindert werden. Zudem werden auch Bedürfnisse auf der psychischen, sozialen und spirituellen Ebene berücksichtigt. Das können Ängste sein, Sinnkrisen, depressive Symptome, aber auch versicherungsrechtliche Fragen oder familiäre Probleme. Für die einbezogenen Fachpersonen ergibt sich daraus ein breites Spektrum an Tätigkeiten: von der Symptombehandlung über die Unterstützung bei der Entscheidungsfindung bis zur Planung und Umsetzung eines Netzwerkes für zu Hause oder für die Pflege in einer Institution inklusive Notfallplanung. Auch die Unterstützung der Angehörigen gehört dazu.

Damit diese vielseitigen Aufgaben erfüllt werden können, braucht es verschiedene Kompetenzen, die eine Berufsgruppe allein nicht abdecken kann. Deshalb ist die Zusammenarbeit von verschiedenen Berufsgruppen ein tragendes Element der Palliative Care. Jede Fachperson steuert mit ihrer Expertise ein Puzzleteil bei. Angehörige, Freiwillige sowie gemeindenaher Initiativen sind zudem entscheidende Ressourcen für eine gelingende Begleitung unheilbar kranker Menschen, insbesondere im häuslichen Umfeld. Erst in der interprofessionellen Zusammenarbeit und zusammen mit Angehörigen und Freiwilligen entsteht das Gesamtbild: ein stabiles und tragfähiges Betreuungsnetzwerk aus Fachpersonen und Laien.

Die Vorteile für die Patientinnen und Patienten liegen auf der Hand: Ihre Bedürfnisse werden in allen Facetten erfasst und sie erhalten eine umfassende medizinische Behandlung, Pflege und Betreuung. Wenn Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten von verschiedenen Seiten eingebracht werden, kann die Behandlung individueller und adäquater ausgerichtet werden. Die Patientenzufriedenheit und die Patientensicherheit steigen. Das breite Spektrum an medizinischen und pflegerischen Möglichkeiten, der Einsatz von Physio- und Psychotherapie, die seelsorgerliche und soziale Begleitung sowie der Einbezug weiterer Fachpersonen ermöglichen es, die vielfältigen Symptome von Patientinnen und Patienten zufriedenstellend zu behandeln und zu lindern.¹ Aber auch für die Fachpersonen hat die interprofessionelle Zusammenarbeit Vorteile. Belastungen oder schwierige Entscheidungen können gemeinsam getragen werden, die Teammitglieder können voneinander lernen und profitieren.²

1.1 Zweck dieser Broschüre: Sensibilisierung von Fachpersonen

Damit die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Fachpersonen zustande kommt, braucht es das Wissen darüber, was die anderen Berufsgruppen dazu beitragen können, um die Lebensqualität der betroffenen Person und ihrer Angehörigen in einer palliativen Situation zu verbessern. Ziel dieser Broschüre ist es deshalb, Fachpersonen verschiedener Berufsgruppen für die interprofessionelle Zusammenarbeit in der Palliative Care zu sensibilisieren. Anhand von Patientenbeispielen wird praxisnah illustriert, wie die Zusammenarbeit des Betreuungsnetzwerks in einer palliativen Situation funktionieren kann und welche Herausforderungen speziell zu beachten sind. Die Inhalte wurden von einer Arbeitsgruppe aus Fachpersonen erarbeitet. In kurzen Porträts wird die Rolle der einzelnen Berufsgruppen, der Angehörigen und Freiwilligen in der Palliative Care aufgezeigt. Dabei wird der Schwerpunkt auf die Aufgaben von Fachpersonen der allgemeinen Palliative Care gelegt, wobei auch der Beizug von spezialisierten Teams eine wichtige Rolle spielt. Die Broschüre bildet nicht die Realität in der Praxis ab, sondern soll als Leitbild für die interprofessionelle Zusammenarbeit dienen. Sie richtet sich an alle Fachpersonen aus Gesundheits- und Sozialberufen, welche in ihrem Berufsalltag Patientinnen und Patienten in palliativen Situationen betreuen. Die Broschüre wurde einem breiten Kreis von Fachpersonen zur Vernehmlassung vorgelegt.

- 1 Starck M. (2012). Multiprofessionelle Kooperation ist die Basis der Palliativmedizin, S. 59–61
- 2 Crawford G. und Price S.D. (2003). Team working: Palliative Care as a model of interdisciplinary practice, S.32–34

1.2 Definitionen

Das interprofessionelle Team in der Palliative Care

Das interprofessionelle Team in der Palliative Care kann aus Personen universitärer und nicht universitärer Gesundheits- und Sozialberufe bestehen (Medizin, Pflege, Soziale Arbeit, Psychologie, Seelsorge, Physiotherapie, Ergotherapie, Ernährungsberatung, Pharmazie, Kunsttherapie, Komplementärmedizin u.a.). Auch Freiwillige können unter Berücksichtigung ihrer Kompetenzen und Aufgaben Teil des interprofessionellen Teams und der palliativen Versorgung sein. Die interprofessionelle Zusammenarbeit kann innerhalb einer Institution, aber auch zwischen stationären und ambulanten Leistungserbringern stattfinden. Sowohl die Fachpersonen des interprofessionellen Teams, das Assistenzpersonal als auch die Freiwilligen bedürfen einer auf ihren Einsatz in der Palliative Care ausgerichteten Aus- und/oder (betrieblichen) Weiter- bzw. Fortbildung.³ Aus welchen Fachpersonen das interprofessionelle Team zusammengesetzt ist, leitet sich aus den individuellen Bedürfnissen und der Situation der betroffenen Personen ab. Insbesondere im häuslichen Betreuungssetting beinhaltet dies, dass sich verschiedene Fachpersonen spezifisch für jede Patientin, jeden Patienten und deren individuellen Bedürfnissen entsprechend immer wieder neu zu einem interprofessionellen Team zusammensetzen.

In komplexen Situationen besteht die Möglichkeit, Fachpersonen mit spezialisiertem Wissen in Palliative Care beizuziehen. Mobile Palliative Care Dienste (MPCD) können Fachpersonen im ambulanten Bereich und in Alters- und Pflegeheimen unterstützen. Ein Palliativ-Konsiliardienst kann zur Beratung von Behandlungsteams auf Spitalabteilungen beigezogen werden. Die Palliative-Care-Teams auf Palliativstationen, in Palliativkliniken und der spezialisierten Palliative Care in der stationären Langzeitpflege betreuen Patientinnen und Patienten in besonders komplexen Palliativsituationen.^{4,5}

Interprofessionelle Zusammenarbeit

Von interprofessioneller Zusammenarbeit im Gesundheitswesen (Interprofessional Collaboration, IPC) spricht man gemäss Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO), wenn mehrere Fachpersonen mit unterschiedlichem beruflichem Hintergrund untereinander wie auch mit den Patientinnen und Patienten, deren Angehörigen, Betreuenden sowie dem lokalen Netzwerk zusammenarbeiten, um die bestmögliche Versorgungsqualität zu erreichen.⁶ Sie grenzt sich damit ab von einer «multiprofessionellen» oder «multidisziplinären» Zusammenarbeit, die ein Nebeneinander verschiedener Berufsgruppen bezeichnet, jedoch nicht notwendigerweise deren Austausch: «Ein multiprofessionelles Team garantiert noch keine interprofessionelle Zusammenarbeit».⁷ Ein weiterer Begriff in diesem Zusammenhang ist die «Interdisziplinarität». Dieser wird oft gebraucht, um die Zusammenarbeit innerhalb der verschiedenen Spezialitäten einer Berufsgruppe zu beschreiben. In dieser Broschüre wird deshalb der Begriff «Interprofessionalität» verwendet. In dieser Zusammenarbeit sind Interaktion und eine gemeinsame Zielerreichung erwünscht und werden angestrebt.⁸

Angehörige

Mit «Angehörigen» werden in dieser Broschüre Personen bezeichnet, zu denen die Patientin, der Patient eine emotionale Beziehung pflegt und ein enges Vertrauensverhältnis hat. Dazu zählen Ehe- und Lebenspartner/-partnerinnen, Eltern, Kinder oder Geschwister, wie auch Freunde aus dem Lebensumfeld. Im Vordergrund steht die emotionale Qualität, die die Patientin, der Patient der Beziehung zuschreibt und nicht die juristische Relevanz. Die Betreuung und Pflege durch Angehörige zählt zur informellen Hilfe.⁹

3 Bundesamt für Gesundheit BAG und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK (2010). Nationale Leitlinien Palliative Care, 6. Leitlinie «Erbringer der Palliative Care»

4 Bundesamt für Gesundheit BAG, palliative.ch und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK (2014). Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz

5 Eychemüller S. (2015). Interprofessionalität und Netzwerke, S.103

6 World Health Organization WHO (2010). Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. Geneva, S. 13, http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf?ua=1

7 Kunz R. (2014). Interdisziplinäre Betreuung und Integrierte Versorgung, S. 113

8 Hess B. (2008). Interprofessionalität in der Palliative Care, S. 10

9 Definition «informelle Hilfe» gemäss Bundesamt für Statistik BFS. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/20/06/blank/key/05/03.html>, Zugriff am 3. Juli 2015

Freiwillige

Als «Freiwillige» sind in dieser Broschüre Personen gemeint, die unentgeltlich in einem institutionalisierten, formellen Kontext arbeiten. Ein formeller Rahmen garantiert, dass Freiwillige ihre Arbeit innerhalb der Gesundheits- und Sozialstrukturen abgestimmt mit Professionellen, Betroffenen und Angehörigen erbringen können. Zu unterscheiden ist diese formelle Freiwilligenarbeit von informellen unbezahlten Tätigkeiten wie Nachbarschaftshilfe, Kinderbetreuung, Dienstleistungen oder Pflege und Betreuung von Verwandten und Bekannten, die nicht im selben Haushalt leben.¹⁰

1.3 Einbettung

Die Broschüre wurde im Rahmen der «Nationalen Strategie Palliative Care 2013–2015» von Bund und Kantonen erarbeitet. Sie basiert auf dem «Rahmenkonzept Palliative Care Schweiz», der definitorischen Grundlage für die Umsetzung der Strategie.¹¹ Die interprofessionelle Zusammenarbeit betrifft die beiden Ebenen allgemeine Palliative Care und spezialisierte Palliative Care, sowie die drei Bereiche «Leistungen», «Versorgungsstrukturen» sowie «Kompetenzen/Wissen»: Ausgehend von den multidimensionalen Bedürfnissen der Zielgruppen sollten sowohl das Angebot an Palliative-Care-Leistungen, wie auch die Versorgungsstrukturen interprofessionell ausgestaltet sein. Im Bereich Kompetenzen ist eine wichtige Voraussetzung, dass jede Profession über berufsspezifische, stufengerechte Palliative-Care-Kompetenzen verfügt. Das gilt auch für die Freiwilligen. Zusätzlich sind aber auch Kompetenzen im Bereich der interprofessionellen Zusammenarbeit und das Wissen über die Kompetenzen der anderen Berufsgruppen und der Freiwilligen eine zentrale Grundlage.

Die Strategie Palliative Care ist in der gesundheitspolitischen Gesamtschau «Gesundheit2020» des Bundesrates verortet. Im Zentrum dieser gesundheitspolitischen Prioritäten stehen die Menschen und ihr Wohlbefinden. Das Gesundheitssystem soll um sie und ihre Bedürfnisse herum weiterentwickelt werden. Das erste Ziel in dieser Agenda ist es, zeitgemässe Versorgungsangebote zu fördern. Um die Qualität der Versorgung zu erhöhen und unnötige Kosten zu vermeiden, soll die koordinierte Versorgung von der Früherkennung bis zur Palliative Care verbessert werden. Die Strategie Palliative Care und insbesondere diese Broschüre tragen dazu bei, dieses Ziel zu erreichen.

1.4 Kernelemente der interprofessionellen Zusammenarbeit

Im Folgenden werden Kernelemente aufgeführt, die für die interprofessionelle Zusammenarbeit in der Palliative Care zentral sind. Eine gute palliative Behandlung und Betreuung im Team kann nur zustande kommen, wenn diese fünf Aspekte berücksichtigt werden.

Die Bedürfnisse der Patientinnen, Patienten und ihrer Angehörigen stehen im Zentrum

Die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen stehen im Zentrum der palliativen Behandlung und Betreuung. Die Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW) hat 2014 die Charta «Zusammenarbeit der Fachleute im Gesundheitswesen» veröffentlicht.¹² Darin werden verschiedene «Kernelemente und Verpflichtungen» aufgeführt, die auch für die Zusammenarbeit in der Palliative Care gelten. Die Charta empfiehlt, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit «Patientinnen und Patienten als Partner» einbindet. Dabei spielen auch die persönlichen Ressourcen der Betroffenen eine wichtige Rolle und werden von den Fachpersonen in die Behand-

¹⁰ Bundesamt für Statistik (2008). Freiwilligenarbeit in der Schweiz. Neuchâtel

¹¹ BAG, GDK und palliative.ch (2014). Rahmenkonzept Palliative Care Schweiz

¹² Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften SAMW (2014). Charta – Zusammenarbeit der Fachleute im Gesundheitswesen

lung und Betreuung entsprechend integriert. Zudem soll sich die Übernahme von Aufgaben im Versorgungsprozess «am Bedarf der Patientinnen, Patienten und ihrer Angehörigen und an den benötigten fachlichen Kompetenzen» orientieren. Für die Angehörigen ist die Betreuung und Begleitung eines kranken Menschen am Lebensende eine in vielerlei Hinsicht belastende Situation. Sie sind Betreuende und emotional Betroffene zugleich. Es ist deshalb wichtig, dass sie entsprechende Unterstützung erhalten und in Entscheidungen mit einbezogen werden.

Geklärte Rollen und Verantwortlichkeiten

Die Charta der SAMW nennt als weiteres Kernelement der interprofessionellen Zusammenarbeit: «Die Gesundheitsberufe klären für konkrete Arbeitssituationen in einem gemeinsamen Prozess ihre Kompetenzen und Verantwortlichkeiten und halten diese fest. Bei überlappenden Kompetenzen sind die Verantwortlichkeiten explizit zu bezeichnen.» Dieser Grundsatz ist bei der Betreuung und Behandlung von Menschen in palliativen Situationen besonders wichtig. Denn es gibt einige Kompetenzen, die bei verschiedenen Berufsgruppen vorhanden sind, wie zum Beispiel die psychosoziale Begleitung oder die Betreuung und Unterstützung der Angehörigen. Die Rollen und Verantwortlichkeiten müssen für jede Patientin und jeden Patienten individuell ausgehandelt werden – je nach ihren oder seinen Bedürfnissen. Bestehende Beziehungen und vorhandene Strukturen sollten unbedingt berücksichtigt werden.

Gute Koordination

Frühzeitig sollte im interprofessionellen Team festgelegt werden, wer die Koordination der beteiligten Fachpersonen und Freiwilligen übernimmt. Die Koordinationsleistungen beinhalten, dass die verschiedenen Tätigkeiten aufeinander abgestimmt werden und der Informationsfluss zwischen den involvierten Fachpersonen gewährleistet ist. So können nahtlose Übergänge an den wichtigen Schnittstellen sichergestellt und Doppelspurigkeiten vermieden werden. Gemeinsam werden die therapeutischen Ziele festgelegt und die Bedürfnisse der Patientin, des Patienten und der Angehörigen ins Zentrum gestellt. Gute Koordination und vorausschauende Planung stellen die Kontinuität der Betreuung sicher und vermitteln dem kranken Menschen und seinen Angehörigen Sicherheit. Oftmals übernehmen Hausärztinnen und Hausärzte oder Fachpersonen der Spitex-Organisationen diese Aufgabe. Aber auch Fachpersonen anderer Berufsgruppen können das Betreuungsnetz koordinieren.

Gegenseitiger Informationsaustausch

Eine wichtige Voraussetzung für interprofessionelle Zusammenarbeit ist, dass der gegenseitige, kontinuierliche Informationsaustausch sichergestellt wird. Das gilt bei der Zusammenarbeit vor Ort (z.B. im Spital oder zu Hause), als auch bei den Übergängen (z.B. beim Eintritt ins oder Austritt vom Spital, beim Eintritt in ein Pflegeheim). Dafür bieten sich verschiedene Instrumente an, zum Beispiel Rundtisch-Gespräche mit allen an der Betreuung beteiligten Personen oder ein gemeinsamer Betreuungsplan.^{13,14} Der Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien (e-Health) stellt den gegenseitigen, kontinuierlichen Informationsaustausch sicher.

Vorausschauende Planung und nahtlose Übergänge

Mit einer vorausschauenden Planung der Betreuung von Menschen in palliativen Situationen können unter Umständen Rehospitalisationen und Notfallbehandlungen vermieden werden. Solche Übergänge und Interventionen sind sowohl für die Patientin, den Patienten wie auch für das Betreuungs-

¹³ Palliative Solothurn 2015. <http://www.palliative-so.ch/betreuungsplan.html>

¹⁴ Cina C. (2012). Solothurn - Erster Kanton mit einheitlichem Betreuungsplan für Schwerkranken, S. 1123–24

netzwerk schwierig und belastend. Es ist deshalb wichtig, dass das interprofessionelle Team die Betreuung und Behandlung frühzeitig plant und organisiert. Dazu gehören die proaktive Unterstützung der Angehörigen, die Vorbesprechung möglicher Komplikationen, die Erstellung eines Notfallplans oder die Bereitstellung von Notfallmedikamenten vor Ort.¹⁵

Ein Schlüsselement der interprofessionellen Arbeit bildet die Formulierung einer gemeinsamen Sichtweise und eines gemeinsamen Verständnisses für die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten. Dies kann in einer schwierigen Situation zu einer guten Entscheidungsfindung beitragen.¹⁶

Eine wichtige Informationsquelle dafür ist die Patientenverfügung oder der Vorsorgeauftrag. Eine urteilsfähige Person kann darin festlegen, welchen medizinischen Massnahmen sie im Fall ihrer Urteilsunfähigkeit zustimmt und welche sie ablehnt. Ausserdem kann eine Person bestimmt werden, die im Fall der eigenen Urteilsunfähigkeit dem mutmasslichen Willen entsprechend über die medizinischen Massnahmen entscheiden soll. Die Patientin, der Patient sollte früh im Krankheitsprozess auf diese Möglichkeiten hingewiesen werden.

1.5 Voraussetzungen für die interprofessionelle Zusammenarbeit

Damit interprofessionelle Zusammenarbeit funktioniert, sind gewisse Voraussetzungen notwendig. Dazu gehört an erster Stelle die persönliche Bereitschaft zur Kooperation und zum Austausch mit den anderen Fachpersonen. Zudem sollte eine Fachperson wissen, über welche Kompetenzen Fachpersonen anderer Berufsgruppen verfügen, und den Nutzen interprofessioneller Zusammenarbeit erkennen. Dieser kann in der Aus- und Weiterbildung mittels interprofessioneller Module vermittelt oder auch am Arbeitsort durch entsprechender Angebote und Arbeitskultur erreicht werden. Institutionelle und organisatorische Rahmenbedingungen können die Zusammenarbeit fördern.

Persönliche Bereitschaft

Eine interprofessionelle Zusammenarbeit kann nur entstehen, wenn sich jede einzelne Fachperson als «Teampayer» sieht. Es braucht die persönliche Bereitschaft, das Ausmass und die Grenzen der eigenen Kompetenzen zu akzeptieren und die Kompetenzen anderer Berufsgruppen anzuerkennen.

Interprofessionelle Aus- und Weiterbildung

Interprofessionelle Zusammenarbeit muss gelernt sein – am besten durch interprofessionelle Aus- und Weiterbildung. Unter interprofessioneller Ausbildung wird verstanden, dass zwei oder mehr Berufe miteinander, voneinander und übereinander lernen, um die Zusammenarbeit und die Versorgungsqualität zu verbessern.¹⁷ Das gemeinsame Lernen ist nötig, um die Gesundheitsfachpersonen auf die Zusammenarbeit vorzubereiten. Studien zeigen, dass IPE (Interprofessional Education) Studierende und Fachleute dazu befähigen kann, das nötige Wissen und die Kompetenzen zu lernen, um interprofessionell zusammenzuarbeiten. IPE kann dazu beitragen, die tägliche Arbeit aufzuwerten, die Qualität der erbrachten Leistungen zu erhöhen und die Versorgung von Patientinnen und Patienten zu verbessern.^{18,19}

15 Weber A., Obrist M. et al. (2010). Aus Schnittstellen werden Nahtstellen. Planung der Spitalentlassung bei schwerer, unheilbarer Krankheit, S. 1111

16 Plattform «Zukunft ärztliche Bildung» (2013).

Bericht der Themengruppe «Interprofessionalität»

17 CAIPE (2002). <http://www.caipe.org.uk/resources/defining-ipe/>

18 Canadian Interprofessional Health Collaborative CIHC (2008). Knowledge Transfer & Exchange in Interprofessional

Education, S. 7

19 Der Bericht «Interprofessionalität» der Plattform «Zukunft ärztliche Bildung» zeigt auf, wie Kompetenzen und Ausbildungsziele von Berufen, die im Bereich Palliative Care an einer interprofessionellen Zusammenarbeit beteiligt sind, aussehen könnten. Plattform «Zukunft ärztliche Bildung» (2013): Bericht der Themengruppe «Interprofessionalität». Kap. 7.8, «Modell 5: Palliative Care», S. 47

Institutionelle und organisatorische Rahmenbedingungen

Neben der interprofessionellen Ausbildung sind auf institutioneller und organisatorischer Ebene die nötigen Rahmenbedingungen zu schaffen, die eine interprofessionelle Zusammenarbeit ermöglichen und fördern. Die Charta der SAMW nennt zum Beispiel die Entwicklung gemeinsamer, interprofessioneller Leitlinien durch Berufs- und Fachverbände. Diese können auf institutioneller Ebene von den verschiedenen Berufsgruppen mit gemeinsamen, interprofessionellen Standards ergänzt werden. Diese Leitlinien und institutionellen Standards bilden Leitplanken, deren Beachtung gegenseitiges Vertrauen schafft. Zudem sollten die Arbeitsmodelle so ausgerichtet sein, dass sie eine integrierte Betreuung fördern und unterstützen. Gemäss der SAMW-Charta bieten «Gesundheitseinrichtungen mit Zentrumsfunktion, bei denen alle in einen Versorgungsprozess involvierten Berufsgruppen angestellt sind und koordiniert werden, [...] gute Voraussetzungen für ein kompetenzorientiertes Miteinander und dienen als Drehscheibe für die regionale Versorgung; weitere Partner in der Region können durch ein Netzwerk eingebunden werden.»²⁰

Finanzierung

Das Eidgenössische Departement des Innern EDI hat am 20. Dezember 2011 eine Ergänzung von Artikel 7 der Krankenpflege-Leistungsverordnung KLV beschlossen. Zu den Leistungen der OKP zählen nun explizit auch die Koordinationsleistungen der Pflegefachpersonen in komplexen und instabilen Pflegesituationen. Die Leistungen müssen von einer Pflegefachfrau oder einem Pflegefachmann ausgeführt werden, die oder der eine zweijährige praktische Tätigkeit in interdisziplinärer Zusammenarbeit und im Patientenmanagement in Netzwerken nachweisen kann.

Trotz dieser Anpassung sind auch heute noch gewisse Probleme, besonders an der Schnittstelle vom ambulanten Bereich zum Spitalbereich, vorhanden. Beim Übergang von stationären Einrichtungen zum ambulanten Bereich und umgekehrt geschieht oft ein Unterbruch der Behandlungskette. Das ist insbesondere bei fragilen Patientinnen und Patienten am Lebensende mit grossen Einbussen der Lebensqualität verbunden.²¹ Die Verbesserung der koordinierten Versorgung ist deshalb eine wichtige Massnahme der Agenda «Gesundheit2020» des Bundesrates.

Im ambulanten Setting ist die Übernahme von Kosten der Sozialberatung, psychologischen Begleitung, Seelsorge/spirituellen Begleitung von Kanton zu Kanton unterschiedlich geregelt. Manchmal müssen Patientinnen und Patienten einen Teil der Kosten selber tragen.

1.6 Grenzen der interprofessionellen Zusammenarbeit

Die interprofessionelle Zusammenarbeit stellt hohe Ansprüche an die Teamfähigkeit jedes Einzelnen. Wenn unausgesprochene Konflikte im Team vorhanden sind, kann dies die ganze Betreuung negativ beeinflussen. Zudem muss ein grösserer Aufwand für die Koordination und Kommunikation bewältigt werden. Dafür sollten neue Informationstechnologien genutzt werden. Es sollte auch unbedingt vermieden werden, dass Patientinnen und Patienten in einer palliativen Situation mit einer Vielzahl von Therapien oder Bedarfsabklärungen überfordert werden.

²⁰ Vgl. SAMW (2014)

²¹ Bundesamt für Gesundheit BAG und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK (2013). Finanzierung der Palliative-Care-Leistungen der Grundversorgung und der spezialisierten Palliative Care (ambulante Pflege und Langzeitpflege), S. 20

2 Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Praxis: Patientenbeispiele

Die folgenden drei Patientenbeispiele illustrieren die Vielfalt an Behandlungs- und Betreuungsmöglichkeiten durch die verschiedenen Fach- und weiteren Unterstützungspersonen. Sie zeigen auf, wann diese ins Behandlungs- und Betreuungsnetz einbezogen werden, und erläutern den Beitrag, den sie in der Behandlung und Betreuung des Betroffenen und der Angehörigen leisten können. Die Beispiele unterscheiden sich in Bezug auf die Lebenssituation, die Diagnose und das Setting, in welchem die Patientinnen und Patienten behandelt und betreut werden. Die Patientenbeispiele wurden im Rahmen zweier Workshops mit Vertreterinnen und Vertretern der verschiedenen Berufsgruppen unter der Leitung des BAG erarbeitet (vgl. Mitglieder der Arbeitsgruppen S. 48)

Jede Patientin, jeder Patient bringt seine eigene Lebens- und Krankengeschichte mit. Aus diesen individuellen Bedürfnissen und Situationen leitet sich ab, welche Interventionen nötig sind. Viele Tätigkeiten sind klar an eine bestimmte Berufsgruppe gebunden, wie zum Beispiel medizinische und pflegerische Interventionen oder psychologisch-psychotherapeutische Beratungen oder Interventionen. Es gibt aber verschiedene Tätigkeiten, die von unterschiedlichen Fachpersonen durchgeführt werden können. Dazu zählen etwa die Unterstützung der Angehörigen, Trauerbegleitung, Information/Beratung zu Patientenverfügungen, sozialrechtlichen Fragen oder die Organisation und Koordination des Betreuungsnetzwerks. Es gilt deshalb, in der jeweiligen Situation abzuklären, wer diese Tätigkeiten übernimmt oder vielleicht bereits wahrnimmt. Daraus leitet sich schliesslich ab, wie das interprofessionelle Team für die jeweilige betroffene Person zusammengesetzt ist.

Für jedes der folgenden drei Beispiele werden spezifische Herausforderungen aufgegriffen und besprochen. Diese beinhalten die Frage, wie, wann und von wem die palliative Situation des Betroffenen erkannt wird und wer jeweils die Koordination übernehmen und Rundtisch-Gespräche organisieren kann. Exemplarisch werden für jedes Beispiel ein bis zwei Schlüsselsituationen besprochen.

58 J.

FRAU ARNOLD



2.1 Patientenpfad: zu Hause

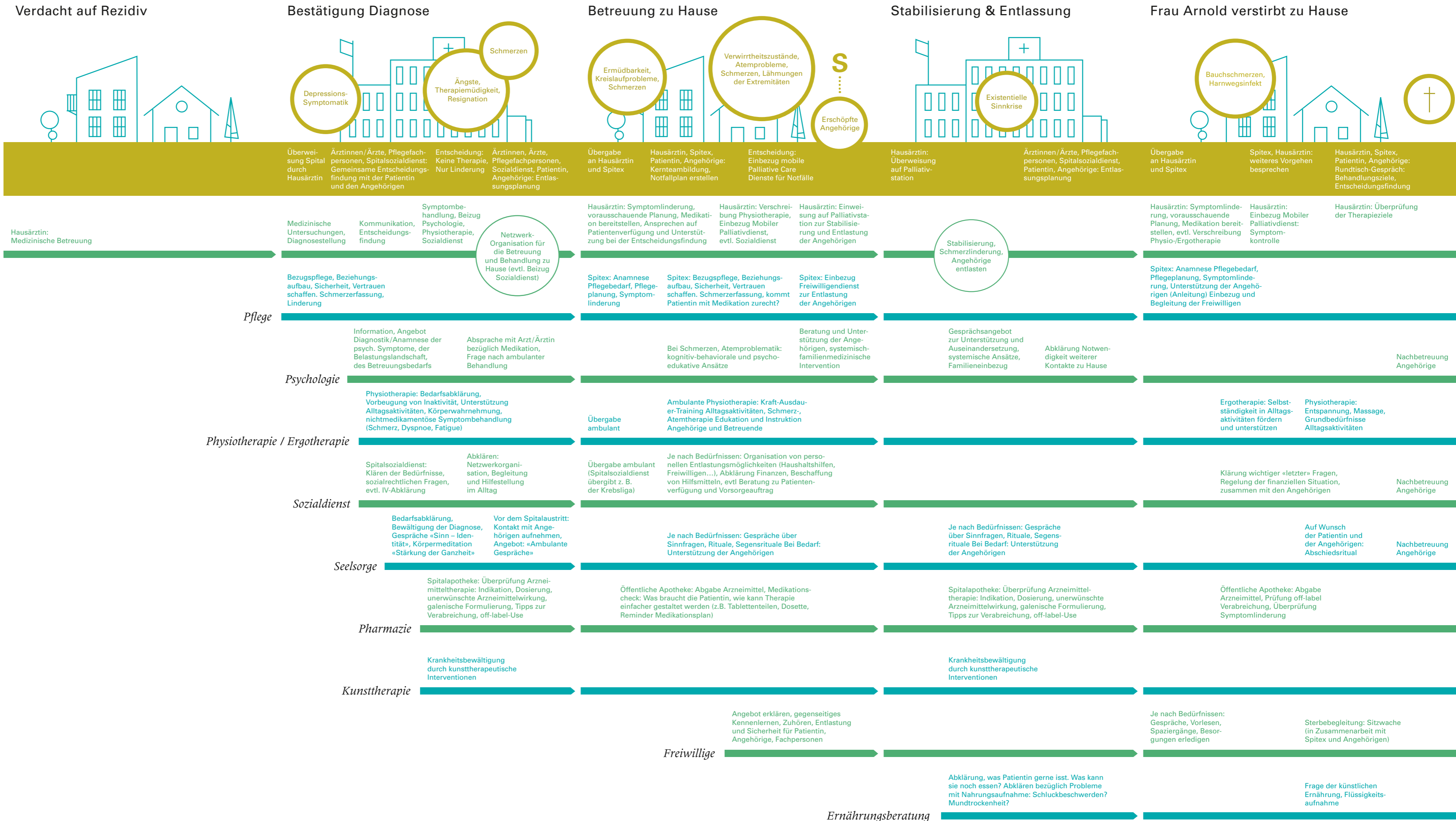
Frau Arnold ist 58 Jahre alt, Sekundarlehrerin, und wohnt seit vier Jahren mit ihrem Lebenspartner in einer gemeinsamen Wohnung. Vor fünf Jahren erkrankte sie an einem Mammakarzinom, welches mit einer Chemotherapie erfolgreich behandelt werden konnte. IV-Abklärungen hatten damals bereits stattgefunden. Ihr Arbeitspensum wurde reduziert und Frau Arnold erhält eine Teilinvalidenrente. Unterstützung im Alltag erhält sie von ihrer Tochter, die in der Nähe wohnt und zwei kleine Kinder hat. Momentan leidet sie wieder vermehrt an gesundheitlichen Beschwerden. Sie klagt über ständige Müdigkeit, Kreislauf- und Atemprobleme bei körperlicher Aktivität und Schmerzen.

Pfad 1
zu Hause

Symptome

Koordinations-
aufgaben

Interprofessionelle
palliative Behandlung
und Betreuung



Wer erkennt die palliative Situation?

Die medizinischen Untersuchungen im Rahmen eines Spitalaufenthaltes bestätigen den Verdacht eines Rezidivs. Die behandelnden Ärzte im Spital stellen fest, dass eine Heilung ausgeschlossen ist. Die Patientin möchte keine invasiven Therapien mehr. Es stellen sich Fragen, was der Patientin in der verbleibenden Lebenszeit wichtig ist und wie die Betreuung und Behandlung organisiert werden sollen. Die Fachpersonen des Spitals haben die palliative Situation ihrer Patientin erkannt. Der Fokus der weiteren Behandlung wird daher auf lindernde Massnahmen zur Verbesserung der Lebensqualität gelegt. Nun gilt es, die Bedürfnisse und Ressourcen von Frau Arnold und des Betreuungsnetzes zu ermitteln. Frau Arnold möchte so bald als möglich wieder nach Hause. Im interprofessionellen Team wird geklärt, ob und wie es möglich ist, dass Frau Arnold die verbleibende Lebenszeit zu Hause verbringen kann.

Wer übernimmt die Koordination?

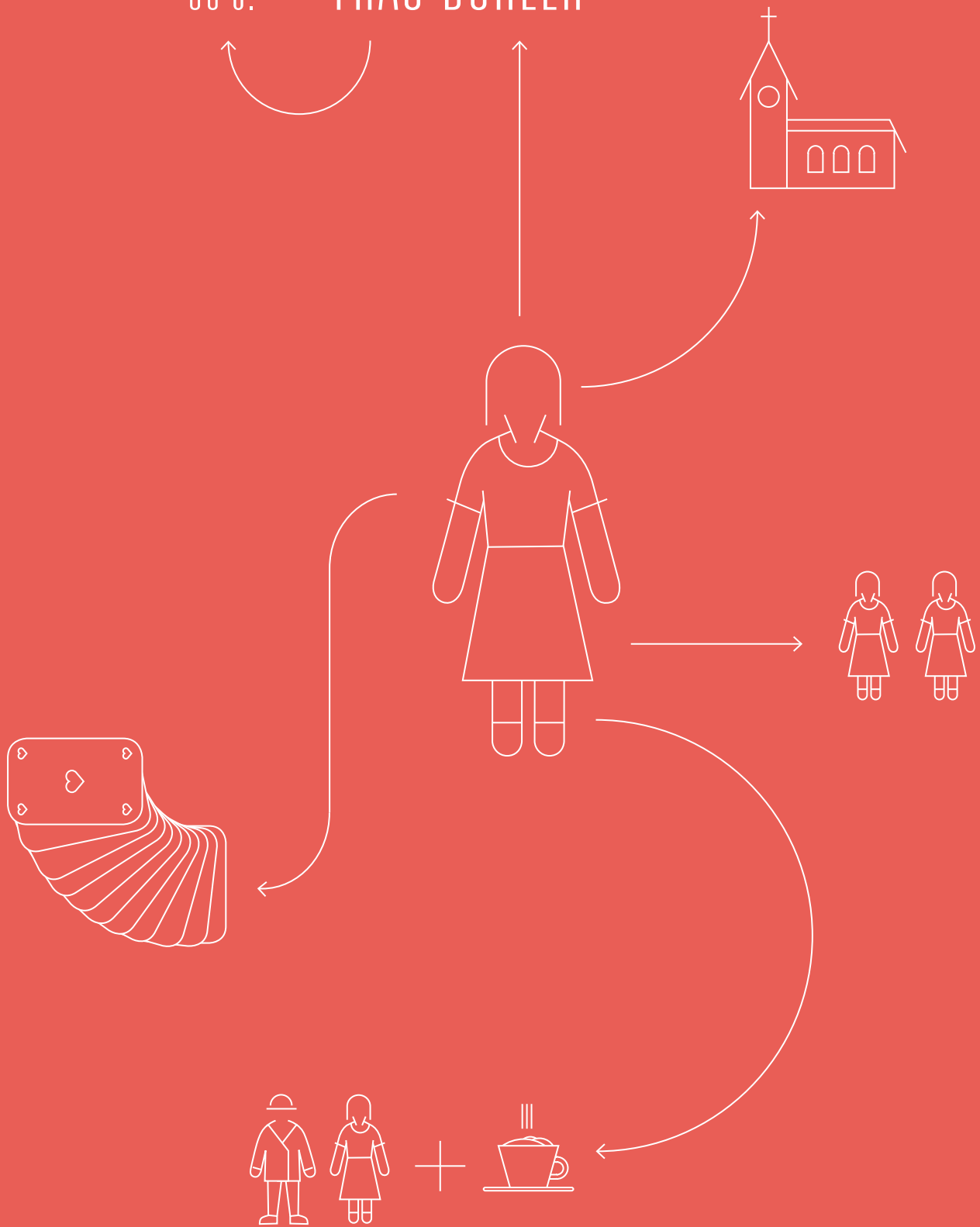
Da sich die Patientin wünscht, ihre verbleibende Lebenszeit zu Hause zu verbringen, könnte folglich die Hausärztin oder eine Pflegefachperson der Spitex die Koordination übernehmen. Da Frau Arnold im Rahmen der ersten IV-Abklärungen bereits Kontakt mit dem Sozialdienst hatte, wäre es auch denkbar, dass die Sozialarbeiterin, der Sozialarbeiter das Behandlungsnetzwerk koordiniert. Die Rundtisch-Gespräche werden in diesem Beispiel überwiegend von der Hausärztin, den Pflegefachpersonen der Spitex oder des mobilen Palliative-Care-Dienstes (MPCD) einberufen. Bei den Gesprächen geht es vor allem darum, die weiteren Betreuungs- und Behandlungsschritte zu diskutieren und zu planen. Das Rundtisch-Gespräch bietet in diesem Beispiel eine gute Möglichkeit, einen Notfallplan zu erstellen, falls sich der gesundheitliche Zustand rapide verschlechtern sollte oder Komplikationen auftreten. Auch der Einbezug weiterer Fachpersonen oder des mobilen Palliative-Care-Dienstes zu den Rundtischgesprächen ist je nach Problemstellung möglich und sinnvoll. Die Tochter und der Lebenspartner von Frau Arnold nehmen regelmässig an den Gesprächen teil. Ihre Bedürfnisse und die Notwendigkeit weiterer Unterstützung sind ebenfalls wichtige zu diskutierende Aspekte der Rundtisch-Gespräche.

Schlüsselsituationen (im Pfad als «S» deklariert)

Eine Schlüsselsituation ist die gesundheitliche Verschlechterung von Frau Arnold vor dem zweiten Spitalaufenthalt. Sie illustriert, wie im Entscheidungsprozess alle wesentlichen Aspekte betrachtet und beurteilt werden und dabei das Wohl der Patientin und ihrer Angehörigen im Zentrum steht. Der kritische Gesundheitszustand könnte entweder mit Hilfe des MPCD oder im Rahmen eines Spitalaufenthaltes stabilisiert werden. Die Entscheidung, die Patientin temporär auf eine Palliativstation einzuweisen, entlastet zu diesem Zeitpunkt die erschöpften Angehörigen und ermöglicht eine sorgfältige weitere Planung. Nachdem sich das Netzwerk der betreuenden Personen gut eingespielt hat, können weitere gesundheitliche Probleme zu Hause mit Unterstützung des MPCD ohne weitere Hospitalisierung stabilisiert und behandelt werden. Mit dem Einbezug des Freiwilligendienstes werden die Angehörigen zusätzlich entlastet.

Falls Frau Arnold in einer Notfallsituation nicht mehr ansprechbar ist, ist es wichtig, ihren mutmasslichen Willen bezüglich Behandlung und Betreuung zu kennen. Das Thema Patientenverfügung könnte hier frühzeitig (eventuell schon bei der ersten Erkrankung) von der Hausärztin, von den Fachpersonen der Pflege oder des Sozialdienstes angesprochen werden.

89 J. FRAU BÜHLER



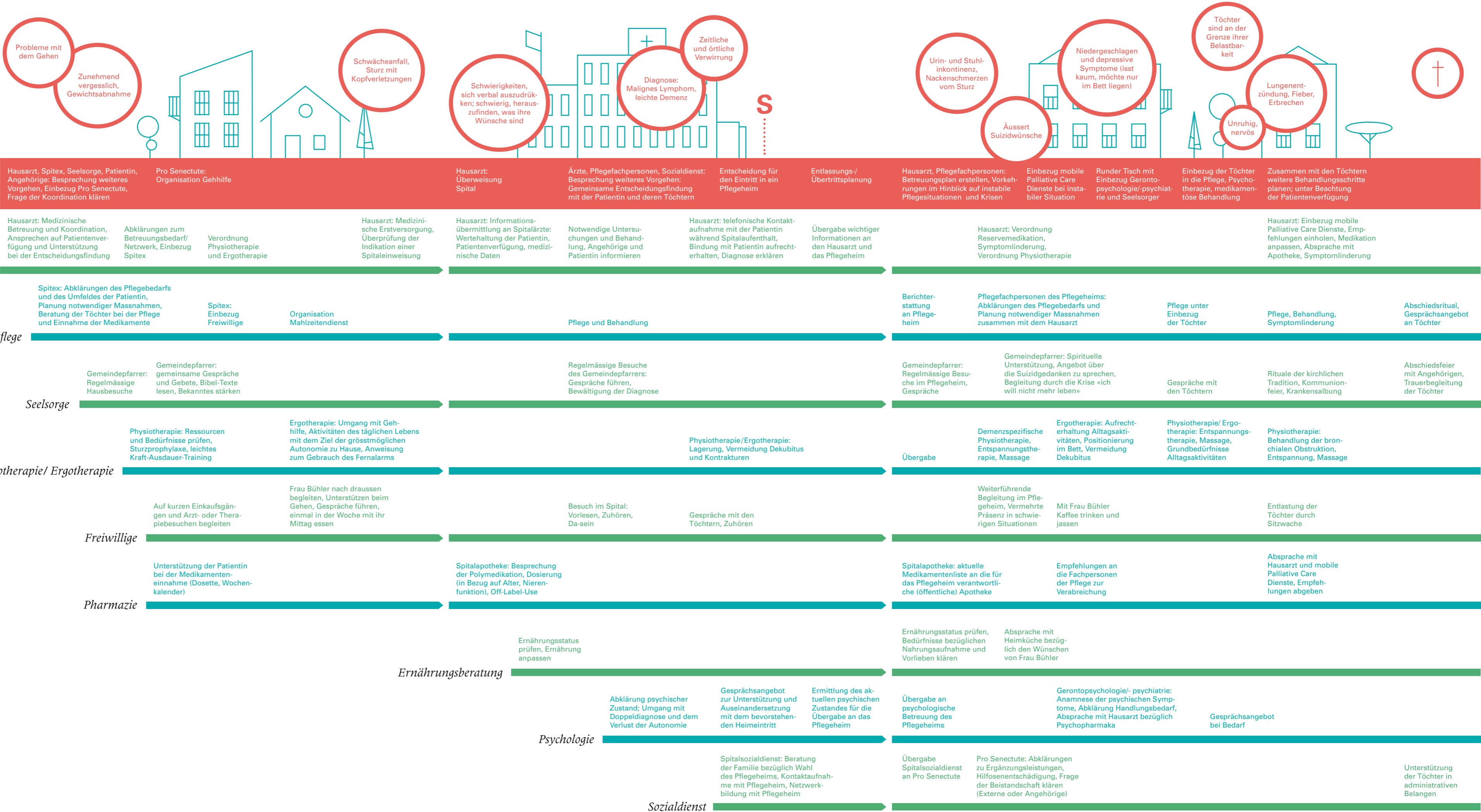
2.2 Patientenpfad: im Pflegeheim

Frau Bühler ist 89 Jahre alt, verwitwet, und lebt alleine in einer Zwei-Zimmer-Alterswohnung. Mit Unterstützung ihrer beiden Töchter führt sie ihren Haushalt selbständig. Sie trifft sich regelmässig mit ihren Nachbarn zum Kaffee und ist in der Kirchgemeinde gut verankert. Sowohl ihre Töchter als auch der Hausarzt bemerken, dass sich der Gesundheitszustand von Frau Bühler zunehmend verschlechtert und sie vergesslich wird. Der Hausarzt behandelt die Patientin seit vielen Jahren. Er kennt ihre Töchter und auch die Lebenssituation. Die gute und langjährige Beziehung zur Familie ermöglicht es ihm, Frau Bühler auf die Verschlechterung ihres gesundheitlichen Zustandes anzusprechen und mit den Fachpersonen der Spitex erste unterstützende Massnahmen einzuleiten.

Betreuung zu Hause, Sturz

Diagnose, Entscheidung für den Eintritt in ein Pflegeheim

Frau Bühler verstirbt im Pflegeheim



Wer erkennt die palliative Situation?

Nach einem Schwächeanfall, der einen Sturz mit Kopfverletzung zur Folge hatte, wird Frau Bühler hospitalisiert. Die Untersuchungen zeigen, dass sie an einem malignen Lymphom erkrankt ist. Zudem wird eine leichte Demenz diagnostiziert. Für den Hausarzt ist offensichtlich, dass nun palliative Bedürfnisse in den Vordergrund treten: Linderung von Symptomen, Entscheidungsfindung zusammen mit den Angehörigen und die Organisation des letzten Lebensabschnittes.

Wer übernimmt die Koordination?

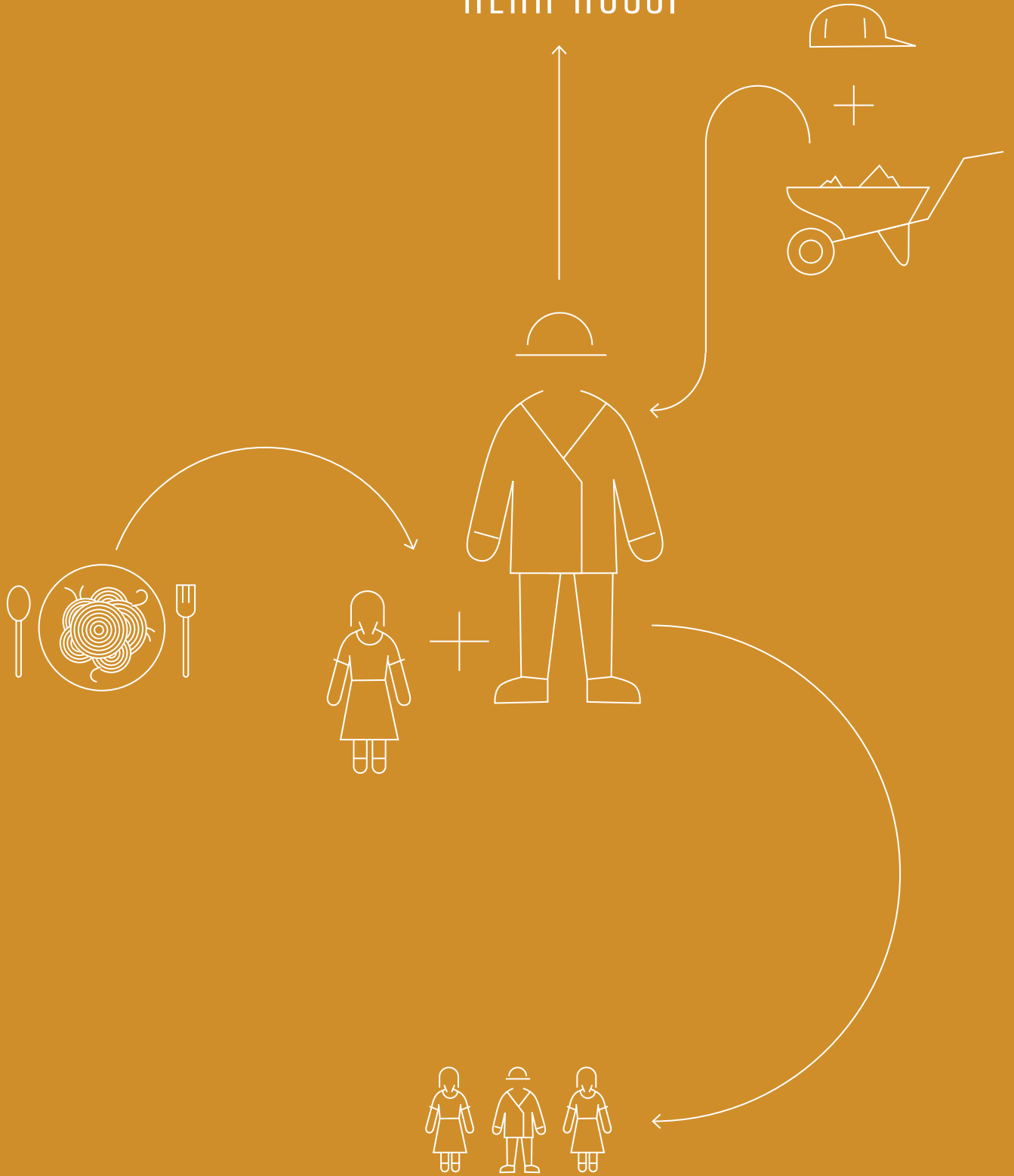
Der Hausarzt kennt das Umfeld und die allgemeine Situation von Frau Bühler sehr gut. Deshalb ist es optimal, dass er im aktuellen Beispiel die Koordination übernehmen kann. Er ist darum besorgt, dem behandelnden Spital und später dem Pflegeheim wichtige Informationen zu übermitteln. Zusammen mit der Patientin und ihrer Familie werden die Entscheidungen für die weitere Betreuung und Begleitung getroffen. Der Hausarzt steht dabei beratend und unterstützend zur Seite. Rundtisch-Gespräche werden mehrheitlich von ihm einberufen. Nach dem Eintritt ins Pflegeheim kann die Koordination mit den Angehörigen und weiteren Fachpersonen an die Pflegefachpersonen vor Ort übergehen, da sie die Patientin durch die tägliche Pflege und Betreuung gut kennengelernt haben.

Schlüsselsituationen (im Pfad als «S» deklariert)*

Eine entscheidende Situation im Beispiel von Frau Bühler ergibt sich während ihres Spitalaufenthaltes. Ihre gesundheitliche Situation macht eine Rückkehr nach Hause mit gleichbleibendem Betreuungsaufwand nicht mehr möglich. Im Rahmen eines Rundtisch-Gespräches besprechen die behandelnden Fachpersonen und der Spitalsozialdienst zusammen mit der Patientin und ihren Töchtern das weitere Vorgehen. Dabei werden verschiedene Möglichkeiten eruiert. Mit den Fachpersonen der Spitex wird abgeklärt, ob die Einsätze noch weiter ausgedehnt werden könnten. Um den Schritt ins Pflegeheim für Frau Bühler weniger abrupt zu vollziehen, könnte zuerst eine Ferienbettsituation ausprobiert werden. Eine Rückkehr nach Hause ist jedoch unter den gegebenen Voraussetzungen nicht mehr möglich. Die Organisation eines Übertritts ins Pflegeheim oder in ein Ferienbett wird vom Spitalsozialdienst organisiert. Im Verlaufe des Pflegeheimaufenthalts werden die Töchter in die Betreuung ihrer Mutter miteinbezogen, um ihr im Rahmen der Möglichkeiten eine familiäre Atmosphäre zu bieten. Die Patientenverfügung hat Frau Bühler schon vor einigen Jahren auf Rat und mit Hilfe ihres Hausarztes erstellt, damit wichtige Entscheidungen getroffen sind, bevor ein Notfall eintritt.

59 J.

HERR ROSSI



2.3 Patientenpfad: im Spital

Herr Rossi ist 59 Jahre alt, Italiener, und lebt mit seiner Frau seit 35 Jahren in der Schweiz. Er hat drei erwachsene Kinder. Herr Rossi musste seine Arbeit als Bauarbeiter vor zwei Jahren aufgrund seiner fortschreitenden Erkrankung aufgeben. Er leidet seit Jahren an einer peripheren arteriellen Verschlusskrankung (pAVK), einer chronisch obstruktiven Lungenkrankheit (COPD), einer Niereninsuffizienz, Arteriosklerose und Diabetes Typ II. Vor einem Jahr erhielt seine Ehefrau eine Krebsdiagnose. Nach einer erfolgreichen Behandlung hat sie sich körperlich etwas erholt. Die Situation, insbesondere auch die finanzielle Lage, ist sehr belastend für das Ehepaar, da der Antrag für eine Invalidenrente immer noch hängig ist.

Symptome

Koordinations-
aufgaben

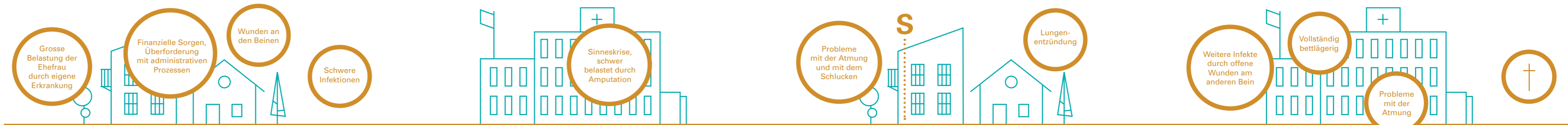
Interprofessionelle
palliative Behandlung
und Betreuung

Betreuung zu Hause, Verschlechterung des Zustands

Spitelaufenthalt und Operation

Betreuung zu Hause, Notfallplan

Herr Rossi verstirbt im Spital



Hausarzt, Spitex, Sozialdienst, Patient, Angehörige: Besprechung weiteres Vorgehen, Wünsche und Bedürfnisse bezüglich der Gestaltung der letzten Lebensphase, Frage der Koordination klären	Klärung der finanziellen Situation; Abklärungen mit der IV treffen	Überweisung Spital durch Hausarzt	Ärztinnen/Ärzte, Pflegendе, Patient, Angehörige: Behandlungsziele festlegen	Ärztinnen/Ärzte, Pflegendе, Sozialdienst, Patient, Angehörige: Entlassungsplanung; Einbezug Spitex und Hausarzt	Übergabe stationär-ambulant	Hausarzt, Spitex, Sozialdienst, Seelsorge, Patient, Angehörige: Notfallplanung im Falle einer erneuten Verschlechterung des Allgemeinzustandes	Herr Rossi möchte bei einer Verschlechterung ins Spital eingewiesen werden	Hausarzt, Spitex, Sozialdienst, Patient, Angehörige: Besprechung weiteres Vorgehen gemäss Notfallplan	Hausarzt: Einweisung ins Spital	Ärztinnen/Ärzte, Pflegendе, Seelsorge, Sozialdienst: Besprechung weiteres Vorgehen mit Patient und Angehörigen	keine Antibiotika mehr, nur Symptomlinderung, keine künstliche Ernährung
---	--	-----------------------------------	---	---	-----------------------------	--	--	---	---------------------------------	--	--

Hausarzt: Einbezug Spitex zur Unterstützung der Pflege zu Hause; Vermeidung Dekompensation	Hausarzt: Mit Patient über den Krankheitsverlauf und Prognose sprechen. Symptomlinderung, Behandlung	Hausarzt: Verordnung ambulante Physiotherapie, Ernährungstherapie	Hausarzt: Informationsübermittlung an Spitalärzte: Werterhaltung des Patienten, Patientenverfügung, medizinische Daten	Notwendige Untersuchungen, Einbezug Spezialisten, Notwendigkeit der Amputation	Operation: Teilamputation des Beines	Kommunikation, Unterstützung bei Entscheidungsfindung, Behandlung, Symptomlinderung	Hausarzt: Verordnung Ernährungsberatung und Physiotherapie, Einbezug Lungenliga	Bedürfnisassessment	Wundbehandlung, Einbezug Wundexpertin, Schmerzbehandlung, Symptomlinderung	Überweisung auf Palliativstation, Symptomlinderung
--	--	---	--	--	--------------------------------------	---	---	---------------------	--	--

Medizin

Spitex: Abklärung des Pflegebedarfs, Beratung bei der Krankenpflege und im Umgang mit den Symptomen	Spitex: Regelmässiger Verbandswechsel, Wundbehandlung, «Wundmanagement», Einbezug Wundexpertin			Behandlung, Pflege		Bericht an Hausarzt		Bericht an Spitex	Spitex: Zusammenarbeit mit Lungenliga, Unterstützung der Atmung durch Inhalator, Anleitung und Beratung von Herr und Frau Rossi			Wundbehandlung, Pflege, Lagerung	atmungsunterstützende Lagerung
---	--	--	--	--------------------	--	---------------------	--	-------------------	---	--	--	----------------------------------	--------------------------------

Pflege

Gemeindesozialdienst: Koordination Betreuungsnetzwerk	Abklärung der finanziellen Situation, IV, evtl. Unterstützung durch pro Infirmis, soziales Netzwerk stärken durch Einbezug eines italienischsprechenden Freiwilligen	Unterstützung beim Ausfüllen der notwendigen Formulare, Ansprechen auf Patientenverfügung, Unterstützen bei der Entscheidungsfindung		Spitalsozialdienst: Klärung der Versorgungssituation nach dem Spitalaufenthalt, Kontaktaufnahme mit Gemeindesozialdienst	Organisation runder Tisch für Entlassungsplanung	Organisation runder Tisch	Suche nach Entlastungsmöglichkeiten für die Ehefrau (z. B. Tagesklinik)	Organisation von Hilfsmitteln (Haltegriffe, Rampen)	Organisation runder Tisch			Spitalsozialdienst: Organisation runder Tisch	Unterstützung der Angehörigen in administrativen und finanziellen Belangen
---	--	--	--	--	--	---------------------------	---	---	---------------------------	--	--	---	--

Sozialdienst

Absprache mit Hausarzt, Medikationscheck, Abklärungen mit Krankenkasse bezüglich Kostenübernahmen	Abgabe und Beratung zur Anwendung der Arzneimittel, Austausch mit Pflegefachpersonen und Hausarzt, Beratung der Angehörigen bezügl. Verabreichung der Medikamente		Spitalapotheke: Absprache mit Spitalärzten und Pflegefachpersonen, Überprüfung Arzneimitteltherapie			Abgabe und Beratung zur Anwendung der Arzneimittel, Austausch mit Pflegefachpersonen und Hausarzt, Beratung der Angehörigen bezügl. Verabreichung der Medikamente	Abgabe Arzneimittel, Medikationscheck, Überprüfung Gebrauch von Inhalatoren, Richten Dosette					Spitalapotheke: Überprüfung Arzneimitteltherapie, Frage der Umstellung zur künstlichen Ernährung	
---	---	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--

Pharmazie

	Ambulante Physiotherapie: DIAFIT (Diabetesprogramm), angepasste Trainingstherapie		Ergotherapie: Rollstuhl einsetzen, Umgang üben, gewisse Selbständigkeit bewahren	Physiotherapie: Bewegungstraining, Krankengymnastik, um den veränderten Körper auf die neue Situation einzustellen		Übergabe stationär-ambulant	Ergotherapie: Rehabilitation bezüglich Aktivitäten des täglichen Lebens, Beratung zur Adaptation der häuslichen Umgebung an die neue Situation, Beratung der pflegenden Personen	Physiotherapie: Atemtherapie, Umgang mit Inhalator, Ausdauertraining (z. B. Handergometer)				Physiotherapie/Ergotherapie: Entspannungstherapien, Massage, Grundaktivitäten des täglichen Lebens erhalten/fördern.	Physiotherapie: Lagerung im Bett, Vermeidung von Dekubitus	Physiotherapie: Atemtherapie, atmungsunterstützende Lagerung
--	---	--	--	--	--	-----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--

Physiotherapie/ Ergotherapie

	Im Rahmen von DIAFIT, Ernährungsberatung bei chronischen Erkrankungen						Ernährung wird den Schluckproblemen entsprechend angepasst						Beratung bezüglich der Frage, ob künstlich ernährt werden soll
--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ernährungsberatung

	Unterstützung von Frau Rossi im Haushalt, mit ihr kochen, Einkäufe erledigen, Begleitung von Herrn Rossi zu Untersuchungen oder Therapien		Besuch im Spital, sich mit Herrn Rossi auf Italienisch unterhalten			Regelmässige Besuche, Spaziergänge	Gespräche mit Frau Rossi, Unterstützung bei der rollstuhlgängigen Wohnungseinrichtung					Regelmässige Besuche: Spaziergänge, Entlastung Frau Rossi	Besuche bei Frau Rossi
--	---	--	--	--	--	------------------------------------	---	--	--	--	--	---	------------------------

Freiwillige

			Spitalpsychologie: Verarbeitung Amputation, «Verlust»	Abklärung Notwendigkeit weiterer Kontakte zu Hause		Übergabe stationär-ambulant	Gespräche mit Herrn und Frau Rossi: Auseinandersetzung mit der schwierigen gesundheitlichen Situation beider Partner, Bedürfnisse ansprechen					Spitalpsychologie: Gesprächsangebot bei Bedarf	Nachbetreuung Angehörige
--	--	--	---	--	--	-----------------------------	--	--	--	--	--	--	--------------------------

Psychologie

	Spitalseelsorge: Spiritual Care, Wahrnehmen von Ressourcen und Problemen	Einbezug «missione cattolica» für Betreuung zu Hause				Übergabe stationär-ambulant	Regelmässige Besuche des italienischen Seelsorgers aus der «missione cattolica»	Gespräche mit Herr und Frau Rossi, Erfragen ihrer Sorgen, Zuhören				Regelmässige Besuche: Gespräche in Herrn Rossis Muttersprache, Umgang mit der schweren Erkrankung, Unterstützung in der Entscheidungsfindung	Religiöse und spirituelle Unterstützung: Rituale, Segnung, Sakramente, Krankensalbung	Nachbetreuung Angehörige
--	--	--	--	--	--	-----------------------------	---	---	--	--	--	--	---	--------------------------

Seelsorge

	Krankheitsbewältigung durch musiktherapeutische Interventionen											Krankheitsbewältigung durch musiktherapeutische Interventionen	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Musiktherapie

Wer erkennt die palliative Situation?

Die Pflegefachpersonen der Spitex betreuen Herrn Rossi und seine Frau schon seit mehreren Monaten. Sie haben früh erkannt, dass bei Herrn Rossi eine palliative Situation vorliegt: Sie bemerken, dass sich der Gesundheitszustand nicht mehr markant verbessern und der Pflegebedarf nicht mehr reduzieren wird. Sein gesundheitlicher Zustand und die allgemeine Problemstellung erweisen sich als sehr komplex und müssen auf verschiedenen Ebenen angegangen werden. Zudem ist das familiäre Umfeld stark belastet. Es werden deshalb frühzeitig palliative Massnahmen in die Behandlung und Betreuung integriert. So findet beispielsweise bereits zu einem frühen Zeitpunkt ein Rundtisch-Gespräch der behandelnden Fachpersonen zusammen mit dem Patienten und seinen Angehörigen statt, um das weitere Vorgehen sowie die Unterstützungsmöglichkeiten zu eruieren und ein Betreuungsnetzwerk aufzubauen. Gerade im Falle von chronisch fortschreitenden Erkrankungen lässt sich ein Wechsel von kurativ zu palliativ nicht abrupt beschreiben. Die Behandlung enthält im Verlauf auch kurative Elemente. Kurative und palliative Elemente kommen somit bei Herrn Rossi über den gesamten Verlauf ergänzend zum Einsatz. Es ist jedoch mit der Zeit eine Verschiebung hin zur Palliation zu beobachten, sodass der Behandlungsschwerpunkt in den letzten Wochen klar auf der Symptomlinderung liegt.

Wer koordiniert?

Bei Herrn Rossi stehen neben den krankheitsbedingten Problemen auch finanzielle und existenzielle Sorgen im Vordergrund. Die Krebserkrankung seiner Frau und seine krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit hatten bereits zu Kontaktaufnahmen und einer Zusammenarbeit mit Fachpersonen des Gemeindesozialdienstes geführt. Koordinationsleistungen werden folglich von einer Sozialarbeiterin, eines Sozialarbeiters erbracht. Die zuständige Fachperson der sozialen Arbeit spricht in diesem Beispiel auch das Thema Patientenverfügung an und bietet beim Verfassen Unterstützung. Rundtisch-Gespräche werden grundsätzlich von der koordinierenden Person einberufen, aber auch von den behandelnden Ärztinnen/Ärzten, den Pflegefachpersonen im jeweiligen Setting (zu Hause, im Spital), oder den Fachpersonen des mobilen Palliative Care Dienstes, wenn wichtige Entscheidungen zu diskutieren sind.

Schlüsselsituationen (im Pfad als «S» deklariert)*

Eine zentrale Situation im Beispiel von Herrn Rossi bildet das Rundtisch-Gespräch nach dem ersten Spitalaufenthalt. Für den Fall einer erneuten Verschlechterung des Allgemeinzustandes wird vom Hausarzt und den Pflegefachpersonen der Spitex in Absprache mit dem Patienten und den Angehörigen ein Notfallplan festgelegt. Zusammen mit Herrn Rossi und seinen Angehörigen wird zum Beispiel entschieden, ob im Notfall eine Einweisung ins Akutspital oder auf eine Palliativstation erfolgen soll. Alternativ stellt sich die Frage, ob die Unterstützung durch den MPCD wünschenswert ist, um im Notfall eine Einweisung zu vermeiden oder die Angehörigen zu entlasten. Herr Rossi wünscht sich, in einer Notfallsituation in das nahegelegene Akutspital eingewiesen zu werden, da er dieses von früheren Behandlungen schon kennt und er sich dort in schwierigen gesundheitlichen Situationen gut betreut fühlt.

Mit dem Beizug von Fachpersonen aus dem Herkunftsland, insbesondere im Rahmen der Seelsorge (z.B. «missione cattolica»), kann für Herrn Rossi viel zur Lebensqualität beigetragen werden. Die Möglichkeit, sich in seiner letzten Lebensphase in seiner Muttersprache unterhalten zu können, wird von ihm und seiner Frau sehr geschätzt.

3 Berufsgruppen in der Palliative Care

Die folgenden Portraits sollen einen Einblick vermitteln, welchen spezifischen Beitrag die einzelnen Berufsgruppen in der Betreuung von Menschen in palliativen Situationen leisten können. Die Funktionen und Aufgaben der einzelnen Fachpersonen können je nach Bedürfnissen der Patientin, des Patienten und der vorliegenden Situation unterschiedlich sein. Ein entscheidender Aspekt für die Rollen- und Aufgabenverteilung ist zum Beispiel, wer die Fallverantwortung/Koordination übernimmt. Die Ausführungen sind keinesfalls als abschliessend zu betrachten.

3.1 Ärztinnen und Ärzte

Unheilbar kranke Menschen haben oftmals schon eine längere Krankengeschichte mit verschiedenen Behandlungen hinter sich. Meistens sind es deshalb auch die Ärztinnen oder Ärzte, wie z.B. der Hausarzt, die Hausärztin, der Onkologe oder Onkologin oder ein/e weitere/r Fachspezialist/in, welche bei ihren Patientinnen und Patienten eine palliative Situation erkennen. Oftmals sind sie es, welche eine angemessene Behandlung und Begleitung einleiten können und so den Zugang zu Palliative Care ermöglichen.

Behandeln, lindern und betreuen

Auch wenn Heilung kein Schwerpunkt der Behandlung ist, kann die Medizin viel dazu beitragen, um die Lebensqualität der betroffenen Menschen zu verbessern.

Die Kernaufgabe der behandelnden Ärztinnen und Ärzte in einer palliativen Situation ist die Untersuchung, Planung und Durchführung der Behandlung und Symptomlinderung. Die einzelnen Behandlungsschritte und individuellen Wünsche werden mit der Patientin, dem Patienten und den Angehörigen besprochen. Zusammen werden die Prioritäten festgelegt.²²

Die meisten unheilbar kranken Menschen möchten zu Hause sterben.²³ Die Begleitung von Menschen am Lebensende ist daher oftmals eine zentrale Aufgabe von Hausärztinnen und Hausärzten. Krisensituationen und Notfallhospitalisationen zu vermeiden ist dabei besonders bedeutsam.²⁴ Mit einem Notfallplan und genügend Reservemedikation können diese oftmals verhindert werden.

Patientinnen, Patienten und Angehörige beraten

Ärztinnen und Ärzte sprechen ihre Patientinnen und Patienten frühzeitig auf ihre Wünsche an und klären ab, wie und wo sie die verbleibende Lebenszeit verbringen möchten. Hierzu gehört auch das Ansprechen, ob zum Beispiel lebenserhaltende Massnahmen oder aber der Verzicht darauf bis hin zu einer palliativen Sedation in Frage kommen. Diese Bedürfnisse können in einer Patientenverfügung bzw. in einem Vorsorgeauftrag schriftlich festgehalten werden.

Gerade Hausärztinnen und Hausärzte behandeln die Patientin oder den Patienten oft seit vielen Jahren, sie kennen die Angehörigen und die persönliche Lebenssituation. Sie sind in der Region verankert und wissen um die vorhandenen ambulanten und stationären Betreuungs- und Entlastungsmöglichkeiten für Betroffene und Angehörige. Das sind zentrale Voraussetzungen, um die Patientin, den Patienten in der eigenen Entscheidungsfindung zu unterstützen.²⁵

²² Kunz R. (2014). Interdisziplinäre Betreuung und Integrierte Versorgung, S. 111–112

²³ GfK Switzerland AG (2009). Repräsentative Bevölkerungsbefragung Palliative Care, im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG, S. 6

²⁴ Starck M. (2012). Multiprofessionelle Kooperation ist die Basis der Palliativmedizin, S. 61

²⁵ Bundesamt für Gesundheit BAG und palliative.ch (2014). Palliative Care: Lebensqualität bis zuletzt. Informationsblatt für Hausärztinnen und Hausärzte

Betreuungsnetzwerk organisieren und koordinieren

Ärztinnen und Ärzte haben eine entscheidende Rolle, wenn es darum geht, Fachpersonen anderer Berufsgruppen beizuziehen. Zudem müssen Leistungen bestimmter Fachpersonen insbesondere im ambulanten Bereich ärztlich angeordnet werden (z.B. Pflege- sowie Koordinationsleistungen durch Spitexdienste, freiberufliche Pflegefachleute, Physiotherapie, Ernährungstherapie etc.). Deshalb übernehmen Ärztinnen und Ärzte im interprofessionellen Team auch häufig die Koordinationsaufgaben. Oft bilden sie zusammen mit Pflegefachpersonen das Kernteam in der Behandlung und Betreuung des unheilbar kranken Menschen. Sie erstellen einen gemeinsamen Betreuungsplan und organisieren vor allem im ambulanten Versorgungssetting in der Regel die Rundtisch-Gespräche.

3.2 Fachpersonen der Pflege

Das Ziel der Palliativpflege ist es, mit einer fachlich fundierten, ganzheitlichen und bedürfnisorientierten Pflege eine möglichst hohe Lebensqualität und die Wahrung der Selbstbestimmung zu gewährleisten.²⁶

Pflegen, lindern, betreuen und beraten

Die Mitglieder des Pflgeteams sind für den gesamten Pflegeprozess im Rahmen der Bezugspflege verantwortlich und sind eine wichtige Ansprechperson für Patientinnen und Patienten, Angehörige und beteiligte Fachpersonen. Zu Beginn der Behandlung wird die Pflegesituation mittels Pflegeanamnese erfasst. Die Pflegefachpersonen klären den Pflegebedarf ab, erfassen die Symptome, planen die Behandlung und setzen die Massnahmen, meist in Absprache mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten, um. Sie beobachten, dokumentieren und kommunizieren deren Erfolg und Wirkung und passen die Massnahmen gegebenenfalls an. Pflegenden unterstützen Patientinnen und Patienten in den für sie persönlich wichtigen und notwendigen Aktivitäten des täglichen Lebens, beispielsweise bei der Körperpflege, Medikamenteneinnahme, Verpflegung, Begleitung nach draussen und in vielen weiteren Bereichen.²⁷

Fachpersonen der Pflege haben oftmals auch eine beratende Funktion. Sie unterstützen Patientinnen und Patienten in der Entscheidungsfindung, beraten Angehörige bei der Pflege und leiten sie und gegebenenfalls auch Freiwillige in konkreten Pflegehandlungen (z.B. Mundpflege) an. Die Pflegenden begleiten die Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen während der Krankheitsphase und im Sterbeprozess.

Oft werden Pflegefachpersonen in palliativen Situationen mit komplexen Problemen konfrontiert, die schwierige medizinische Situationen, die sozialen Umstände, das Umfeld, verfügbare Ressourcen sowie die Erwartungen der Patientinnen und Patienten betreffen. In solchen Situationen gibt es für die behandelnden Pflegefachpersonen auch die Möglichkeit, Fachpersonen mit spezialisiertem Wissen in Palliative Care beizuziehen.²⁸

Vorausschauend planen und koordinieren

Die Pflegepersonen im ambulanten wie auch im stationären Bereich sind der allgemeinen Situation, Patientinnen und Patienten und ihrem Umfeld durch ihre Aufgabe sehr nahe. Die Zusammenarbeit und der Einbezug der Angehörigen in die Pflege ist somit oftmals ein wichtiger Bestandteil ihrer Arbeit. So sind es auch häufig die Pflegenden, welche eine Überlastung der Angehörigen wahrneh-

²⁶ Kunz R. (2014). Interdisziplinäre Betreuung und Integrierte Versorgung, S. 112

²⁷ Fässler C. (2012). Palliative Care: Palliativpflege auf der onkologischen Abteilung, S. 12–13

²⁸ Aitken A. (2012). Gemeindenahe Palliative Care – Die Rolle von Pflegeexperten in der ambulanten palliativen Versorgung, S. 27–30

men und Entlastungsangebote prüfen können. Eine Möglichkeit bildet der Einbezug von Freiwilligen.²⁹ Ein weiterer wichtiger Bestandteil ihrer Arbeit bildet das Schnittstellenmanagement, also die ausführliche Information und Dokumentation beim Eintritt von Patientinnen und Patienten in eine Institution (Pflegeheim, Spital) oder beim Übertritt von einer Institution in eine andere oder nach Hause.³⁰ Bei komplexen pflegerischen Situationen sind die Dokumentation sowie die Organisation von spezifischem Pflegematerial sehr zeitaufwändig, insbesondere im ambulanten Bereich. Oftmals übernimmt eine Pflegefachperson die Koordination des Betreuungsnetzwerkes. Dabei spielt die vorausschauende Planung eine zentrale Rolle. Im Rahmen von Rundtisch-Gesprächen wird mit der Patientin, dem Patienten über Wünsche und Bedürfnisse gesprochen. Mit den Fachpersonen der spezialisierten Palliative Care und dem behandelnden Hausarzt, der behandelnden Hausärztin wird ein Notfallplan erstellt.

3.3 Fachpersonen der Psychologie, Psychiatrie und Psychoonkologie

Bei vielen Patientinnen und Patienten in palliativen Situationen sind neben körperlichen Beschwerden auch psychische Belastungen vorhanden. Die psychischen Beschwerden stehen dabei oft in engem Zusammenhang mit der physischen Erkrankung.

Fachpersonen der Psychologie, Psychiatrie und Psychoonkologie mit psychotherapeutischer Ausbildung können im Arbeitsfeld Palliative Care in drei Bereichen aktiv sein: in der Behandlung, Beratung und Begleitung der Patientin, des Patienten, in der Unterstützung der Angehörigen oder in beratender und unterstützender Funktion im Behandlungsteam.³¹

Im Allgemeinen besteht das Ziel des psychologischen/psychotherapeutischen Angebots darin, die emotionale Belastung zu lindern und das körperliche und psychische Wohlbefinden zu fördern. Im palliativen Behandlungskontext sind vor allem unterstützende und bedürfnisorientierte Interventionen wichtig. Aufdeckende und klärungsorientierte psychotherapeutische Interventionen sind in der Regel nicht indiziert. Abklärungen zur psychopharmakologischen Indikation werden von Psychiaterinnen und Psychiatern oder einer anderen ärztlichen Fachperson erbracht.

Patientinnen und Patienten behandeln, beraten und begleiten

Die Lebensumstände von betroffenen Personen können mit mehr oder weniger grosser seelischer Belastung einhergehen. Zum Beispiel führt der sich ändernde Krankheitszustand bei unheilbar kranken Menschen oft zu Gefühlen der Unsicherheit und Ungewissheit. Viele Patientinnen und Patienten leiden unter dem Gefühl des Kontrollverlustes, was die psychische Gesundheit beeinträchtigen kann. Das Ausmass und die Art der psychischen Belastung sowie der Bedarf der Betroffenen (respektive die Bereitschaft für ein Gespräch) sind relevant für die indizierten psychologisch-psychotherapeutischen Interventionsformen. Diagnostik und Indikationsstellung gehören daher neben den Interventionsmassnahmen zu den zentralen Aufgaben einer Fachperson der Psychologie oder Psychiatrie. In Bezug auf das Ausmass sollte zwischen klinisch relevanter und klinisch nicht relevanter psychischer Belastung unterschieden werden. Alle Patientinnen und Patienten, unabhängig von ihrer psychischen Belastung, sollen bei Bedarf niederschwellig supportive Gespräche, Beratung und Begleitung in Anspruch nehmen dürfen. Versorgungsleistungen, die sich auf klinisch relevant belastete Personen beziehen, bestehen zusätzlich aus spezifisch psychotherapeutischen Interventionsmassnahmen. Klinisch relevant können kognitive, emotionale und verhaltensbezogene Probleme, psychische Störungen oder subsyndromale Symptome (dabei besonders häufig Symptome von Depression, Demoralisation, Angst oder akute Belastungsreaktionen) und/oder akute existentielle Krisen (zum Beispiel bei der Mitteilung einer ungünstigen Prognose oder wenn ein Therapieversuch erfolglos war) sein.³² In dieser Situation sollte in jedem Fall eine Fachperson der Psychologie oder Psychiatrie hinzugezogen werden.³³

²⁹ Kränzle S., Schmid U. et al. (2007). Palliative Care – Handbuch für Pflege und Begleitung, S. 127

³⁰ Ebd., S. 151.

³¹ Philippin, Y. (2013). Redonner du sens à la fin de la vie, S. 12–15

³² Fegg, M., Gramm, J. et al. (2012). Psychologie und Palliative Care - Aufgaben, Konzepte und Interventionen in der

Begleitung von Patienten und Angehörigen, S. 50

³³ Bundesamt für Gesundheit BAG und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK (2014). Empfehlungen für die allgemeine Palliative Care zum Beizug von Fachpersonen aus der Psychiatrie/Psychotherapie

Neben der psychotherapeutischen und ggf. psychopharmakologischen Behandlung von klinisch relevanten psychischen Belastungen und Störungen sollten psychologisch-psychotherapeutische Interventionen das Bemühen der Betroffenen unterstützen, sich kognitiv und emotional mit der Krankheitssituation auseinander zu setzen.

Eine unabdingbare Voraussetzung für ein psychologisches Gespräch ist die Bereitschaft der Betroffenen. Zum Beispiel lehnen manche Betroffene ein Gespräch ab aus Angst davor, von Gefühlen überflutet zu werden, weil sie sich schon genügend unterstützt fühlen oder aufgrund von Stigmatisierungängsten. Lehnen Patientinnen und Patienten ein Gespräch ab, besteht eine Möglichkeit darin, Angehörige oder das Behandlungsteam zu beraten und unterstützen.

Angehörige unterstützen

In psychologischen Gesprächen – auch ohne die Patientin, den Patienten – haben die Angehörigen die Möglichkeit, ambivalente oder negative Gefühle, Ängste und Trauer anzusprechen. Auch gemeinsame Gespräche mit dem Partner oder der Familie können notwendig sein. Während der Sterbephase oder nach dem Tod eines geliebten Menschen können Kriseninterventionen sinnvoll sein, zum Beispiel wenn der Tod des Betroffenen als unerwartet empfunden wird. Auch die Unterstützung beim Abschied nehmen und das Anbieten von Ritualen ist ein wichtiger Aspekt der Angehörigenbetreuung. Die Begleitung und Nachsorge nach dem Tod der Patientin, des Patienten ist eine weitere wichtige Aufgabe der Fachpersonen im Rahmen psychotherapeutischer Interventionen.³⁴

Fachpersonen beraten

Die Aufgaben der Fachpersonen der Psychologie und Psychiatrie beinhalten auch, das interprofessionelle Team zu unterstützen und zu beraten. Sie begleiten den Teamentwicklungsprozess aktiv und unterstützen ihre Kolleginnen und Kollegen im Umgang mit belastenden und schwierigen Arbeitssituationen.³⁵ Auch die Beratung von Ärztinnen, Ärzten und Pflegenden, zum Beispiel zur Verbesserung der Kommunikation mit Patientinnen, Patienten und Angehörigen gehört in ihren Aufgabenbereich.³⁶

3.4 Fachpersonen der Sozialen Arbeit³⁷

Die Bedürfnisse und Probleme eines unheilbar kranken Menschen können neben dem gesundheitlichen Zustand auch sein persönliches Umfeld, seine Angehörigen, das Berufs- und Sozialleben, die Wohnsituation oder die finanzielle und sozialrechtliche Lage betreffen. Fachpersonen der Sozialen Arbeit können in diesen Bereichen Unterstützung bieten und der Patientin, dem Patienten und seinen Angehörigen beratend zur Seite stehen.³⁸ Sie sind die Experten für die soziale Gesundheit, können fehlende Behandlungs- und Betreuungsmöglichkeiten wie auch schwierige finanzielle Situationen identifizieren und entsprechende Massnahmen planen und organisieren.³⁹ Neben Einzelberatungen arbeiten Fachpersonen der Sozialen Arbeit auch mit Gruppen, beispielweise in der Bildung und Koordination von Freiwilligen.

Angebote der Sozialen Arbeit gibt es im Spital mit dem Spitalsozialdienst sowie in Tagesstrukturen wie Behindertenheimen und Tageseinrichtungen. Im ambulanten Bereich gibt es unter anderem Angebote der Pro Infirmis (für Personen mit einer Invalidenrente), von Pro Senectute oder von Gesundheitsligen wie der Krebsliga, der Lungenliga oder der Rheumaliga. Auch Kirchen bieten Unterstützung im Bereich der Sozialen Arbeit an.

³⁴ Fegg M., Pestinger M. et al. (2008). Berufsbild für Psychologie in Palliative Care. Arbeitskreis Psychologie der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, S. 1–13

³⁵ Ebd.

³⁶ Fegg M., Gramm J. et al. (2012). Psychologie und Palliative Care - Aufgaben, Konzepte und Interventionen in der Begleitung von Patienten und Angehörigen

³⁷ Soziale Arbeit ist das gemeinsame «Dach» der Berufsgruppen «Sozialarbeit», Sozialpädagogik» und «Soziokultureller Animation».

³⁸ Wasner M. und Pankofer S. (2014). Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis, S. 28

³⁹ Ebd, S. 65

Sozialrechtlich beraten und unterstützen

Eine bedeutsame Aufgabe der Sozialen Arbeit ist die sozialrechtliche Unterstützung der Patientin, des Patienten und seiner Angehörigen.^{40,41} Eine schwere Erkrankung ist nicht selten mit finanziellen Einbussen und Engpässen verbunden. Eine unheilbar kranke Person wird mit der Arbeitsunfähigkeit immer weniger Einkommen zur Verfügung haben, insbesondere Betroffene im erwerbstätigen Alter.⁴² Die umfassende Beratung von sozialrechtlichen finanziellen Ansprüchen und Hilfen, wie beispielsweise bei einer IV-Anmeldung oder bei Anträgen für den Erhalt von Ergänzungsleistungen oder einer Hilflosenentschädigung⁴³ ist eine zentrale Aufgabe von Fachpersonen der Sozialen Arbeit.⁴⁴ Sie sind in der Lage, Beratungs- und Betreuungsprozesse erfolgreich zu gestalten und dadurch die Patientinnen und Patienten sowie die Angehörigen in psychosozialen Fragen kompetent zu beraten und zu unterstützen. Dies kann beispielsweise auch beinhalten, dass sie gemeinsam mit der Patientin, dem Patienten einen Vorsorgeauftrag oder eine Patientenverfügung erstellen. Unterstützung und Beratung bieten sie auch für Angehörige nach dem Tod einer nahestehenden Person.

Betreuungsnetzwerk organisieren und koordinieren

Fachpersonen der Sozialen Arbeit können bei der Koordination der Versorgung einen wichtigen Beitrag leisten und zum Beispiel das «Case Management» übernehmen. Zusammen mit den Patientinnen und Patienten und den Angehörigen prüfen sie die vorhandenen Ressourcen und planen die letzte Lebenszeit.⁴⁵ Wenn sich eine kranke Person wünscht, ihre letzte Lebensphase zu Hause zu verbringen, kann die Aufgabe der Sozialen Arbeit darin bestehen, ein tragfähiges Betreuungsnetz aus Fachleuten, Angehörigen und Freiwilligen aufzubauen.^{46,47} Als Case Manager besprechen Sozialarbeitende mit allen Beteiligten die aktuelle Situation, holen bei verschiedenen Fachpersonen, Versorgungsinstitutionen, Beratungs- und Entlastungseinrichtungen Informationen ein und koordinieren die verschiedenen Unterstützungsmassnahmen. Sie sorgen für den Informationsaustausch unter allen Akteurinnen und Akteuren.

3.5 Seelsorgerinnen und Seelsorger

Mit Abnahme der körperlichen Ressourcen nimmt für unheilbar kranke Menschen häufig die Bedeutung religiös-spiritueller und philosophischer Fragen zu. Die Begleitung durch erfahrende Seelsorgerinnen und Seelsorger kann daher in dieser Situation wichtig sein und hat eine lange Tradition.⁴⁸ Die spirituelle Unterstützung unheilbar kranker Menschen wird oft im Rahmen der «Spiritual Care» angeboten.⁴⁹ Die Spiritualität ist dabei nicht mit Religiosität gleichzusetzen. Auch Menschen ausserhalb einer religiösen Gemeinschaft können ein Bedürfnis nach spiritueller Unterstützung haben.⁵⁰ Kontakte kommen im stationären Bereich oft über die Spitalseelsorge zustande. Spitäler und Pflegeheime verfügen meistens über interne oder für die Institution zuständige Seelsorgerinnen und Seelsorger, welche regelmässig Besuche bei den Patientinnen und Patienten bzw. den Heimbewohnerinnen und -bewohner tätigen. Im ambulanten Bereich bietet sich die Zusammenarbeit mit den regionalen Kirchgemeinden an.

40 Hughes S., Firth P. et al. (2014). Core competencies for palliative care social work in Europe: an EAPC White Paper – part 1, S. 38–44.

41 Hughes S., Firth P. et al. (2015). Core competencies for palliative care social work in Europe: an EAPC White Paper – part 2, S. 300–305.

42 Wasner M. und Pankofer S. (2014). Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis, S. 63

43 Anrecht auf Hilflosenentschädigung haben Personen, welche aufgrund einer gesundheitlichen Beeinträchtigung bei den alltäglichen Lebensverrichtungen auf Hilfe Dritter angewiesen sind.

44 Wasner M. und Pankofer S. (2014). Soziale Arbeit in Palliative

Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis, S. 63

45 Waldispühl Zindel F. und Rex C. (2014). Vom Zufallsprinzip zur Systemsteuerung, S. 16

46 Ebd

47 Ewers M. und Schaeffer D. (2005). Case Management in Theorie und Praxis, S. 7

48 Belok M., Länzlinger U. et al. (2012). Seelsorge in Palliative Care, S. 75

49 Noth I. (2013). Spirituelle Bedürfnisse wahrnehmen – Wie sich Religiosität auf die Lebensqualität unheilbar kranker Menschen auswirkt, S. 8–9

50 Schiess E. (2012). Palliative Care – Es ist unglaublich, wieviel Kraft die Seele dem Körper zu leihen vermag, S. 17–18

Bedarf abklären

Beim ersten Besuch wird vom Seelsorger, der Seelsorgerin der Bedarf für spirituelle Unterstützung abgeklärt. Dazu gehört auch die Frage der religiösen Ausrichtung. Die in der Spitalseelsorge tätigen Fachpersonen verfügen oft über ein umfassendes Netzwerk an Kontakten zu Vertretern anderer Glaubensgemeinschaften.⁵¹ Für Patientinnen und Patienten anderer Konfessionen und Religionen kann die Seelsorge daher Kontakte zur entsprechenden Glaubensgemeinschaft oder zu Vertreterinnen und Vertretern, welche der Muttersprache der Patientin, des Patienten mächtig sind, vermitteln.

Da sein und bei Sinnkrisen unterstützen

Der Spiritual Care liegt ein multiprofessionelles Behandlungskonzept zugrunde. Ein Teil der spirituellen Unterstützung kann auch durch Pflegenden, Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gewährleistet werden. Existentielle Sinnfragen und religiöse Themenkreise verlangen jedoch spezialisierte Kenntnisse von Fachpersonen wie Seelsorgerinnen und Seelsorgern.⁵² Zentral in der spirituellen Begleitung ist das Dasein, offen sein für die Patientin, den Patienten, aktiv zuzuhören und Aufmerksamkeit zu schenken. Bei unheilbar kranken Menschen kreisen die Themen oft um den Lebenssinn, die Lebensbedeutung, um Kontrollverlust und Abschied, sowie die Angst vor dem Sterben und dem Tod. Bei existentiellen Sinnkrisen unterstützt der Seelsorger, die Seelsorgerin den kranken Menschen bei der Bewältigung solcher Situationen.^{53,54} Auch bei schwierigen Entscheidungen, zum Beispiel im Zusammenhang mit palliativer Sedation oder assistiertem Suizid, kann die Seelsorge beigezogen werden.

Rituale anbieten und Abschied gestalten

Wenn die Patientin, der Patient dies wünscht, kann der Seelsorger, die Seelsorgerin Unterstützung durch Gebet, Zeichen oder Rituale anbieten, um so den Verlust und das Abschiednehmen zu begleiten und zu bewältigen. Auch die Krankenkommunion, die Krankensalbung, Segnung und schliesslich die Gestaltung einer Abschiedsfeier gehören in den Aufgabenbereich der Seelsorge, sofern Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen dies wünschen.

3.6 Fachpersonen der Pharmazie

Die Arzneimitteltherapie ist ein wichtiger Aspekt in der Behandlung von unheilbar kranken Menschen. Apothekerinnen und Apotheker haben mit ihren Kompetenzen in der therapeutischen Anwendung von Medikamenten eine wichtige beratende und unterstützende Funktion im Bereich Palliative Care. Grundsätzlich können zwei Tätigkeitsbereiche unterschieden werden: die Spitalapotheke und die öffentliche Apotheke. Die Kompetenzen und Aufgaben der Apothekerinnen und Apotheker können sich zudem je nach Region/Kanton unterscheiden. So sind Fachpersonen der Pharmazie in einigen Westschweizer Kantonen bereits fester Bestandteil des Palliative-Care-Netzwerks. Wichtige Aufgaben der Apothekerinnen und Apotheker im Spital wie auch in der öffentlichen Apotheke beinhalten die Beratung des Behandlungsteams zur Arzneimitteltherapie, aber auch zur konkreten Anwendung von Arzneimitteln.

⁵¹ Public Health Services (2014). Migrationssensitive Palliative Care – Bedarf und Bedürfnisse der Migrationsbevölkerung in der Schweiz, im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG

⁵² Belok M., Länzlinger U. et al. (2012). Seelsorge in Palliative Care, S. 78–79

⁵³ Noth I. (2013). Spirituelle Bedürfnisse wahrnehmen – Wie sich Religiosität auf die Lebensqualität unheilbar kranker Menschen auswirkt, S. 8

⁵⁴ Noth I. und Kohli Reichenbach C. (2014). Palliative und Spiritual Care – Aktuelle Perspektiven in Medizin und Theologie, S. 49

Fachpersonen beraten

Wenn belastende Symptome mit etablierten Arzneimitteltherapien nicht mehr kontrolliert werden können, müssen alternative Therapieversuche unternommen werden. So werden Medikamente bei über 60 Prozent der Therapieempfehlungen im Bereich Palliative Care «Off-Label» angewendet.^{55,56} Man spricht von einer zulassungsüberschreitenden Anwendung (Off-Label Use) von Medikamenten, wenn ein Arzneimittel ausserhalb des von der Arzneimittelbehörde zugelassenen Indikationsgebietes verordnet wird. Ein Beispiel ist der Einsatz von Opioiden bei Atemnot.⁵⁷ Apothekerinnen und Apotheker beraten das Behandlungsteam in Bezug auf die Wirkung und Dosis, so dass die Symptome einer Patientin, eines Patienten optimal gelindert werden können. Die Off-Label Anwendung von Medikamenten kann jedoch das Risiko medikamentenverursachter Probleme erhöhen. Zudem steigt beim gleichzeitigen Einsatz mehrerer Medikamente das Risiko für Arzneimittelinteraktionen.^{58,59} Apothekerinnen und Apotheker können die Arzneimitteltherapie prüfen und die behandelnden Ärztinnen und Ärzte in Bezug auf die zu erwartenden Nebenwirkungen und mögliche Alternativen beraten.^{60,61}

Beratung zur Anwendung von Arzneimitteln

Fachpersonen der Pharmazie können Patientinnen und Patienten, Angehörige oder das Behandlungsteam dabei beraten und anleiten, wie Arzneimittel am besten anzuwenden und zu verabreichen sind. Mit Patientinnen und Patienten kann zum Beispiel besprochen werden, wie der Umgang mit den Medikamenten einfacher gestaltet werden kann, beispielsweise mit einer Medikamentendosette, einem Reminder oder einem Medikationsplan. Auch Bedürfnisse bezüglich der Aufbereitung oder dem Zeitpunkt der Einnahme können aufgenommen werden. Apothekerinnen und Apotheker können auch das Pflegepersonal und die Angehörigen in Bezug auf die geeignete Anwendung und Verabreichung anleiten.⁶² Oft braucht es in palliativen Situationen auch eine Beratung zu alternativen Möglichkeiten der Medikamentenverabreichung, da viele Patientinnen und Patienten ihre Medikation nicht mehr schlucken können. Ein Beispiel für eine wirkungsvolle Alternative bildet die pumpen-gesteuerte subkutane Abgabe des Arzneimittels.^{63,64}

3.7 Physiotherapeutinnen und -therapeuten

Die Physiotherapie ist in erster Linie innerhalb der Rehabilitation verankert. Sie hat zum Ziel, die Bewegungs- und Funktionsfähigkeit des Körpers zu verbessern oder wiederherzustellen. Dies heisst jedoch nicht, dass nur kurative Ziele verfolgt werden können. Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten können in zwei Bereichen dazu beitragen, die Lebensqualität von unheilbar kranken Menschen zu verbessern: Bei der Erhaltung von Alltagsaktivitäten und bei der Linderung körperlicher Symptome.⁶⁵

Alltagsaktivitäten erhalten

Meist ist es sinnvoll, den Physiotherapeuten, die Physiotherapeutin früh im Krankheitsprozess einzubeziehen. Bei der Behandlung von chronisch und unheilbar kranken Menschen geht es darum, die Selbständigkeit möglichst lange zu erhalten und der Person zu ermöglichen, am sozialen Leben

55 Büche D. (2014). Arzneimittel im Off-label Use in der Palliative Care, S.17–20

56 Ruberg K. (2014). Pharmazie in der Palliativmedizin, S. 17

57 Ebd.

58 Rémi C. und Bausewein C. (2014). Arzneimittelinteraktionen, S. 6–14

59 Neuner-Jehle S. (2011). Zuviel des Guten – Rezepte gegen Polypharmazie, S. 212–215

60 O'Connor M., Pugh J. et al. (2011). The palliative care inter-

disciplinary team: where is the community pharmacist? S. 7

61 Ruberg K. (2014). Pharmazie in der Palliativmedizin, S. 17

62 Walker K. A., Scarpaci L. et al. (2010). Fifty reasons to love your palliative care pharmacist, S. 510–513

63 Ebd.

64 Ruberg K. (2014). Pharmazie in der Palliativmedizin, S. 17

65 Kasven-Gonzalez N., Souverain R. et al. (2010). Improving quality of life through rehabilitation in palliative care: case report, S. 359

teilzuhaben.⁶⁶ Ziel einer physiotherapeutischen Behandlung kann beispielsweise sein, die Patientin, den Patienten zu befähigen, kurze Wegstrecken ausserhalb der eigenen Wohnung zurückzulegen (u.a. mit Sturzprophylaxe).⁶⁷ Dazu werden auch die Betreuenden und Pflegenden sowie die Angehörigen ausgebildet und instruiert, wie sie den kranken Menschen unterstützen können, seine Mobilität zu erhalten.⁶⁸ Unheilbar kranke Menschen profitieren von regelmässiger physiotherapeutischer Behandlung, weil so die Mobilität der Patientinnen und Patienten möglichst lange aufrechterhalten werden kann.⁶⁹

Symptome lindern

Belastende Symptome wie Atembeschwerden und Schmerzen, welche bei palliativen Patientinnen und Patienten häufig auftreten, können durch eine Atemtherapie oder eine nicht-medikamentöse Schmerztherapie gelindert werden.⁷⁰ Ein frühzeitiges leichtes Bewegungs- und Ausdauertraining kann beispielsweise gegen chronische Müdigkeit (Fatigue), eine der häufigsten Begleitsymptome von Krebs und anderen schweren Erkrankungen, helfen.⁷¹ Bei peripheren Ödemen wird häufig Lymphdrainage zur Resorption und Spannungsreduktion angewendet. Bei COPD-Patientinnen und -Patienten steht oftmals die Atemtherapie oder der Umgang mit externer Sauerstoffzufuhr im Vordergrund.⁷² In der letzten Lebensphase liegen die Behandlungsschwerpunkte der Physiotherapie beispielsweise darin, Lagerungsschmerzen zu lindern und Therapien zur Entspannung anzubieten.

3.8 Ergotherapeutinnen und -therapeuten

Die Diagnose einer unheilbaren Erkrankung beeinflusst die Aktivitäten des täglichen Lebens und damit auch den Lebensalltag und die Lebensqualität der betroffenen Menschen. Die Ergotherapie unterstützt die Patientinnen und Patienten darin, für sie bedeutungsvolle Aktivitäten und Aufgaben im Alltag durch den Erwerb von Strategien oder neuen Handlungskompetenzen möglichst lange auszuüben.⁷³ Der Schwerpunkt der Ergotherapie in der Palliative Care liegt darin, die grösstmögliche Selbständigkeit und Unabhängigkeit im Alltag beizubehalten.⁷⁴ Sie beschäftigt sich ganz konkret mit Fragen der täglichen Alltags- und Lebensgestaltung in den Lebensbereichen Selbstversorgung, Freizeit und Arbeit. Die ergotherapeutische Behandlung findet im stationären wie im ambulanten Setting statt und kann auch das Coaching von Angehörigen beinhalten.⁷⁵

Individuelle Handlungskompetenzen aufrechterhalten

Die Fähigkeit zu selbstbestimmtem Handeln und damit verbunden dem Wahrnehmen von Selbstwirksamkeit hat einen positiven Einfluss auf das Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten.⁷⁶ Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten können unheilbar kranke Menschen dabei unterstützen, einen geregelten Tagesablauf mit einer Aktivitätsplanung umzusetzen. Damit wird dem unheilbar kranken Menschen ein Gefühl der Kontinuität und Vertrautheit vermittelt. Aber auch neue Aufgaben und Herausforderungen können in der Ergotherapie als Ziele schrittweise umgesetzt werden und

66 Ruppen M. und Bruderer B. (2014): Ist Physiotherapie in der Palliative Care ein Widerspruch? S. 22–30

67 Janssen D. J., Spruit M. A. et al. (2010). A patient-centred interdisciplinary palliative care programme for end-stage chronic respiratory diseases, S. 189–194

68 Kasven-Gonzalez N., Souverain R. et al. (2010). Improving quality of life through rehabilitation in palliative care: case report, S. 359

69 Ruppen M. und Bruderer B. (2014). Ist Physiotherapie in der Palliative Care ein Widerspruch? S. 22–30.

70 Woitha K., Wünsch A. et al. (2013). Entwicklung und Einsatz der Physiotherapie in der Palliativversorgung - Eine systematische Literaturanalyse, S. 210–219

71 Emery H. A. (2013). Fatigue und Schwäche bei PatientInnen in palliativen Situationen, S. 25–28

72 Woitha K., Wünsch A. et al. (2013). Entwicklung und Einsatz der Physiotherapie in der Palliativversorgung - Eine systematische Literaturanalyse, S. 210–219

73 Bacchetto A., Nyffenegger M. et al. (2015). Ergotherapie in der Palliative Care – Einfluss von unheilbaren Erkrankungen auf die Betätigung, S. 14

74 Costa A. und Othero M. (2012). Palliative Care, Terminal Illness, and the Model of Human Occupation, S. 316–327

75 Bacchetto A., Nyffenegger M. et al. (2015). Ergotherapie in der Palliative Care – Einfluss von unheilbaren Erkrankungen auf die Betätigung, S. 18

76 Townsend E. und Polatajko H.J. (2013). Enabling occupation II. Advancing an occupational therapy vision for health, well-being and justice through occupation

als Kompensation für Aktivitäten dienen, die aufgrund der Erkrankung nicht mehr möglich sind.⁷⁷ Die Ergotherapie kann beispielsweise zu Beginn einer Erkrankung am Arbeitsplatz oder im fortgeschrittenen Stadium bei der selbständigen Nahrungsaufnahme Interventionen und Hilfsmittel anbieten oder die Patientinnen und Patienten bei der Beschaffung von Hilfsmitteln wie Haltegriffen, Rampen, Rollatoren oder Toilettensitzerhöhungen beraten.⁷⁸

Teilnahme am sozialen Leben ermöglichen

Eine unheilbare Krankheit kann einen grossen Einfluss darauf haben, welche Betätigungen eine betroffene Person ausüben und, damit verknüpft, welche sozialen Kontakte sie pflegen kann. Trotz möglichen Einschränkungen bleibt das Bedürfnis, im Alltag aktiv und in sozialen Kontexten eingebunden zu sein, weiterhin bestehen.⁷⁹ Um dieses Ziel zu erreichen, kann die Ergotherapie mit den betroffenen Personen Strategien erarbeiten, um bestimmte Aktivitäten zu ermöglichen. Tätigkeiten können angepasst oder zielgerichtete Veränderungen an der Umwelt vorgenommen werden, um eine bestimmte Aktivität zu erleichtern und zu ermöglichen. Dies kann zum Beispiel beinhalten, einen gehunfähigen Menschen im Umgang mit dem elektrischen Rollstuhl anzuweisen und zu unterstützen. Der Einbezug eines technischen Hilfsmittels kann einem Betroffenen ermöglichen, selbständig nach draussen zu gehen, andere Menschen zu treffen oder allenfalls kleine Besorgungen zu tätigen.⁸⁰ So kann eine den Umständen entsprechende Teilnahme am sozialen Leben gewährleistet werden.

3.9 Ernährungsberaterinnen und -berater

Ernährungsberaterinnen und -berater unterstützen Menschen dabei, die Grundsätze einer gesunden Ernährung anzuwenden. Die Ernährung eines Menschen am Lebensende beinhaltet grundsätzlich zwei wichtige Aspekte. Mit einer ausgewogenen Ernährung können das Körpergewicht und die Muskelmasse verbessert oder stabilisiert werden, um die körperlichen Funktionen und damit die Lebensqualität möglichst lange zu erhalten.⁸¹ Die Nahrungsaufnahme ist jedoch auch immer mit Genuss verbunden, welcher im Laufe einer schweren Erkrankung schwinden kann. Diesem fehlenden Aspekt der Lebensqualität entgegenzuwirken, kann ebenfalls Teil der Ernährungsberatung in einer palliativen Situation sein.^{82,83}

Den körperlichen Zustand stabilisieren

In einem ersten Schritt bestimmen Fachpersonen der Ernährungsberatung bei der Patientin, dem Patienten den Ernährungsbedarf und das Körpergewicht. Bei Krebspatientinnen und -patienten leiden beispielsweise 40 bis 60 Prozent an einer Protein-Energie-Mangelernährung (PEM), weshalb bereits früh im Krankheitsprozess nach einer vorliegenden Mangelerscheinung untersucht wird. Es gibt diesbezüglich verschiedene Screeningverfahren. Eine umfassende Betrachtung des Ernährungszustandes mit einer ausführlichen Anamnese, körperlichen Untersuchung, Funktionsmesswerte, aber auch der psychische Zustand und die Erfassung der Lebensqualität ist die Voraussetzung für einen adäquaten Therapieplan.^{84,85} Viele Patientinnen und Patienten in einer palliativen Situation leiden unter Appetitlosigkeit, Übelkeit und Erbrechen oder Problemen mit dem Stuhlgang.⁸⁶ Bei Patientinnen

77 Bacchetto A., Nyffenegger M. et al. (2015). Ergotherapie in der Palliative Care – Einfluss von unheilbaren Erkrankungen auf die Betätigung, S. 16

78 Aitken A. (2012). Gemeindefnahe Palliative Care – Die Rolle von Pflegeexperten in der ambulanten palliativen Versorgung, S. 25

79 Ebd., S. 13.

80 Janssen D. J., Spruit M. A. et al. (2010). A patient-centred interdisciplinary palliative care programme for end-stage chronic respiratory diseases, S. 189–194

81 Räss-Hunziker A. (2014). Culinary in Palliative Care – eine interdisziplinäre Horizonterweiterung, S. 14–15

82 Aeberhard C. und Stanga Z. (2014). Ernährung in der Palliativmedizin, S. 10–15

83 Joray M.L., Leuenberger M. et al. (2012). Ernährung in der Palliative Care: Praxisrelevante Aspekte, S. 5–11

84 Aeberhard C. und Stanga Z. (2014). Ernährung in der Palliativmedizin, S. 10–15

85 Apro M., Arends J. et al. (2014). Early recognition of malnutrition and cachexia in the cancer patient: a position paper of a European School of Oncology Task Force, S. 1492–1499

86 Joray M.L., Leuenberger M. et al. (2012). Ernährung in der Palliative Care: Praxisrelevante Aspekte, S. 5–11

und Patienten in einem fortgeschrittenen Krankheitsstadium wird im Unterschied zu herkömmlichen Ernährungsassessments oftmals auf Labortests verzichtet.⁸⁷

Vorbeugend können potenziell schwierige Ernährungssituationen und der Umgang damit besprochen werden.⁸⁸ Konkrete Interventionen werden dann auf die jeweilige Zielsetzung abgestützt. Für eine Gewichtsstabilisierung wird beispielweise auf eine energiereiche Nahrung geachtet.⁸⁹

Auch die Angehörigen werden in die Ernährungsberatung eingebunden. Die Ernährungsberaterin, der Ernährungsberater kann ihnen Tipps zur Ernährung und zu Nahrungsergänzungsmitteln geben.⁹⁰ Bei zunehmender Verschlechterung des körperlichen Zustandes und wenn nicht mehr genug Nahrung aufgenommen werden kann, besteht die Möglichkeit – falls von der Patientin, dem Patienten erwünscht – zur Stabilisierung des körperlichen Zustandes eine Sondenernährung in Erwägung zu ziehen.

Nahrung als Genuss gewährleisten

Essen und Trinken gehört zu den Grundbedürfnissen des Menschen und haben eine biologische, emotionale und soziologische Bedeutung.⁹¹ Die Nahrung und Ernährungsgewohnheiten sind ein wichtiger Bestandteil der Kultur, in der ein Mensch lebt, und sind ein Ausdruck der persönlichen Lebensweise.⁹² Durch den Sterbeprozess verändert sich der Stellenwert der Ernährung. Einerseits kann Essen bei Sterbenden mit Hoffnung auf Leben verbunden sein, andererseits mit Druck («Ich sollte essen»), Angst und Schmerzen. Ernährungsprobleme sind oftmals eine grosse Belastung für die betroffenen Personen und ihre Angehörigen. Ernährungsberaterinnen und -berater unterstützen und beraten die Patientin, den Patienten und ihre Angehörigen darin, von dem Druck, essen zu müssen, wegzukommen und ein Verständnis für das veränderte Essverhalten zu entwickeln. Nach Möglichkeit sollte das Essen Freude bereiten und keine Bedrängnis vermitteln. Gerade bei Patientinnen und Patienten in einer palliativen Situation werden Präferenzen für Essen und Trinken wenn immer möglich berücksichtigt, weil dies die Voraussetzung für die Akzeptanz der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme bildet.⁹³ Beim Essen wird auf eine angenehme und ruhige Raumatmosphäre geachtet. Da kranke Menschen oft an Appetitlosigkeit leiden, werden kleine Portionen angeboten, die farbliche und geschmackliche Vielfalt bieten. Bei Problemen mit dem Kauen oder dem Schlucken können die Nahrung oder die Nahrungsmittelbeschaffenheit entsprechend angepasst werden.

Bei der Entscheidungsfindung unterstützen

Wenn die verbleibende Lebenszeit schwindet, ist die Frage nach weiterer Ernährungs- und Flüssigkeitsaufnahme zu klären.⁹⁴ Ernährungsberaterinnen und -berater empfehlen der Patientin, dem Patienten und den Angehörigen in Zusammenarbeit mit den anderen involvierten Fachpersonen die weiteren Schritte bezüglich der Ernährung. Die Bedürfnisse der Patientin, des Patienten stehen dabei immer im Zentrum. Diese können auch beinhalten, auf weitere Nahrungs- oder Flüssigkeitsaufnahme zu verzichten.⁹⁵

87 Gallagher-Allred C. (1989). Screening and Assessment, S. 115–125

88 Räss-Hunziker A. (2014). Culinary in Palliative Care – eine interdisziplinäre Horizonterweiterung, S. 14–15

89 Ebd.

90 Aitken A. (2012). Gemeindefähige Palliative Care – Die Rolle von Pflegeexperten in der ambulanten palliativen Versorgung, S. 25

91 Gallagher-Allred C. (1989). Screening and Assessment, S.129

92 Baumann-Hölzle R., Imoberdorf R. et al. (2006). Ernährungs-

autonomie – ethisches Grundsatzpapier zur Ernährung der Patientinnen und Patienten im Akutspital, S. 1412–1413

93 Dörner B., Friedrich E.K. et al. (2010). Position of the American Dietetic Association: Individualized nutrition approaches for older adults in health care communities, S.1549–1553

94 Aeberhard C. und Stanga Z. (2014). Ernährung in der Palliativmedizin, S. 10–15

95 O' Sullivan Maillet J., Baird Schwartz D. et al. (2013). Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: Ethical and Legal Issues in Feeding and Hydration, S. 828–832

3.10 Musik- und Kunsttherapeutinnen und -therapeuten

Mit Kunst- und Musiktherapie können die verschiedenen Sinne angeregt werden. Diese Therapiemethoden erweitern die Möglichkeiten, über Probleme und Ängste zu kommunizieren.^{96,97} Sie können insbesondere für Menschen hilfreich sein, welche Gesprächstherapien oder Interventionen, die Körperkontakt beinhalten, als unangenehm empfinden.⁹⁸ Für Menschen in palliativen Situationen können diese Therapieformen helfen, Ungewissheit, Befürchtungen und Zukunftsängste auszudrücken.

Lebensqualität erhöhen

Musik- und Kunsttherapien haben zum Ziel, die Lebensqualität zu optimieren und das Wohlbefinden in verschiedenen Lebensbereichen zu erhöhen. Die Musiktherapie bietet beispielsweise Techniken zur Entspannung. Grundsätzlich gibt es zwei Formen von Musiktherapie.⁹⁹ Die aktive Musiktherapie beinhaltet das rhythmische Experimentieren, Singen, Gestalten von Liedern oder die Improvisation. In der Palliative Care wird dabei oftmals mit Instrumenten gearbeitet, welche auch für Patientinnen und Patienten leicht zu handhaben sind, die nicht mehr über viel Kraft verfügen. In der rezeptiven Musiktherapie steht bewusstes Hören im Vordergrund.¹⁰⁰ Studien geben Hinweise, dass Musiktherapie Schmerzen und Ängste verringern kann und das Wohlbefinden verbessert.¹⁰¹

Erinnerungen und Emotionen aktivieren

Die musiktherapeutischen Interventionen zielen insbesondere auf das Aktivieren von Lebensfreude, Erinnerungen und Emotionen ab.¹⁰² In der Kunsttherapie können mithilfe verschiedener Kunstmateriale spezifische emotionale oder körperliche Probleme oder Themen ausgedrückt werden. Die Arbeit mit Farben und das Malen von Bildern können belastende oder auch positive Gefühle nach aussen sichtbar machen.¹⁰³ Das Greifen unterschiedlicher Gegenstände aus der Natur kann im übertragenen Sinne etwas «begreifbarer» machen. Älteren Menschen mit dem Gefühl von Einsamkeit und Isolation kann Kunsttherapie helfen, Alter und Gebrechlichkeit zu akzeptieren, indem auf die Vergangenheit zurückgeschaut und auf wichtige, zurückliegende Ereignisse fokussiert wird.¹⁰⁴

96 Kränzle S., Schmid U. et al. (2007). Palliative Care – Handbuch für Pflege und Begleitung, S. 173

97 Janssen D.J., Spruit M.A. et al. (2010). A patient-centered interdisciplinary palliative care program for end-stage chronic respiratory diseases, S. 189–194

98 Cancer Research UK (2015). <http://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/cancers-in-general/treatment/complementary-alternative/therapies/art-therapy>

99 Warth M., Kessler J. et al. (2014). Music therapy to promote psychological and physiological relaxation in palliative care patients: protocol of a randomized controlled trial, S. 1–7

100 Korczak D., Schneider M. et al. (2013). Musiktherapie im palliativen Setting, S. 9–10

101 Warth M., Kessler J. et al. (2014). Music therapy to promote psychological and physiological relaxation in palliative care patients: protocol of a randomized controlled trial, S. 1–7

102 Korczak D., Schneider M. et al. (2013). Musiktherapie im palliativen Setting, S. 8

103 Hardy D. (2001). Creating Through Loss: An Examination of how Art Therapists Sustain their Practice in Palliative Care, S. 23–31

104 Case C. und Dalley T. (2014). The Handbook of Art Therapy, S. 11–12

4 Betreuende und pflegende Angehörige

Betreuende und pflegende Angehörige übernehmen sehr unterschiedliche Tätigkeiten bei schwerkranken Menschen.¹⁰⁵ Sie können psychische und soziale Unterstützung bieten, übernehmen die Haushaltsführung, koordinieren informell und organisieren den Alltag und die Betreuung. Besonders zu Hause und bei lang andauernden Krankheitsphasen übernehmen Angehörige unter Anleitung von Fachpersonen oftmals auch viele Pflegeleistungen. Betreuungsaufgaben der Angehörigen lassen sich in diesen Fällen schlecht von der professionell ausgeführten Grundpflege abgrenzen (z.B. Unterstützung bei der Körperpflege).¹⁰⁶ Fachpersonen und Laien arbeiten im Betreuungsnetzwerk eines unheilbar kranken Menschen eng zusammen.

Angehörige als Ressource

Angehörige begleiten schwerkranke Personen über eine mehr oder weniger lange Zeitspanne. Sie kennen diese in der Regel bereits schon als gesunde Menschen und können deren Bedürfnisse und Wünsche für die Betreuung und Begleitung auch dann verbalisieren, wenn jene es selbst nicht mehr können. Für die professionellen Betreuenden sind Angehörige zentrale Wissensträger und Ressource. Die Ressource gilt es in zweierlei Hinsicht zu nutzen: einerseits für eine bestmögliche Betreuung der schwerkranken Person durch Fachpersonen, andererseits zur Ergänzung der professionellen Pflege und Betreuung. Gegenseitige Informationen über den aktuellen Gesundheitszustand und das Wohlbefinden der betroffenen Patientinnen oder Patienten können den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen und für alle Beteiligten nutzbringend sein. Je früher Angehörige in die Pflegeplanung involviert sind, umso besser gelingt die Pflege und Betreuung.¹⁰⁷

Angehörige stärken

Damit Angehörige für die Betreuung und Pflege auch langfristig genügend Energie und Rückhalt haben, sind psychosoziale, krankheitsbezogene und rechtliche Beratungen für sie hilfreich. Auch können Angebote zur Informationsvermittlung und Schulungen die Handlungskompetenzen der Angehörigen festigen oder stärken. Entsprechende Angebote gibt es in Gemeinden und bei Non-profit-Organisationen (z.B. SRK, Caritas Schweiz). Auch sind Spitex-Organisationen und themenspezifische private Organisationen (z.B. regionale Sektionen von palliative ch, Schweizerische Alzheimervereinigung, Gesundheitsligen, Pro Mente Sana) in diesem Feld aktiv.¹⁰⁸

Angehörige entlasten

Die Betreuung und Pflege schwerkranker und sterbender Menschen ist für das soziale Umfeld mit zunehmender Länge und Komplexität der Krankheit belastend, insbesondere für die pflegenden Angehörigen. In der letzten Lebensphase sind die körperlichen und psychischen Belastungen oft sehr gross, dies sowohl aufgrund des Pflegebedarfs als auch durch der Konfrontation mit dem abzeichnenden Verlust der nahestehenden Person.¹⁰⁹ Die Bedürfnisse der Angehörigen unterscheiden

105 Angehörige sind diejenigen betreuenden Personen, die verwandtschaftlich und/oder emotional mit der schwerkranken und sterbenden Person verbunden sind.

106 Bischofberger I., Jähnke A. et al. (2014). Betreuungszulagen und Entlassungsangebote für betreuende und pflegende Angehörige. <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/14437/index.html?lang=de>

107 Aoun S. M., Grande G. et al. (2015). The Impact of the Carer Support Needs Assessment Tool (CSNAT) in Community

Palliative Care Using a Stepped Wedge Cluster Trial.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4388632/>

108 Bundesamt für Gesundheit BAG (2014). Unterstützung für betreuende und pflegende Angehörige. Situationsanalyse und Handlungsbedarf für die Schweiz. Bericht des Bundesrates, S. 31–32

109 Bledorn, J., Pahlow, H. et al. (2012). Versorgung von Menschen am Lebensende. Erfahrungen und Erwartungen von hinterbliebenen Angehörigen, S. 179–188

sich von den Bedürfnissen der Patientin oder des Patienten und enden nicht mit dem Tod der Nahestehenden. Die betreuenden Fachpersonen sind angehalten, wenn immer möglich, den aktuellen Unterstützungsbedarf der Angehörigen zu erfragen. Sie können entsprechende bedarfsgerechte Entlastungs- und Unterstützungsangebote wie auch ergänzende Massnahmen für die bessere Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenbetreuung und -pflege einleiten. Um den Angehörigen eine Auszeit zu ermöglichen, können hilfe- und pflegedürftige Personen beispielsweise vorübergehend in eine Institution eingewiesen werden (z.B. in ein Hospiz oder in eine Tagesklinik). Freiwilligendienste werden von zahlreichen Organisationen angeboten. Freiwillige stehen stundenweise zur Verfügung und können die Angehörigen über kurze oder auch längere Phasen entlasten und unterstützen.¹¹⁰ Im Bereich der pädiatrischen Palliative Care können sie insbesondere auch gesunde Geschwister begleiten und unterstützen.

5 Freiwillige

Freiwillige übernehmen eine wichtige Rolle in der Palliative Care.¹¹¹ Sie sind zu Hause bei den Patientinnen und Patienten oder in der stationären Versorgung tätig. Freiwillige ergänzen die bestehenden medizinischen, pflegerischen, psychosozialen und spirituellen Angebote der palliativen Versorgung. Sie begleiten die betroffenen Personen während der Krankheitszeit, der letzten Lebensphase und darüber hinaus. Freiwilligenarbeit kann im Rahmen von Institutionen oder Organisationen stattfinden. Sie findet aber vor allem im häuslichen Kontext auch ausserhalb dieser formalen Strukturen statt, beispielsweise in Form von Nachbarschaftshilfen. Jede Form des Freiwilligenengagements ist eine wertvolle Ressource, gerade bei der Betreuung eines kranken Menschen zu Hause. Freiwillige unterstützen und entlasten das soziale Umfeld, insbesondere die Angehörigen. Im folgenden Abschnitt geht es um formelle Freiwilligenarbeit, d.h. unentgeltliche Arbeit im Rahmen von Institutionen oder Organisationen.

Begleiten, entlasten und unterstützen

Freiwillige handeln nach den Bedürfnissen der kranken Person und ihrem sozialen Umfeld. Die Fachpersonen legen zusammen mit den betroffenen Personen den Zeitpunkt, die Form und Intensität der Freiwilligenbegleitung fest. Die Arbeit der Freiwilligen reicht vom stillen Dasein und Zuhören am und um das Krankenbett bis zur konkreten Alltagshilfe der Angehörigen. Zu Hause bei den Patientinnen und Patienten können sie zum Beispiel einem pflegenden Angehörigen etwas Freizeit ermöglichen. Viele Freiwillige werden auch Nachts als Nacht- und Sitzwache eingesetzt. Mit ihrer Präsenz entlasten sie die betroffenen Personen und das soziale System und tragen dazu bei, dass der Alltag mit einer schweren Krankheit erleichtert wird.

110 Bundesamt für Gesundheit BAG (2014). Unterstützung für betreuende und pflegende Angehörige. Situationsanalyse und Handlungsbedarf für die Schweiz. Bericht des Bundesrates, S. 33

111 Das BAG hat zusammen mit ihren Partnern Empfehlungen für Behörden und interessierte Organisationen zur Förderung der formellen Freiwilligenarbeit in der Palliative Care erarbeitet. Vgl. hierzu BAG, GDK und palliative.ch (2014): Formelle Freiwilligenarbeit in der Palliative Care

Freiwillige als Teil des Betreuungsnetzwerks

Freiwillige können jederzeit in die Betreuung einbezogen werden. Fachpersonen, die die Patientin, den Patienten und sein Umfeld kennen, schätzen die Situation ein und beurteilen, ob und zu welcher Zeit ein Freiwilligeneinsatz angemessen ist. Im konkreten Fall können dies Sozialarbeitende, Pflegefachpersonen, Ärztinnen oder Ärzte oder weitere Fachpersonen sein, die mit der Lebens- und Krankheitsgeschichte der Patientinnen, Patienten und ihren Bedürfnissen vertraut sind. Im Austausch und in Absprache innerhalb des professionellen Teams werden der Rahmen und der Inhalt der Freiwilligenarbeit definiert und regelmässig aktualisiert. Konkrete Aufgaben sind beispielsweise die Begleitung der Patientin, des Patienten auf die Toilette in der Nacht, Umlagerung im Bett oder die Hilfe bei der Einnahme von Nahrung oder Flüssigkeit. Die Pflege- und Betreuungsverantwortung bleibt bei den Fachpersonen oder den Angehörigen.

Rekrutierung von Freiwilligen

Für die Rekrutierung von Freiwilligen in der Palliative Care bedarf es neben regelmässiger Fort- und Weiterbildung auch die Wertschätzung und Anerkennung durch die Öffentlichkeit und politische Entscheidungsträger. Freiwilligengruppen sind regional sehr unterschiedlich organisiert. Teilweise sind sie an einem stationären Versorgungssetting, beispielsweise an ein Spital oder Heim angegliedert oder sie sind als selbständige Organisationen lokal oder regional tätig. Kantonale oder regionale Informations- und Beratungsstellen sind Anlauf- und Ansprechstelle für das Fachpersonal und betroffene Personen zu Fragen der Freiwilligenangebote. Fachpersonen der Sozialen Arbeit kennen in der Regel die Entlastungs- und Unterstützungsangebote und können Kontakte vermitteln. Eine der Patientin, dem Patienten vertraute Fachperson klärt in Zusammenarbeit mit der zuständigen Einsatzleitung die individuellen Betreuungs- und Unterstützungsbedürfnisse am Einsatzort. Einsatzleitungen planen und koordinieren dann die Freiwilligeneinsätze. Sie garantieren, dass die Freiwilligen über die nötigen (stufengerechten) Kompetenzen verfügen und für die jeweiligen Einsätze geeignet sind.

6 Fazit

Die Arbeit im interprofessionellen Team ist ein tragendes Element der Palliative Care. Das breite Spektrum an Fachpersonen und ihren Interventionen ermöglichen es, die vielfältigen Symptome von Patientinnen und Patienten zufriedenstellend zu behandeln und die Lebensqualität zu verbessern. Jede Fachperson steuert mit ihrer Expertise dazu bei, die Bedürfnisse der betroffenen Patientinnen und Patienten in allen Facetten zu erfassen und eine umfassende Betreuung zu gewährleisten. Eine klare Kommunikation ist eine wichtige Voraussetzung dazu. Zudem sollte gut abgestimmt sein, wer das Vorgehen koordiniert und die Verantwortung trägt. Die dazu benötigten Koordinationsleistungen sind zwar zunächst zeitintensiv, führen aber neben der verbesserten Lebensqualität der betroffenen Personen auch zu nahtlosen Übergängen an den wichtigen Schnittstellen. Synergien können besser genutzt und Doppelspurigkeiten vermieden werden. Damit ist die interprofessionelle Zusammenarbeit in der Palliative Care ein wegweisendes Modell für die Gesundheitsversorgung.

7 Literaturverzeichnis

- Aapro, M.; Arends, J.; Bozzetti, F.; Fearon, K.; Grunberg, S. M.; Herrstedt, J. et al. (2014): Early recognition of malnutrition and cachexia in the cancer patient: a position paper of a European School of Oncology Task Force. In: *Annals of oncology: official journal of the European Society for Medical Oncology / ESMO* 25 (8), S. 1492–1499. DOI: 10.1093/annonc/mdu085.
- Academy of Nutrition and Dietetics (2014): Position and practice paper update for 2014. In: *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics* 114 (2), S. 297–298. DOI: 10.1016/j.jand.2013.12.006.
- Aeberhard, C.; Stanga, Z. (2014): Ernährung in der Palliativmedizin. *Palliative Care*. In: *Schweizer Zeitschrift für Ernährungsmedizin* 12 (1), S. 10–15.
- Aitken, A. M. (2012): Gemeindenahe Palliative Care. Die Rolle und Praxis von Pflegeexperten in der ambulanten palliativen Versorgung. 1. Aufl. Bern: Huber.
- Aoun, S. M.; Grande, G.; Howting, D.; Deas, K.; Toye, C.; Troeung, L. et al. (2015): The impact of the carer support needs assessment tool (CSNAT) in community palliative care using a stepped wedge cluster trial. In: *PLoS one* 10 (4), DOI: 10.1371/journal.pone.0123012.
- Bacchetto, A.; Nyffenegger, M.; Späth, A. (2015): Ergotherapie in der Palliative Care – Einfluss von unheilbaren Erkrankungen auf die Betätigung. In: *Ergoscience* 10 (1), S. 13–20.
- Baumann-Hölzle, R.; Imoberdorf, R.; Koblet, K.; Ballmer, P. E.; Rühlin, M.; Bau, R. et al. (2006): Ernährungsautonomie – ethisches Grundsatzpapier zur Ernährung der Patientinnen und Patienten im Akutspital. In: *Schweizerische Ärztezeitung* 87 (33), S. 1412–1415.
- Belok, M. (2012): Seelsorge in Palliative Care. Zürich: Theol. Verl. (Forum Pastoral, 5).
- Bischofberger, I.; Jähne, A.; Rudin, M.; Stutz, H. (2014): Betreuungszulagen und Entlastungsangebote für betreuende und pflegende Angehörige. Schweizweite Bestandsaufnahme. Online verfügbar unter <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/14437/index.htm?lang=de>, zuletzt aktualisiert am 05.12.2014.
- Bledorn, J.; Pahlow, H.; Klindworth, K.; Schneider, N. (2013): Versorgung von Menschen am Lebensende. Erfahrungen und Erwartungen von hinterbliebenen Angehörigen. In: Gian Domenico Borasio, Wilhelm-Bernhard Niebling und Peter C. Scriba (Hg.): Evidenz und Versorgung in der Palliativmedizin. Medizinische, psychosoziale und spirituelle Aspekte; Köln: Dt. Ärzte-Verl (Report Versorgungsforschung, Bd. 7).
- Büche, D. (2014): Arzneimittel im Off-label Use in der Palliative Care. In: *palliative ch* 1, S. 17–19.
- Bundesamt für Gesundheit BAG und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK (2011): Nationale Leitlinien Palliative Care. Bern.
- Bundesamt für Gesundheit BAG, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK und palliative ch (2014): Rahmenkonzept Palliative Care Schweiz. Eine definitorische Grundlage für die Umsetzung der «Nationalen Strategie Palliative Care». Bern.
- Bundesamt für Gesundheit BAG (2013): Plattform «Zukunft ärztliche Bildung»: Bericht der Themengruppe «Interprofessionalität». Bern.
- Bundesamt für Gesundheit BAG (2014): Unterstützung für betreuende und pflegende Angehörige. Situationsanalyse und Handlungsbedarf für die Schweiz. Bericht des Bundesrates. Bern. Online verfügbar unter <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/14437/?lang=de>, zuletzt aktualisiert am 05.12.2014.
- Bundesamt für Gesundheit BAG und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK (2013): Finanzierung der Palliative-Care-Leistungen der Grundversorgung und der spezialisierten Palliative Care – ambulante Pflege und Langzeitpflege. Bern.
- Bundesamt für Gesundheit BAG und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK (2014): Empfehlungen für die allgemeine Palliative Care zum Beizug von Fachpersonen aus der Psychiatrie/Psychotherapie. Bern.

- Bundesamt für Gesundheit BAG, palliative ch und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK (2014): Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz. Bern.
- Bundesamt für Gesundheit und palliative ch (2014): Palliative Care: Lebensqualität bis zuletzt. Informationsblatt für Hausärztinnen und Hausärzte. Bern.
- Bundesamt für Statistik BFS (2008): Freiwilligenarbeit in der Schweiz. Neuchâtel.
- Canadian Interprofessional Health Collaborative CIHC (2008): Knowledge Transfer & Exchange in Interprofessional Education, S. 1–22.
- Cancer Research UK (2015): Art therapy. Online verfügbar unter <http://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/cancers-in-general/treatment/complementary-alternative/therapies/art-therapy>, zuletzt aktualisiert am 05.02.2015, zuletzt geprüft am 18.05.2015.
- Case, C.; Dalley, T. (2014): The handbook of art therapy. Third edition. New York: Routledge.
- Centre For The Advancement Of Interprofessional Education CAIPE (2002): Interprofessional Education. Online verfügbar unter <http://caipe.org.uk/resources/defining-ipe/>, zuletzt geprüft am 22.10.2015.
- Cina, C. (2012): Solothurn: erster Kanton mit einheitlichem Betreuungsplan für Schwerkranken. In: *Schweizerische Ärztezeitung* 12 (16), S. 316.
- Costa, A.; Othero, M. (2012): Palliative Care, Terminal Illness, and the Model of Human Occupation. In: *Phys Occup Ther Geriatr* 30 (4), S. 316–327. DOI: 10.3109/02703181.2012.743205.
- Crawford, G. B.; Price, S. D. (2003): Team working: palliative care as a model of interdisciplinary practice. In: *The Medical journal of Australia* 179 (6 Suppl), S. S32–4.
- Dorner, B.; Friedrich, E. K.; Posthauer, M. E. (2010): Position of the American Dietetic Association: Individualized nutrition approaches for older adults in health care communities. In: *Journal of the American Dietetic Association* 110 (10), S. 1549–1553.
- Emery, H. A. (2013): Fatigue und Schwäche bei PatientInnen in palliativen Situationen. In: *Physioactive* 11, S. 25–28.
- Ewers, M. (2005): Case Management in Theorie und Praxis. 2., erg. Aufl. Bern: Huber (Pflege-management).
- Eychmüller, S. (2015): Palliativmedizin Essentials. Das 1 × 1 der Palliative Care. 1. Aufl. Bern: Huber.
- Fässler, C. (2012): Palliative Care: Palliativpflege auf der onkologischen Abteilung. In: *Dialog 32: Zeitschrift der Lindenhof Schule und der Vereinigung der Ehemaligen der Lindenhof Schule*, S. 12–13.
- Fegg, M. (2012): Psychologie und Palliative Care. Aufgaben, Konzepte und Interventionen in der Begleitung von Patienten und Angehörigen. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer (Münchner Reihe Palliative Care, 10).
- Fegg, M.; Pestinger, M.; Lampe, H. (2008): Berufsbild für Psychologen in Palliative Care: Arbeitskreis Psychologie der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, S. 1–8.
- Gallagher-Allred, C. R. (1989): Nutritional care of the terminally ill. Rockville, Md.: Aspen Publishers.
- GfK Switzerland AG (2009): Repräsentative Bevölkerungsbefragung Palliative Care; im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG. Bern
- Hardy, D. (2001): Creating Through Loss: An Examination of how Art Therapists Sustain their Practice in Palliative Care. In: *Inscape* 6 (1), S. 23–31. DOI: 10.1080/17454830108414026.
- Hess, B. (2008): Interprofessionalität in der Palliative Care mit einem speziellen Fokus auf die palliative Betreuung in Alters- und Pflegeheimen im schweizerischen Kontext. Wissenschaftliche Arbeit zur Erlangung des Master of Advanced Studies in Palliative Care, Kommunikation und Ethik am Ende des Lebens. Sion: Institut universitaire Kurt Bösch.
- Hughes, S.; Firth, P.; Oliviere, D. (2014): Core competencies for palliative care social work in Europe: an EAPC White Paper – part 1.
- Hughes, S.; Firth, P.; Oliviere, D. (2015): Core competencies for palliative care social work in Europe: an EAPC White Paper – part 2.

- Janssen, D.; Spruit, M. A.; Alsemgeest, T. P.; Does, J.D.; Schols, J.; Wouters, E. (2010): A patient-centred interdisciplinary palliative care programme for end-stage chronic respiratory diseases. In: *International journal of palliative nursing* 16 (4), S. 189–194. DOI: 10.12968/ijpn.2010.16.4.47785.
- Joray, M. L.; Leuenberger, M. S.; Eychmüller, S.; Stanga, Z. (2012): Ernährung in der Palliative Care: Praxisrelevante Aspekte. In: *palliative ch* 3, S. 5–11.
- Kasven-Gonzalez, N.; Souverain, R.; Miale, S. (2010): Improving quality of life through rehabilitation in palliative care: case report. In: *Palliative & supportive care* 8 (3), S. 359–369.
- Korczak, D.; Wastian, M.; Schneider, M. (2013): Music therapy in palliative setting. In: *GMS health technology assessment* 9, DOI: 10.3205/hta000113.
- Kränzle, S.; Schmid, U.; Seeger, C. (2011): Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung. 4., überarbeitete und erweiterte Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
- Kunz, R. (2014): Interdisziplinäre Betreuung und Integrierte Versorgung. In: Volker Schulte und Christoph Steinbach (Hg.): *Innovative Palliative Care. Für eine neue Kultur der Pflege, Medizin und Betreuung*. 1. Aufl. Bern: Huber (Palliative Care), S. 109–118.
- Neuner-Jehle, S. (2011): Zuviel des Guten – Rezepte gegen Polypharmazie. In: *palliative ch* 11, S. 212–215.
- Noth, I. (2013): Spirituelle Bedürfnisse wahrnehmen – Wie sich Religiosität auf die Lebensqualität unheilbar kranker Menschen auswirkt. In: *Psychoscope* 34, S. 8–11.
- Noth, I.; Kohli Reichenbach, C. (2014): Palliative und Spiritual Care. Aktuelle Perspektiven in Medizin und Theologie. Zürich: TVZ, Theologischer Verlag Zürich.
- O'Connor, M.; Pugh, J.; Jiwa, M.; Hughes, J.; Fisher, C. (2011): The palliative care interdisciplinary team: where is the community pharmacist? In: *Journal of palliative medicine* 14 (1), S. 7–11. DOI: 10.1089/jpm.2010.0369.
- O'Sullivan Maillet, J.; Baird Schwartz, D.; Posthauer, M.E. (2013): Position of the academy of nutrition and dietetics: ethical and legal issues in feeding and hydration. In: *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics* 113 (6), S. 828–833. DOI: 10.1016/j.jand.2013.03.020.
- Philippin, Y. (2013): Redonner du sens à la fin de la vie. In: *Psychoscope* 34, S. 12–15.
- Public Health Services (2014): Migrationssensitive Palliative Care – Bedarf und Bedürfnisse der Migrationsbevölkerung in der Schweiz. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG.
- Räss-Hunziker, A. (2014): Culinary in Palliative Care – eine interdisziplinäre Horizonterweiterung. In: *Frequenz*, S. 14–15.
- Rémi, C.; Bausewein, C. (2014): Arzneimittelinteraktionen. In: *palliative ch* 1, S. 6–14.
- Ruberg, K. (2014): Apotheker und ihre Aufgaben im Palliative-Care-Team – Pharmazie in der Palliativmedizin. In: *Zeitschrift für Palliativmedizin* 15 (01), S. 16–20.
- Ruppen, M.; Bruderer, B. (2014): Ist Physiotherapie in der Palliative Care ein Widerspruch? In: *Frequenz*, S. 22–30.
- Schiess, E. (2012): Palliative Care – Es ist unglaublich, wieviel Kraft die Seele dem Körper zu leihen vermag. In: *Dialog 32, Zeitschrift der Lindenhof Schule und der Vereinigung der Ehemaligen der Lindenhof Schule* 19, S. 17–18.
- Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften SAMW (2014): Charta – Zusammenarbeit der Fachleute im Gesundheitswesen. Basel.
- Starck, M.; Wendtner, C.-M. (2012): Multiprofessionelle Kooperation – die Basis der Palliativmedizin. In: *MMW – Fortschritte der Medizin* 154 (6), S. 59. Online verfügbar unter <http://www.zbmed.de/ccmedimages/2012/ZBMED-2012465154-6.pdf>.
- Townsend, E. A.; Polatajko, H. J. (2013): Enabling occupation II. Advancing an occupational therapy vision for health, well-being and justice through occupation. Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists.
- Waldispühl Zindel, F.; Rex, C. (2014): Vom Zufallsprinzip zur Systemsteuerung. In: *Krankenpflege* 10, S. 16–19.

Walker, K. A.; Scarpaci, L.; McPherson, M. L. (2010): Fifty reasons to love your palliative care pharmacist. In: *The American journal of hospice & palliative care* 27 (8), S. 511–513. DOI: 10.1177/1049909110371096.

Warth, M.; Kessler, J.; Koenig, J.; Wormit, A. F.; Hillecke, T. K.; Bardenheuer, H. J. (2014): Music therapy to promote psychological and physiological relaxation in palliative care patients: protocol of a randomized controlled trial. In: *BMC palliative care* 13 (1), S. 60. DOI: 10.1186/1472-684X-13-60.

Wasner, M.; Pankofer, S. (2014): Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer (Münchener Reihe Palliative Care, 11).

Weber, A.; Obrist, M.; Vontobel, H.; Lüssi, M.; Baur, U.; Nägeli, D. et al. (2010): Aus Schnittstellen werden Nahtstellen. Planung der Spitalentlassung bei schwerer, unheilbarer Krankheit. In: *Schweizerische Ärztezeitung* 91 (28/29), S. 1108–1112.

Woitha, K.; Wunsch, A.; Müller-Mundt, G.; Volsek, S.; Schneider, N. (2013): Entwicklung und Einsatz der Physiotherapie in der Palliativversorgung – Eine systematische Literaturanalyse. In: *Zeitschrift für Palliativmedizin* 14 (05), S. 210–219.

World Health Organisation WHO (2010): Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. Geneva. Online verfügbar unter http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70185/1/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf, zuletzt geprüft am 19.10.2015.

Mitglieder der Arbeitsgruppen

Moderationen:

Margreet Duetz Schmucki

*Sektion Nationale Gesundheitspolitik,
Bundesamt für Gesundheit BAG, Bern*

Catherine Hoenger

Service de la santé publique Vaud

Christine Burki

Espace Pallium, Lausanne

Esther Cavegn

*THARAD Zentrum für Pflege und Betreuung,
Derendingen*

Anne Decollogny

*Institute of Health Economics and Management,
Université de Lausanne*

Christine Donzé

*Caritas Jura, secteur accompagnements
et deuils*

Isabelle Druenne

Ergothérapie, massages holistiques, Loveresse

Anne Eichenberger

Institut für Spitalpharmazie, Inselspital Bern

Henry A. Emery

*Physiotherapie im Park-Hotel,
Bad Zurzach*

Andreas Gerber

Praxis für Allgemeine Innere Medizin, Bern

Andrea Jenny

Caritas Luzern

Thierry Kaufmann

Fondation la Châtelaine, Moudon

Sylvie Krattinger

Physiothérapie, Prilly

Cecile Lavanchy

Diététicienne, Hôpital de Lavaux, Cully

Joëlle Michel Nemitz

*Médecine générale, EMSP BEJUNE,
Courtelary*

Sabine Millius

Vertretung ambulante Pflege, Spitex

Esther Mohni

ASAD vallée de Tavannes, Bévillard

Lisa Palm

Spitalseelsorge, Universitätsspital Zürich

Yves Philippin

Psychologie, Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)

Lucia Stäubli

Kunsttherapie, Claraspital Basel

Dominique Troilo

*Aumônerie protestante des EMS,
Chavornay*

Frieda Waldispühl Zindel

Gesundheitswesen Zug, Cham

Diana Zwahlen

Psychosomatik, Universitätsspital Basel

Impressum

© Bundesamt für Gesundheit BAG

Herausgeber
BAG

Publikationszeitpunkt
Februar 2016

Autorinnen
Simone Egli, Lea von Wartburg und Flurina Näf

Weitere Informationen
Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Gesundheitspolitik
Postfach
CH-3003 Bern
palliativecare@bag.admin.ch

Diese Publikation steht als PDF in deutscher und französischer Sprache
unter www.bag.admin.ch/palliativecare zur Verfügung

Layout
Heyday Bern

BAG-Publikationsnummer
2015-GP-06

Bezugsquelle
BBL, Vertrieb Bundespublikationen, CH-3003 Bern
www.bundespublikationen.admin.ch
verkauf.zivil@bbl.admin.ch

Bestellnummer
316.732.d