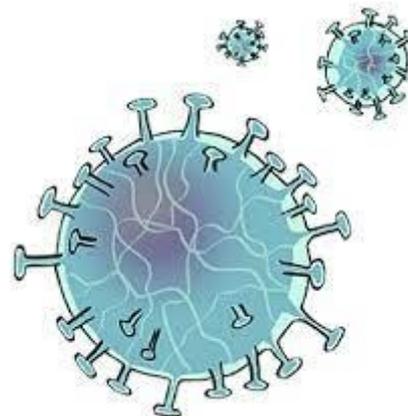




palliative.ch

gemeinsam + kompetent
ensemble + compétent
insieme + con competenza



Palliative Care: Erkenntnisse aus der Corona-Pandemie **Fokussierung, Umsetzung und Weiterentwicklung**

Schlussbericht 31.03.2021

(ergänzt 31.05.2021)

Renate Gurtner Vontobel, Gudrun Theile

Impressum

Vertragsnummer:	20.013268 / 223.3-21/1
Laufzeit:	20.06.2021 bis 30.04.2021
Leitung des Projektes im BAG:	Lea von Wartburg, Sektion Nationale Gesundheitspolitik
Bezug/Kontakt:	Bundesamt für Gesundheit BAG Sektion Nationale Gesundheitspolitik Schwarzenburgstrasse 157 3003 Bern
Zitiervorschlag:	Gurtner Vontobel Renate & Theile Gudrun (2021). Palliative Care: Erkenntnisse aus der Corona-Pandemie – Fokussierung, Umsetzung, Weiterentwicklung, im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, Bern:

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	4
Ausgangslage und Auftrag	6
Methodische Vorgehensweise.....	7
Teil 1: Erkenntnisse aus der Corona-Pandemie	8
Erfahrungen und Erkenntnisse aus der ersten Welle	8
Empfehlungen und Handlungsbedarf aus der ersten Welle.....	9
Fazit	10
Der Nutzen des Syntheseberichts Palliative Care (2020).....	10
Teil 2: Diskussion und Validierung der Ergebnisse.....	10
Fokussierung auf vier Handlungsfelder	10
Teil 3: Umsetzung der Erkenntnisse	11
Handlungsfeld «Strukturelle Einbindung von Palliative Care»	11
Nationaler Kontext.....	11
Institutioneller Kontext im Akutspital.....	12
Ambulanter Kontext.....	13
Handlungsfeld «Gesundheitliche Vorausplanung».....	14
Auseinandersetzung mit dem Lebensende.....	14
Gesundheitliche Vorausplanung in Pflegeheimen	14
Gesundheitliche Vorausplanung in der Palliative Care.....	16
Handlungsfeld «Beratung und Unterstützung der Bevölkerung und Pflegeheim»	17
Die zweite Welle der Coronapandemie	17
Situation in den Pflegeheimen.....	18
«Über das Sterben reden» - Sensibilisierung durch Medienarbeit	19
«Die Bedeutung des Sterbens» - ein Filmporträt von palliative ch	19
Handlungsfeld «Weiterbildung für Hausärzt*innen, welche oft auch Heimärzt*innen sind»	21
Qualifizierende Weiterbildung in Palliative Care und Geriatrie für Hausärzt*innen (HA)	22
Literaturverzeichnis und Links	24

Zusammenfassung

Bei einer Pandemie mit Symptomen und einer schnellen, gehäuften Sterblichkeit, muss das «Leben zu Ende», d.h. das Sterben mitgedacht und die Bedeutung einer optimalen medizinischen, psychosozialen und spirituellen Begleitung der schwerstkranken Menschen und ihrer Angehörigen entsprechend gewichtet werden. Dabei spielt Palliative Care eine zentrale Rolle: Um belastende Symptome zu lindern, bei der Entscheidungsfindung zu unterstützen, um Behandlungen vorausschauend zu planen und um die Patient*innen mit ihren Angehörigen ganzheitlich zu begleiten.

Die frühzeitig von der Fachgesellschaft palliative ch initiierte Task Force Corona erfüllte das übergeordnete Ziel, die Fachexpertise zur Bewältigung der Corona-Pandemie zentral und settingspezifisch zu definieren und dezentral, in Form von Guidelines und Merkblättern breit zur Verfügung zu stellen.

Eine quantitative Befragung von Personen, welche massgeblich in die Planung, Versorgung und Betreuung von Covid-19-Patient*innen involviert waren, zeigt, dass Palliative Care-Spezialist*innen in vielen, aber nicht allen Spitälern frühzeitig in die Behandlungs- und Entscheidungsfindungsprozesse einbezogen wurden. In Pflegeheimen jedoch, gestaltete sich der Einbezug und die Zusammenarbeit mit Fachpersonen der Palliative Care als schwieriger. Pflegeheime arbeiten weitgehend autonom und sind es bislang nicht gewohnt, externe Expertisen und Hilfsangebote abzurufen. Entsprechende, systemische Versorgungsnetzwerke sind häufig – auch aus diesem Grund – nicht vorhanden.

Aus den Erkenntnissen und Erfahrungen während der andauernden Covid-19-Pandemie (ab März 2020) lässt sich Handlungsbedarf in vier Handlungsfeldern ableiten:

Förderung der strukturellen Einbindung von Palliative Care: Die Einbettung der Palliative Care-Expertise auf nationaler, regionaler und institutioneller Ebene ist zentral und verbessert die Qualität der Versorgung auf allen Ebenen. Die Krise hat einige Good-Practice-Modelle geschaffen. Vor allem im institutionellen Kontext der Akutspitäler konnten die Palliative Care Spezialist*innen bei der Symptomlinderung, bei der Entscheidungsfindung und bei der Begleitung von Patient*innen und ihren Angehörigen überzeugen. Damit erfolgte der konsiliarische Einbezug der Palliative Care-Spezialist*innen systematischer und kontinuierlich. Persönliche Kontakte unterstützen die interdisziplinäre Zusammenarbeit genauso wie Präsenz, hohe Verfügbarkeit und Schnelligkeit in Bezug auf Fragenbeantwortung.

Das Wissen darüber, was Palliative Care innerhalb und ausserhalb des klinischen Kontextes leisten kann, bestimmt die Nachfrage und den frühzeitigen Einbezug der Palliativmediziner*innen. Strukturen und Hierarchien sind menschengemacht. Daher ist immer entscheidend, wer, wo mit welcher Expertise und welchem Fokus in Entscheidungsgremien sitzt.

Weiter fehlen aussagekräftige, randomisierte Studien und Evidenzen zu wichtigen Topics in der Begleitung und Behandlung von älteren Menschen in Pflegeheimen und Zuhause, welche die Wirksamkeit der Palliative Care nachweislich aufzeigen und im interdisziplinären Kontext zentral sind.

Gesundheitliche Vorausplanung: Die Covid-19-Pandemie veranlasste viele Menschen, sich frühzeitig mit ihrem Lebensende und auch mit den Behandlungswegen am Lebensende zu befassen. Als Folge der hohen Sterblichkeit in Pflegeheimen während der ersten Welle (März bis Mai 2020) wurden in vielen Pflegeheimen Gespräche zur gesundheitlichen Vorausplanung geführt, entsprechend dokumentiert und individuelle Betreuungspläne erstellt. Das Wissen um den Wert einer vorausschauenden Versorgungsplanung inklusive Palliative Care leistet einen wichtigen Beitrag «zum guten Sterben»; dabei wird den Hausärzt*innen, welche oft auch Heimärzt*innen sind, eine Schlüsselfunktion attestiert.

Die Dokumentationen zur gesundheitlichen Vorausplanung sind nicht einheitlich und oftmals in der Umsetzung zu umfangreich oder zu lückenhaft. Die Fachperspektive der Palliative Care ist meist zu

wenig akzentuiert. Zudem fehlen finanzielle Anreize, um die aufwendigen Gespräche und die zeitintensive Behandlung von Menschen am Lebensende für Hausärzt*innen und Heimärzt*innen «attraktiv» zu machen.

Beratung und Unterstützung der Bevölkerung und der Pflegeheime: Die Covid-19-Pandemie konfrontiert die Bevölkerung weltweit mit dem Tabu-Thema Tod und Sterben. In den Medien wird «übers Sterben» geredet und auch Palliative Care als ganzheitliche medizinische Behandlung und psychosoziale und spirituelle Betreuung am Lebensende findet in diesem Kontext positive Erwähnung. Die Sensibilisierung und Aufklärung im Umgang mit dem Sterben und Tod wird von Fachpersonen als Chance gewertet und wahrgenommen.

Aufgrund der hohen Sterblichkeit, aber auch aufgrund des einsamen Sterbens während der Pandemie werden Pflegeheime derzeit als Sterbeorte stigmatisiert. Dabei geht oft vergessen, dass in «normalen» Zeiten rund 40 Prozent aller Todesfälle, also rund 26'000 Personen im Jahr in einem Pflegeheim sterben. Pflegeheime sind für nahezu all ihre Bewohner*innen der letzte Aufenthaltsort. Die Vorbereitung auf das nahende Lebensende gehört zum Kernauftrag der Betreuung in diesen Institutionen. Dafür braucht es evidenzbasierte Empfehlungen für eine gute Praxis der Palliative Care in der Langzeitpflege sowie darauf basierende Weiterbildung. Das Pflege- und Betreuungsperson muss für die fachlich anspruchsvolle und menschlich oftmals belastende Arbeit gut geschult und begleitet werden – Kompetenzen in Palliative Care gehören unverzichtbar dazu.

Weiterbildung für Hausärzt*innen: Die Erfahrungen während der ersten Welle der Covid-19-Pandemie hat die Schlüsselrolle der Hausärzt*innen, welche oft auch Heimärzt*innen sind, deutlich herausgeschält. Abhängig von der jeweiligen Perspektive und den daraus resultierenden Erwartungen, wurden Hausärzt*innen ihrer Rolle in der Begleitung älterer Menschen am Lebensende – auch in den Pflegeheimen – nicht immer gerecht. Im Rahmen eines Kooperationsprojekts – getragen von der Schweizerischen Fachgesellschaft für Geriatrie (SFGG), der Haus- und Kinderärzte Schweiz (mfe) und palliative.ch – soll eine qualifizierende Weiterbildung für Hausärzt*innen entwickelt werden, welche Lücken auf dem Gebiet der Palliative Care und Geriatrie schliesst und die Hausärzt*innen auf ihre Rolle und Aufgaben in einem interdisziplinären Betreuungsnetz vorbereitet.

Wenn es zudem gelingt, mittels dieser qualifizierenden Weiterbildung eine verbesserte finanzielle Abgeltung der zeitaufwendigen Betreuung von Menschen am Lebensende zu erreichen, gewinnt diese Weiterbildung an messbarem Mehrwert und Attraktivität.

Während einer Pandemie ist ein ganzheitlicher Blick über alle Versorgungsbereiche zentral und notwendig. Hochbetagte und multimorbide Menschen können nur dann gut versorgt werden, wenn die verschiedenen Fachpersonen und Institutionen vernetzt, und abgestimmt auf die Bedürfnisse ihrer Patient*innen zusammenarbeiten. Es ist lohnend – vor allem auch versorgungspolitisch – die vielen positiven Erfahrungen, welche in den vergangenen Monaten sowohl auf der individuellen wie institutionellen Ebene als Learnings gemacht werden durften, zu vertiefen und breit zu kommunizieren.

Dankeswort

Wir bedanken uns herzlich bei all jenen, die einen Beitrag zu dieser Arbeit geleistet haben. Ganz besonders bedanken wir uns bei den Interviewpartner*innen. Ohne ihre Offenheit und Bereitschaft, bei der Befragung mitzuwirken, wäre dieser Erfahrungsbericht nicht möglich gewesen. Ein grosses Dankeschön geht an Frau Prof. Dr. med. Sophie Pautex (Universitätsspital Genf) für Ihr enormes Engagement innerhalb der Swiss National COVID-19-Science Task Force sowie Ihre wertvollen Inputs im Rahmen dieser Arbeit. Ein ebenso herzlicher Dank geht an Herrn Prof. Dr. med. Gian Domenico Borasio (Universitätsspital Lausanne) für die gemeinsame kritische Reflektion sowie fürs Kommentieren und Durchlesen dieses Berichtes.

Ausgangslage und Auftrag

Die Zahl der durch das Coronavirus – SARS-CoV-2 – infizierten Personen in der Schweiz steigt seit Ende Februar 2020 an. Mit Stand 18. März 2021¹ gab es in der Schweiz 578'858 bestätigte Erkrankungsfälle. Aufgrund der neuen Lungenkrankheit verstarben in der Schweiz bisher insgesamt 9'438 (Stand 18.03.2021). Der Verlauf der Pandemie ist in der Schweiz von Kanton zu Kanton unterschiedlich. Ein erstmaliges Auftreten der neuartigen Lungenkrankheit Covid-19 in der Schweiz erfolgte am 25. Februar 2020. Aktuell ist der Kanton Genf, gemessen an den Erkrankungsfällen pro 100'000 Einwohner der am stärksten betroffene Kanton. Die meisten Covid-19-Todesfälle sind bisher im Kanton Zürich verzeichnet. Die Zahl der Todesfälle mit dem neuartigen Coronavirus variiert in der Schweiz² je nach Altersklasse deutlich. Die bisher am stärksten betroffene Altersklasse ist die Gruppe der 80-Jährigen oder älter. Gemäss Bundesamt für Statistik (BSF) starben 6'815 Personen in dieser Altersklasse. Die meisten dieser Personen starben nicht im Spital, sondern in Pflegeheimen oder zu Hause.

Bei der Begleitung und Behandlung von unheilbar kranken Menschen oder Menschen am Lebensende spielt Palliative Care eine wichtige Rolle. Fachpersonen der Palliative Care sind in den Spitälern, in den Pflegeheimen und im ambulanten Bereich bei der Behandlung und Betreuung von Covid-19-Patient*innen involviert. palliative.ch hat am 13. März 2020 eine Task Force Corona mit Fachexpert*innen der Palliative Care mit dem Ziel initiiert, die schweizweite Vernetzung sowie den Knowhow-Transfer sicherzustellen. Basierend auf der stetig aktualisierten Expertise arbeitet die Task Force Crew koordiniert an settingspezifischen Instrumenten und Guidelines zur Begleitung und Behandlung besonders gefährdeter Menschen.

Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) hat palliative.ch die Erfahrungen und Erkenntnisse der ersten Welle (Frühling 2020) analysiert und erfasst, welche Faktoren dazu geführt haben, dass Palliative Care in diesen ersten Wochen der Coronakrise in die Versorgung der Covid-19-Patient*innen integriert wurde. Die Erkenntnisse wurden in einem Synthesebericht³ zusammengefasst und flossen teilweise auch in den Bericht des Bundesrates «Bessere Betreuung und Behandlung von Menschen am Lebensende»⁴ mit ein.

In einem zweiten Schritt wurden die Empfehlungen mit Fachpersonen der Palliative Care, mit relevanten Akteur*innen sowie mit Partnerorganisationen diskutiert und validiert. Basierend auf diese Gespräche, zeichnet sich ein Handlungsbedarf in verschiedenen Handlungsfeldern ab. Die Umsetzung der bisherigen Erkenntnisse und Erfahrungen fokussiert im dritten Schritt auf vier Handlungsfelder, aber auch konkrete Massnahmen:

- ⇒ **Die Förderung der strukturellen Einbindung der Palliative Care Expertise:** Fachpersonen der Palliative Care müssen zwingend Mitglieder von regionalen, kantonalen und/oder institutionellen Netzwerken sein.
- ⇒ **Die Gesundheitliche Vorausplanung:** Die aktuelle Zeit (und die Zeit bis zur dritten Covid-19-Welle) muss genutzt werden, um die vorausschauende Versorgungsplanung in möglichst vielen Pflegeinstitutionen zu etablieren.
- ⇒ **Die Sensibilisierung für und das Verständnis der Palliativversorgung in den Pflegeheimen** muss verbessert werden.
- ⇒ **Die Weiterbildung für Hausärzt*innen muss gefördert werden** und dadurch zur Verbesserung der Behandlungsqualität und zu einem «guten Sterben» daheim oder in einem Pflegeheim beitragen.

¹ Siehe: [Schweiz - Corona-Todesfälle Kantone 2021 | Statista](#)

² Siehe: [Mortalitätsmonitoring \(MOMO\) | BFS - Experimentelle Statistiken \(admin.ch\)](#)

³ Vontobel Gurtner et al. (2020): Palliative Care: Erkenntnisse aus der Corona Pandemie.

⁴ Bundesamt für Gesundheit BAG (2020): Bessere Betreuung und Behandlung von Menschen am Lebensende. Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates 18.3384 der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerats (SGK-SR) vom 26. April 2018

Methodische Vorgehensweise

Die Durchführung des Projektes wurde in folgende Arbeitspakete gegliedert:

Arbeitspaket 1 (Teil 1): Erkenntnisse aus der Corona-Pandemie

In einem ersten Schritt wurde eine strukturierte Online-Befragung der Mitglieder von palliative.ch zur Arbeit, insbesondere zu den Empfehlungen der Task Force durchgeführt. Parallel fand eine summarische Literatur- und Dokumentenrecherche statt.

Die Referent*innen der Summer School 2020 «Covid-19 – Exchange of experience & expert knowledge among Swiss Palliative Doctors» wurden gebeten, ihre spezifischen Erfahrungen darzustellen und jeweils 1-2 Lessons learned zu formulieren. An der Online-Summer School 2020 referierten Palliativmediziner*innen aus allen Landesteilen der Schweiz.

Basierend auf den Lessons learned der Summer School 2020 wurden mittels eines semi-strukturier-ten Fragebogens 14 Interviews mit Personen geführt, welche massgeblich in die Planung, Versorgung und Betreuung von Covid-19-Patient*innen involviert waren.

Ausgehend von den zur Verfügung stehenden Daten wurden Empfehlungen zur Vorbereitung auf eine allfällige zweite Welle ausformuliert. Die Empfehlungen wurden den Interviewpartner*innen sowie weiteren Expert*innen und Stakeholdern zum Kommentieren und Ergänzen vorgelegt und in einem Synthesebericht (Juli 2020) zusammengefasst.

Arbeitspaket 2 (Teil 2): Diskussion und Validierung der Ergebnisse

Im zweiten Schritt wurden die Empfehlungen innerhalb und ausserhalb der Palliative Care-Community breit kommuniziert und mit Partnerorganisationen sowie Vertretungen von Behörden und Politik diskutiert und validiert. Im Rahmen eines Workshops mit den Leitungen und Delegierten der Sektionen von palliative.ch wurden die Erfahrungen ebenfalls thematisiert. Die Fokussierung auf vier Handlungsfelder ist das Ergebnis dieses Arbeitsschrittes

Arbeitspaket 3 (Teil 3): Umsetzung der Erkenntnisse

In einem dritten Schritt wurden zu zwei Handlungsfeldern – gesundheitliche Vorausplanung und Weiterbildung für Hausärzt*innen – in jeweils zwei Expertenteams Fokusgespräche geführt. Auf der Grundlage dieser Gespräche werden derzeit zwei themenspezifische, weiterführende Projekte aufgelegt.

Um die Entwicklung des Einbezugs der Palliative Care in der aktuellen Krise erneut zu evaluieren, wurden gezielt nochmals 5 Gespräche mit Fachpersonen geführt. Prof. Sophie Pautex wurde explizit zur ihrer Arbeit und dem Stellenwert der Palliative Care in der Task Force befragt.

Um die «Verarbeitung» teilweise stark belastender oder sogar traumatischer Erinnerungen rund um den Tod mit und an Covid-19 zu unterstützen und einen Beitrag zur Sensibilisierung und Bedeutung des Sterbens zu leisten, haben wir zusammen mit dem Filmemacher Fabian Biasio einen 10-minütigen Film produziert.

Arbeitspaket 4: Redaktion Schlussbericht und inklusive Zusammenfassung

Im letzten Arbeitsschritt wurde der vorliegende Schlussbericht erstellt.

Teil 1: Erkenntnisse aus der Corona-Pandemie

Im Sommer 2020 – in Teil 1 – wurde die Arbeit der Task Force Corona (von palliative.ch) sowie die Erfahrungen der Fachpersonen in Palliative Care evaluiert und ermittelt, welche Faktoren dazu geführt hatten, dass Palliative Care während der Corona-Pandemie in die Versorgung von Covid-19-Patient*innen integriert wurde. Der Synthesebericht (Juli 2020) umfasst die Analyse und Evaluation zur Arbeit und zum Nutzen der Task Force, die «Lessons learned» der Summer School 2020 in Palliativmedizin sowie 13 Interviews mit Schlüsselpersonen der Palliativmedizin.

Erfahrungen und Erkenntnisse aus der ersten Welle

- In allen Versorgungseinheiten – in den Spitälern, in den Pflegeheimen sowie in der ambulanten Versorgung – wurden innerhalb kürzester Zeit Strukturen, Netzwerke, Versorgungs- und Unterstützungsangebote aufgestellt, die einerseits auf die Behandlung und Betreuung von an Covid-19 erkrankten Patient*innen und ihrer Angehörigen fokussierten, andererseits aber auch Support für Pflegende sowie Ärztinnen und Ärzte ermöglichte.
- Die strukturellen, organisatorischen, personellen und finanziellen Rahmenbedingungen einer Spitalseinheit, insbesondere eines Universitätsspitals, sind mit denjenigen eines Pflegeheimes nicht vergleichbar. Hinzu kommt, dass sich die Pflegeheime innerhalb ihres Versorgungssettings in Bezug auf Grösse, Trägerschaft, Spezialisierung und Kultur stark unterscheiden. Während die Spitäler aufgrund ihrer kantonalen Leistungs- und Versorgungsaufträge in eine kantonale Steuerungsstruktur eingebunden sind, fehlt bei den Pflegeheimen ein analoges Netzwerk, es sei denn, es handelt sich um Pflegezentren der öffentlichen Hand.
- Der schweizweite Fokus auf die Intensivmedizin und die Aufrüstung der Intensivbetten steuerte die Aufmerksamkeit der Behörden und Bevölkerung primär auf die Spitalversorgung was sich auch auf die Zuteilung des Schutzmaterials und Medikamente auswirkte.
- Dadurch kamen gezielte Informationen, Empfehlungen und Richtlinien (z.B. Kohortierung) verzögert in die Pflegeheime, respektive erreichten sie gar nicht.
- Die Fachpersonen in Pflegeinstitutionen arbeiten mit einer hohen Selbstständigkeit und Autonomie, meist gut vernetzt mit lokalen Hausärztinnen und Hausärzten (sind auch Heimärzt*innen/Heimärzte); sie sind es sich nicht gewohnt, externe Expertisen und Hilfsangebote abzurufen. Entsprechende Netzwerke sind häufig nicht vorhanden. Die fachliche Kompetenz der Heimärzt*innen in Bezug auf Palliative Care ist heterogen, ebenso leider die Bereitschaft, sich von Palliativfachkräften unterstützen zu lassen.
- Die Ausbreitung der Covid-19-Infektion geht schnell und auch infizierte, ältere Menschen sind oft mehrere Tage symptomlos.
- Eine schriftliche definierte gesundheitliche Vorausplanung, welche den Willen der Patient*innen oder Bewohner*innen festhält, vor allem auch, was sie/er nicht will, unterstützt den Entscheidungsfindungsprozess.
- Das schweizweit angeordnete Besuchsverbot für alle Versorgungseinrichtungen war schwierig umzusetzen und je länger es dauerte, je herausfordernder wurde es für Patientinnen, Bewohner und vor allem auch für das Pflege- und Betreuungspersonal. Für Demenzkranke war das Verbot eine grosse Not.
- Die psychosoziale und spirituelle Betreuung von Patientinnen, Angehörigen und Gesundheitsfachpersonen ist auch (oder gerade) während einer Pandemie von grösster Bedeutung und ist sicherzustellen.
- Eine Vielzahl neuer Kommunikationstools fand schnelle und breite Anwendung: Virtuelle Visite, Zoom-Beratung, Telemedizin, Face-to-Face-Gespräche, etc. Diese neue Form der Kommunikation machte es für Angehörige möglich, mit ihren Liebesten in Kontakt zu sein. Ärztliches Fachpersonal konnte via Telemedizin einfachen Support bieten.
- Der Zugang zu Tests und schnelle Testresultate sind wichtige Steuerungsparameter.
- Das Pflege und Betreuungspersonal braucht in Pandemiezeiten besondere Aufmerksamkeit, Beratung und Unterstützung, aber auch Prävention und wo nötig gesundheitliche Versorgung.

Die Grenzregionen mit einem hohen Personalanteil aus den angrenzenden Ländern braucht zusätzliche Rahmenbedingungen, insbesondere erleichterten Grenzübertritt.

- Die Versorgung innerhalb der Spitalstrukturen funktioniert schnell, professionell und systematisch stattfindende Debriefings ermöglichen Optimierung und Korrekturen.
- Die Akzeptanz der Palliativmedizin, der Palliative Care ist unterschiedlich. Wo langjährige Zusammenarbeitsstrukturen und gute Beziehungen bestehen, funktioniert der schnelle Einbezug auch in einem Pandemiefall. Allerdings war – bis auf den Kanton Tessin, nämlich PD Dr. Claudia Gamondi - in keiner Institution der befragten Gesprächspartner ein Mitglied der Palliativmedizin in der Task Force vertreten.

Empfehlungen und Handlungsbedarf aus der ersten Welle

Der Fokus während einer Pandemie muss primär auf der Versorgung und Betreuung von hochbetagten, multimorbiden Menschen in den Alters- und Pflegeheimen oder Zuhause liegen. Dass ältere Menschen in Pflegeheimen oder auch Zuhause sterben, ist eine Tatsache. Im Falle einer Pandemie, ist jedoch die Frage wie sie sterben relevant. Alle sterbenden Covid-19-Patient*innen sollen Zugang zu Palliative Care haben und die psychosoziale und spirituelle Betreuung von Patient*innen, Angehörigen und von Gesundheitsfachpersonen ist von grösster Bedeutung.

Bei einer Pandemie mit Symptomen und einer hohen Sterblichkeit, muss man das «Leben zu Ende denken», das heisst, das Sterben mitdenken und Fachpersonen der Palliative Care in die Planung, Versorgung, Beratung und Behandlung beiziehen: Strukturell, konzeptionell und operativ.

Die Rolle und Aufgabe der Hausärzt*innen, gerade auch wenn sie als Heimärzt*innen tätig sind, muss klarer definiert sein. Mit bereits bestehenden Instrumenten wie dem Behandlungsplan oder Notfallplan können Hausärzt*innen mit den Bewohner*innen, ihren Angehörigen und dem Pflegepersonal Standortgespräche führen, Willensbekundungen bezüglich Behandlung aufnehmen und Reservemedikamente verschreiben.

Die Zeit nach einer überstandenen akuten Gesundheitskrise (nicht nur individuell) ist der ideale Zeitpunkt für ACP (Advance Care Planning). ACP ist besonders empfehlenswert für Personen mit einem hohen Covid-19-Risiko, insbesondere für Bewohner*innen von Alters- und Pflegeheimen, bei denen es gilt, zukünftige Spitaleinweisungen mittels der genauen Klärung der Behandlungsziele zu vermeiden.

Um die Ausbreitung der Covid-19-Infektion kontrollieren zu können, braucht es genügend Testmaterial, auch Test-Konzepte, welche regelmässige, und wo angebracht, intensive, systematische Testserien für Bewohner*innen und Personal möglich machen.

Das Pflege- und Betreuungspersonal braucht Schulung und Unterstützung in Symptommanagement: Symptome wahrnehmen, Vitalzeichen messen und interpretieren etc. Solche Schulungen können auch als kurze, anschauliche Webinare konzipiert, modellhaft didaktisiert und breit multipliziert werden. Wichtig ist, dass sich die Schulungsangebote – stufengerecht – auch ans Hilfs- und Betreuungspersonal richten.

Bei klarer Allokation einer Covid-19-Infektionswelle in Pflegeinstitutionen muss die aktive Unterstützung von zusätzlichem Pflegepersonal, sprich die Verschiebung von Pflegepersonal kantonal gesteuert und angeordnet werden sollte.

Immer stehen auch Finanzierungsfragen im Raum, oder anders: Erst wenn geklärt ist, wer die geriatrische und/oder palliativmedizinische Expertise und Beratung zahlt, kann diese Dienstleistung auch bedarfsgerecht bezogen werden.

Fazit

Bei einer Pandemie mit Symptomen und einer schnellen, gehäuften Sterblichkeit, muss das «Leben zu Ende», d.h. das Sterben mitgedacht werden, sowohl im Sinne einer optimalen Palliativbegleitung und Leidenslinderung wie auch im Sinne einer vorausschauenden Versorgungsplanung.

Bei einer Pandemie wie Covid-19 muss Palliative Care ab der ersten Stunde strukturell und konzeptionell einbezogen werden: Ein Mitglied der Palliativmedizin, bevorzugt mit geriatrischem Hintergrund, soll Einsitz in der beratenden Task Force des Bundes und des Bundesrates haben; gleichzeitig soll Palliative Care in allen Empfehlungen und Richtlinien «verordnet» werden. Die Einbettung der Palliative Care-Expertise auf Bundesebene schafft Legitimation und hat Modellcharakter, sprich Kaskadenwirkung auf alle unteren Ebenen: Kantone, Gemeinden, Institutionen.

Diese zentrale strukturelle Massnahme stellt sicher, dass Menschen auch während einer Pandemie strapazierten Versorgungsverhältnissen und strengen Besuchsregelungen würdig und ohne viel Schmerz und Leiden bis an ihr Lebensende begleitet werden können.

Der Nutzen des Syntheseberichts Palliative Care (2020)

Der **Synthesebericht Palliative Care: Erkenntnisse aus der Corona-Pandemie** vom 15.07.2020 wurde innerhalb der Palliative Care-Community breit verteilt und auch über die Website von palliative.ch interessierten Fachpersonen und Institutionen zur Verfügung gestellt. Auf Nachfrage aus der Romandie (Kanton Waadt) wurde eine Kurzfassung des Syntheseberichtes ins Französische übersetzt. Der Bericht wurde ebenfalls den Mitgliedern der Ständerätlichen Gesundheitskommission zur Verfügung gestellt.

Teil 2: Diskussion und Validierung der Ergebnisse

Fokussierung auf vier Handlungsfelder

Ab August 2020 fanden regelmässig Austauschtreffen und Expertengespräche statt – ab Ende Oktober nur noch virtuell. Die Diskussionen zeigten, dass die Erkenntnisse und Empfehlungen der Corona-Pandemie auf Konsens stiessen und grossmehrheitlich geteilt wurden. Mehrere Vorschläge – wie zum Beispiel das Einführen von Gesprächen und Instrumenten zur gesundheitliche Vorausplanung in Pflegeheimen war erkannt und schweizweit in der Umsetzung. Wenn es gemäss Auftrag gilt, Massnahmen als Priorität vorzuschlagen, dann sind es diejenigen Massnahmenpakete, die zumeist auch Policy-Charakter haben. Dabei zeichnen sich vier Handlungsfelder ab:

- ⇒ **Förderung der strukturellen Einbindung der Palliative Care Expertise:** Fachpersonen der Palliative Care müssen Mitglieder von regionalen, kantonalen und/oder institutionellen Netzwerken sein. Damit werden die heute bestehenden Zufälle und ungleichen Zugangschancen reduziert. Der Zugang zu dieser Expertise soll niederschwellig und kostenlos möglich sein.
- ⇒ **Gesundheitliche Vorausplanung (ACP):** Die aktuelle Zeit und allenfalls die Zeit bis zur dritten Covid-19-Welle muss genutzt werden, um die vorausschauende Versorgungsplanung in möglichst allen Pflegeheimen zu etablieren! Nebst einer unterstützenden Digitalisierung und guten fachlichen Netzwerken, ist es sicherlich hilfreich, die Bevölkerung breit über die Bedeutung der ACP bei alten fragilen und polymorbiden Menschen zu informieren und zu ermutigen. Für die palliative Behandlung von Covid-19-Patient*innen in einem Pflegeheim ist es zudem wichtig, dass ein Pflegeplan besteht. Der Notfallplan, welchen palliative.ch auf der Website zur Verfügung stellt, ist validiert, gut und sehr hilfreich.
- ⇒ Das **Verständnis der Palliativen Versorgung in einem Pflegeheim** muss von den letzten Lebenstagen auf eine Phase des Lebensendes gelenkt werden und gleichzeitig die Vernetzung der Dienste in einem regionalen Versorgungssystem mit Spitex, Hausärzt*innen, Seelsorge und anderen Spezialdiensten anstreben. Die Hausärzt*innen haben in dieser Entwicklung eine Schlüsselrolle inne.

- ⇒ Die **Weiterbildung für Hausärzt*innen soll gefördert** werden und dadurch indirekt zur Verbesserung der Versorgungsqualität und zu einem «guten Sterben» daheim oder in einem Pflegeheim beitragen. Gemeinsame Lernfelder mit anderen Gesundheitspersonen aus der Spitex und/oder Seelsorge und aus Pflegeheimen fördert das gegenseitige Verständnis und dadurch die regionale Vernetzung und Zusammenarbeit.

Teil 3: Umsetzung der Erkenntnisse

Handlungsfeld «Strukturelle Einbindung von Palliative Care»

Bei einer Pandemie wie Covid-19 muss Palliative Care ab der ersten Stunde strukturell und konzeptionell einbezogen werden: Ein Mitglied der Palliativmedizin, bevorzugt mit geriatrischem Hintergrund, soll Einsitz in der beratenden Task Force des Bundes und des Bundesrates haben; gleichzeitig soll Palliative Care in allen Empfehlungen und Richtlinien «verordnet» werden. Die Einbettung der Palliative Care-Expertise auf Bundesebene schafft Legitimation und hat Modellcharakter, sprich Kaskadenwirkung auf alle unteren Ebenen: Kantone, Gemeinden, Institutionen.

Nationaler Kontext

Die Erkenntnisse der ersten Welle mussten für die zweite Welle genutzt werden: Im Oktober 2020 schrieb palliative.ch einen Brief an den Bundesrat und Gesundheitsminister Alain Berset und unterstrich die zentrale Bedeutung einer frühzeitigen Palliativbegleitung und Leidenslinderung bei der Behandlung von Covid-19-Patient*innen. Mit Verweis auf die quantitative Befragung im Rahmen des BAG-Auftrages⁵ wurde aufgezeigt, dass Palliative-Care-Fachpersonen in vielen, aber nicht allen Spitälern frühzeitig in die Planung und die Behandlung von Covid-19-Patient*innen einbezogen wurden. In den Pflegeheimen gestaltete sich der Einbezug von und die Zusammenarbeit mit den Fachpersonen der Palliative Care als äusserst schwierig. Gleichzeitig fühlten sich die Verantwortlichen und Pflegenden in den Pflegeheimen zu wenig unterstützt. palliative.ch beantragte dem Bundesrat die Einbindung einer Palliativmedizinerin, bevorzugt mit geriatrischem Hintergrund, in die Swiss National COVID-19-Science Task Force. Dies auch in der Hoffnung, dass die Einbettung der Palliative-Care-Expertise auf Bundesebene Modellcharakter hat und Legitimation für einen frühen Einbezug der Palliative Care schafft.

Massnahme	Beschreibung/Aktivität	Status
Strukturelle Einbindung	Am 12. November 2020 wurde Frau Prof. Dr. med. Sophie Pautex, Palliativmedizinerin und Geriaterin am Universitätsspital Genf ad personam in die Swiss National COVID-19-Science Task Force einberufen.	erfüllt

Die Swiss National COVID-19 Science Task Force berät die Behörden in der aktuellen Covid-19-Krise. Die Task Force trifft keine Entscheidungen zu Massnahmen oder Handlungen Ihr Auftrag besteht im Identifizieren, Analysieren und Beraten. Die ehrenamtlich tätigen Expert*innen stammen aus allen wissenschaftlich relevanten Bereichen und stellen die unabhängige wissenschaftliche Beratung sicher. Prof. Dr. med. Sophie Pautex ist Mitglied der Expertengruppe Clinical Care.

Aus dem Interview mit Prof. Dr. med. Sophie Pautex

«Erst seit Januar 2021 werden innerhalb der Task Force auch andere Patientengruppen wahrgenommen als ausschliesslich diejenige der Intensivstationen. Der Fokus lag bis zu diesem Zeitpunkt auf der Versorgung und Behandlung der Intensiv-Patient*innen. Seit Anfang Jahr, seitdem die Leitung der Expertengruppe von einem Intensivmediziner an einen Spezialisten der Hausarztmedizin

⁵ Vontobel Gurtner et al. (2020): Palliative Care: Erkenntnisse aus der Corona-Pandemie.

übergegangen ist, nimmt man innerhalb der Task Force viel klarer wahr, dass es auch andere Patient*innen als Intensivpatient*innen gibt, sei es Zuhause oder in einem Pflegeheim».

Gemäss Prof. Dr. med. Sophie Pautex dreht sich die momentane Diskussion intensiv um Medikamente, deren Wirksamkeit im Kampf gegen Covid-19. Im Fokus stehen Antikörpertherapien. Die Expertengruppe arbeitet an Behandlungsstandards – auch für Patient*innen zuhause und in Pflegeheimen. Ein grosses Thema sind derzeit auch Longcovid-Patient*innen, eine «neue» Patientengruppe, zu deren Krankheitsverläufe man derzeit noch wenig weiss.

Aus dem Interview mit Prof. Dr. med. Sophie Pautex

«Innerhalb der Task Force kämpfe ich als Palliativmedizinerin teilweise mit den gleichen Barrieren wie vor der Pandemie. Es fehlt an Evidenz in wichtigen Topics. Wir wissen wenig, wie wir in Pflegeheimen wirklich behandeln müssen. Es fehlen gute, randomisierte Studien. Studien zu Behandlungsevidenz in Pflegeheimen oder zur Behandlung Zuhause gibt es nicht».

Institutioneller Kontext im Akutspital

Die Sommermonate zwischen der ersten und zweiten Welle wurden in allen Akutspitalern für Reflektion und Debriefings, aber auch zur Vorbereitung auf die erwartete, bald schon reale zweite Welle genutzt. Über die Disziplinen- und Sektorengrenzen zu denken und zu handeln, gemeinsam neue und integrierende Behandlungskonzepte zu erstellen, bot einen Mehrwert für alle – auch für die Spezialist*innen der Palliative Care. Während auf den spezialisierten Palliative Care-Stationen eher ein Rückgang an Patient*innen registriert wurde, wuchs der Bedarf an Konsiliartätigkeit. Die Aufgabe einer konsiliarisch tätigen Palliativmedizinerin besteht darin, in enger Kooperation die Kolleg*innen anderer Fachgebiete anzuregen, dass sie ihre Arbeit fachbezogen, jedoch mit Unterstützung der spezialisierten Palliative Care⁶, auf die Bedürfnisse der jeweiligen Patient*innen ausrichten.

Massnahme	Beschreibung/Aktivität	Status
Strukturelle Einbindung	Palliativmediziner*innen werden frühzeitig konsiliarisch eingebunden und tragen Triage-Entscheidungen mit.	mehrheitlich erfüllt

Die Integration der Palliativversorgung ist nur möglich, wenn die anderen Akteur*innen der Versorgungslandschaft für die Zusammenarbeit gewonnen werden können. Das «Gärtli-Denken» und Konkurrenzdenken ist nach wie vor weit verbreitet und entsprechend ist der Wille zur Zusammenarbeit nicht immer vorhanden. Allerdings scheint es oft nicht nur am Wille zu mangeln, sondern häufig fehlt auch ganz einfach das Wissen darüber, welchen Beitrag Palliative Care für eine gute Behandlungsqualität und Patientenversorgung leisten kann.

Aus dem Interview mit Prof. Dr. med. Sophie Pautex

«Die grössten Widerstände waren oder sind, das Bild, welches von Palliative Care existiert. Nämlich, dass Palliative Care Spezialist*innen ausschliesslich für die letzten 3 Tage beigezogen werden können, dass sie End-of-life-Spezialist*innen sind und insofern dafür zuständig, das Morphium richtig zu dosieren...».

Schweizweit überzeugten Palliativmediziner*innen durch Ihren Einsatz, ihre Präsenz und Expertise während der Coronakrise.

Aus dem Interview mit PD Dr. med. Claudia Gamondi, Ospedale San Giovanni, Bellinzona

«Wir sind Teil der institutionellen Task-Force und Teil des Trage-Teams, was von allen sehr geschätzt wird. Zumal wir auch spüren und erleben, dass Teamarbeit und Interdisziplinarität stärken. Was gerade in diesen Krisenzeiten enorm wichtig ist.»

⁶ Borasio GD, Gamondi C, Obrist M, Jox R (2020): COVID-19: decision-making and palliative care, Swiss Medical Weekly (w20233)

Aus dem Interview mit Dr. med. Sandra Eckstein, Leiterin Palliative Care am Unispital Basel

«Durch unsere konstante Präsenz auf der Visite, inkl. Intensivstation, und am Huddleboard konnten wir die anderen Fachkolleg*innen beraten und ihnen den Mehrwert der Palliative Care aufzeigen, auch überzeugen, dass es in bestimmten Situationen sinnvoll sein kann, Palliative Care-Spezialist*innen früh einzubinden».

«Wir haben einen Leitfaden für die Situationen zur Symptomkontrolle bei COVID-19 Erkrankungen, sowie ein spezifisches Covid-19-Kurz-Konsil entwickelt».

Aus dem Interview mit Prof. Dr. med. Sophie Pautex

«Während der 1. und 2. Welle waren wir Palliative Care-Spezialist*innen im HUG sehr präsent – überall in der Klinik präsent. Die anderen Kolleg*innen haben gesehen, was wir leisten, wie wir arbeiten. Wir haben früh bei der Symptomlinderung geholfen, beim Decision Making. Man hat gesehen, wie wir Angehörigen-Arbeit machen und wir konnten den Health Professionals Support im Umgang mit Sterbenden anbieten. Unsere internen mobilen Teams haben transversal sehr viel bewirkt. Noch nie bekam ich so viele positive Rückmeldungen in Bezug auf unsere Arbeit, auf unsere Kompetenz wie auch auf den Mehrwert der Palliative Care. Unsere Arbeit wurde geschätzt, und ganz besonders die Arbeit der Pflegenden. Was dazu führt, dass die Bedeutung von in Palliativpflege gut ausgebildeter Pflegefachpersonen enorm gestiegen ist. Auch in der Langzeitpflege».

Ambulanter Kontext

Das Potential der spezialisierten, mobilen Palliative Dienste (MPD) wird sowohl im «normalen» Alltag wie auch in der Krisenbewältigung noch zu wenig erkannt und genutzt. Die Spezialist*innen der MPD können sowohl von Hausärzt*innen, Spitexdiensten oder Pflegeheimen für komplexe Patientensituationen beigezogen werden. Sie unterstützen die lokalen Grundversorger mit Fachwissen und medizinischen Massnahmen. Die Fachpersonen der MPD sind sich gewohnt, vernetzt zu arbeiten und entsprechend zu kommunizieren. Zu den Erkenntnissen aus der ersten Welle gehörten, dass Pflegeheime nicht gewohnt sind, externe Expertise und Hilfsangebote abzurufen.

Aus dem Interview mit Barbara Dessauer, Leiterin Pflege MPD, Region Thun

«Wir werden leider noch zu oft als Konkurrenz zur Pflege in Pflegeheimen oder Spitex wahrgenommen. Der Strukturaufbau läuft über den Beziehungsaufbau und braucht einen langen Schnuuf...»

Ilona Schmidt, Leiterin Palliativa (Stiftung für mobile spezialisierte Palliative Care) Zürich

«Wir haben dem Kanton nach der ersten Welle ein Angebot für die unkomplizierte Unterstützung der Pflegeheime in der Pandemie unterbreitet, ein 24-Stunden-Angebot zur Unterstützung von Alters- und Pflegeheimen in der Betreuung von Covid-19-Erkrankten. Das Angebot wurde mit der Begründung, nicht zuständig zu sein, abgelehnt.»

Erfolgsfaktoren

- Die Einberufung einer Professorin und Expertin der Palliative Care auf nationaler Ebene – Swiss National COVID-19-Science Task Force – erhöht die Bedeutung der Palliative Care und eröffnet die Möglichkeit, Anliegen der Palliative Care an zentraler Stelle einzubringen.
- Die überdurchschnittliche Präsenz der Palliativmediziner*innen während der Covid-19-Pandemie innerhalb der Akutspitäler erhöhte die Sichtbarkeit der Spezialist*innen und ihrer Expertise und «positive Erfahrungen damit machen» wurde für die Kolleg*innen anderer Disziplinen möglich.
- Die Bedeutung gut ausgebildeter Pflegefachpersonen ist enorm gestiegen. Auch in der Langzeitpflege.
- Wichtig sind persönliche Kontakte zu den Zuweisern: Man denkt eher daran – vor allem in Krisensituationen – den Konsiliardienst oder die mobilen Palliativ Dienste (MPD) einzubeziehen, wenn man die Fachpersonen persönlich kennt.

- Ein zentraler Aspekt ist auch die Schnelligkeit, respektive die schnelle Verfügbarkeit beispielsweise eines Konsiliardienstes, dass sie die konkreten Fragen bedarfsgerecht beantworten und die Empfehlungen schnell umsetzbar sind.

Stolpersteine und Risiken

- Strukturen und Hierarchien sind menschengemacht. Daher ist es immer entscheidend: Wer wo mit welcher Expertise und welchem Fokus sitzt.
- Die fehlende Evidenz aufgrund fehlender Forschung in Bezug auf eine optimierte Versorgung älterer Menschen in Pflegeheimen oder Zuhause schwächt die Pflege- und Betreuungsqualität.
- Das Wissen darüber, was Palliative Care leisten kann, in anderen Fachgebieten, innerhalb und über die Kliniken hinaus, bestimmt die Nachfrage – und dadurch den frühzeitigen Einbezug der Palliative Care.
- Der Informations- und Schulungsaufwand ist gross und muss aufgrund des stetigen Wechsels von Fachkräften innerhalb der Versorgungsstrukturen kontinuierlich erfolgen.

Handlungsfeld «Gesundheitliche Vorausplanung»

Die Zeit nach einer überstandenen akuten Gesundheitskrise (nicht nur individuell) ist der ideale Zeitpunkt für gesundheitliche Vorausplanung. Diese ist besonders empfehlenswert für Personen mit einem hohen Covid-19-Risiko, insbesondere für Bewohnerinnen und Bewohner von Alters- und Pflegeheimen, bei denen es gilt, ungewollte und nicht indizierte Spitaleinweisungen mittels der genauen Klärung der Behandlungsziele zu vermeiden.

Auseinandersetzung mit dem Lebensende

Die Coronapandemie führte dazu, dass sich viele Menschen, vor allem ältere Menschen, mit ihrem Lebensende befasst haben. Die Nachfrage nach einer Patientenverfügung, nach einer Beratung im Kontext einer Patientenverfügung und/oder einem anderen Instrument der gesundheitlichen Vorausplanung wurde von allen Organisationen, die solche Angebote führen, als gesteigert wahrgenommen. Gleichzeitig war die Auseinandersetzung mit dem Lebensende – aufgrund der Fall- und Todeszahlen – medial sehr präsent. Die konkret ausgesprochene Empfehlung, sich **jetzt** mit dem Lebensende, respektive mit den Behandlungswegen am Lebensende auseinanderzusetzen, persönliche Wünsche und Vorstellungen festzuhalten, löste seitens Bevölkerung einen grossen Bedarf an Informationen und Interesse am Festlegen der persönlichen Willensbekundungen aus.

Massnahme	Beschreibung/Aktivität	Status
Informationsblatt zum Coronavirus	Das Informationsblatt « Wissenswertes zur Infektion mit dem Coronavirus und zu den Behandlungswegen », erstellt von den Expert*innen der Task Force Corona und mitgetragen von insgesamt 10 Gesundheitsorganisationen, wurde im Herbst 2020 aktualisiert und in 3 Sprachen (d/f/i) der Bevölkerung breit zur Verfügung gestellt.	erfüllt

Gesundheitliche Vorausplanung in Pflegeheimen

Für die Institutionen der stationären Langzeitpflege, ganz besonders für Alters- und Pflegeheime, welche in der ersten Welle überdurchschnittlich stark von mit Covid-19-infizierten und sterbenden Bewohner*innen betroffen waren, offenbarte sich ein hoher Handlungs- und Orientierungsbedarf. Die

Krise offenbarte sehr deutlich den Mehrwert einer schriftlich definierten, gesundheitlichen Vorausplanung⁷, welche den Willen der Bewohner*in festhält, vor allem auch, was sie/er nicht will, und dadurch den Entscheidungsfindungsprozess unterstützt.

Im Hinblick auf eine zweite Welle wurden landesweit gezielte Massnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Vorausplanung, insbesondere in Pflegeheimen durchgeführt. Entsprechende, auf die möglichen Entscheidungssituationen bei Covid-19-Patient*innen zugeschnittene Formulare wurden von Expert*innen der Geriatrie und Palliative Care entwickelt und schweizweit über verschiedene Netzwerke zur Verfügung gestellt.

Massnahme	Beschreibung/Aktivität	Status
Merkblatt für Hausärzt*innen	<p>Das Merkblatt Palliative Behandlung von Covid-19 zu Hause und im Pflegeheim wurde* im Herbst 2020 explizit mit pragmatischen, umsetzungsorientierten Empfehlungen rund um die gesundheitliche Vorausplanung ergänzt und innerhalb der Fachgesellschaft und Partnerorganisationen schweizweit kommuniziert. Das Merkblatt ist auf Deutsch und Französisch erhältlich.</p> <p>*Autorenschaft: Andreas Weber, Barbara Dessauer, Floriana Lurati Ruiz, Roland Kunz, Klaus Bally</p>	erfüllt

Anlässlich einer Blitzumfrage im Rahmen einer Expert*innen-Diskussion unter Fachärzt*innen der Geriatrie, der Hausarztmedizin und der Palliative Care⁸ zum **«Umgang mit dem Thema ACP aus Sicht Palliative Care und Geriatrie»** am 18.03.2021 wurde festgehalten:

- In den vergangenen Monaten wurden in vielen Pflegeheimen Gespräche zur gesundheitlichen Vorausplanung mit den Bewohner*innen geführt. Dabei handelte es sich primär um Care Planning und weniger um Advance Care Planning. Die dabei angewendeten Instrumente und Dokumentationen sind unterschiedlich. Einigkeit besteht darin, dass die Dokumentation nicht zu umfangreich, sondern einfach und zielführend sein sollte.
- Die Covid-Erfahrung war schwierig und während dieser Zeit neue Instrumente einzuführen, anspruchsvoll. Zumal der Anteil an Demenz erkrankten Personen in den Heimen hoch ist und damit verbunden die Anforderungen in Bezug auf die Gesprächsführung mit den Betroffenen und/oder deren Angehörigen sehr anspruchsvoll sind.
- Gespräche zur gesundheitlichen Vorausplanung fördern den Beziehungsaufbau – und können sowohl von Hausärzt*innen wie auch Fachpersonen der Pflege durchgeführt werden. Die mit dem Gespräch einhergehende, erwünschte Notfallplanung (Betreuungsplan) muss jedoch zwingend von den Hausärzt*innen ausgestellt werden. Hier geht es um Fragen wie: Hospitalisation ja/nein; Antibiotika: ja/nein, etc.
- Die Rolle der Hausärzt*innen ist zentral. Idealerweise führen sie mit ihren Patient*innen die Gespräche zur gesundheitlichen Vorausplanung bereits vor dem Eintritt ins Heim. Dies ermöglicht dem Hausarzt, der Hausärztin ein krankheitsbezogenes Gespräch und trägt zudem dem Umstand Rechnung, dass der Übertritt in eine Pflegeinstitution per se ein vulnerabler Moment im Lebens jedes Menschen ist.
- Aktuell investieren die Hausärzt*innen wenig Zeit in Gespräche zur gesundheitlichen Vorausplanung – weder in der Praxis noch in den Pflegeheimen.

⁷ Siehe hierzu die Definition Gesundheitliche Vorausplanung: Grundlagen (2020): https://www.plattform-palliativecare.ch/sites/default/files/forum/files/2020-12-03_BAG_Bericht_final_0.pdf

Unter dem Begriff der gesundheitlichen Vorausplanung werden verschiedene Prozesse (z.B. Advance Care Planning), Modelle (z.B. Erstellung einer Patientenverfügung mit oder ohne Beratung), Instrumente und Produkte (z.B. Patientenverfügung, Vorsorgeauftrag, Ärztliche Notfallanordnung, Behandlungs- und Betreuungsplan) erfasst.

⁸ PD Dr. Klaus Bally (Basel); Dr. Gabriela Bieri (Zürich); Dr. Annette Ciurea (Männedorf); Renate Gurtner Vontobel, MPH (Bern); Dr. Thomas Häsli (Dielsdorf); Dr. Eva Kaiser (Meringen); Dr. Barbara Loupatatzis (Wetzikon); Dr. Roland Kunz (Zürich)

Gesundheitliche Vorausplanung in der Palliative Care

Als Ergebnis zweier Expertenrunden im Januar und März 2021 und im Wissen, dass derzeit eine grosse Zahl an Projekten zur gesundheitlichen Vorausplanung unterwegs sind, beabsichtigt palliative.ch, hier einen Beitrag aus der Fachperspektive Palliative Care zu liefern. Ein besonderer Fokus liegt auf der Zusammenarbeit zwischen dem ambulanten Sektor (Spitex/mobile Palliative Care Dienste und Hausärzt*innen), den Pflegeheimen und Spitälern inkl. Notfalleinrichtungen unter Nutzung der spezifischen Vorgehensweisen aus allen Landesteilen. Bereits existierende Beispiele der Best Practice inklusive verschiedener Varianten von Betreuungs- oder Notfallplänen werden gesichtet und Empfehlungen für Inhalte und Vorgehensweisen sollen daraus abgeleitet werden. Angestrebt werden sehr praxisnahe, nicht zu umfangreiche Empfehlungen aus der Fachperspektive Palliative Care.

Wichtig ist, dass damit kein Anspruch auf nationale Leadership im Gesamthema gesundheitliche Vorausplanung besteht. palliative.ch ist sich der Komplexität der Thematik bewusst und bemüht sich um bestmögliche Information und Koordination mit den ihr bekannten Aktivitäten des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) und der SAMW.

Massnahme	Beschreibung/Aktivität	Status
Empfehlungen zur gesundheitlichen Vorausplanung in der Palliative Care	<p>Lancieren eines Projektes mit den Zielen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Praxisnahe Empfehlungen (vergleichbar mit den «Empfehlungen in der Sterbephase») zu definieren ▪ Zwei Versionen für zwei Zielgruppen mit kongruentem Inhalt erstellen: Für Fachpersonen und für Betroffene <p>Themen/mögliche Struktur</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Warum soll vorausgeplant werden? ▪ Was soll/kann vorausgeplant werden? Inhalte Betreuungsplan ▪ Wann soll die Planung stattfinden? Auslösende Trigger / Red flags? ▪ Mit wem? Koordination der Vorausplanung vor allem mit Spital/Notfall, MPD, Hausärzt*innen, Kinderärzt*innen, Rettungswesen ▪ Wie? Vom palliativen Assessment bis zum Dokument, inkl. Kommunikationshilfen <p>Projektorganisation</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Projektleitung: Prof. Steffen Eychmüller ▪ Projektteam: PD Dr. Klaus Bally, Dr. Sandra Eckstein, Renate Gurtner Vontobel, MPH, Dr. Eva Kaiser, Dr. Roland Kunz, Dr. Barbara Loupatatzis, Dr. Jürg Streuli (definitiv, weitere Personen werden angefragt) * <p>*weitere Fachpersonen aus der ganzen Schweiz (Romandie, Tessin) werden angefragt</p>	Projekt

Erfolgsfaktoren

- Die Covid-19-Pandemie veranlasste viele Menschen, sich mit ihrem Lebensende und auch mit den Behandlungswegen am Lebensende zu befassen.
- In vielen Pflegeheimen wurden Gespräche zur gesundheitlichen Vorausplanung geführt, entsprechend dokumentiert und individuelle Betreuungspläne erstellt.
- Den Willen und die Behandlungswünsche von Bewohner*innen in einem Pflegeheim zu kennen, vermittelt sowohl den betreuenden Fachpersonen wie auch den Angehörigen Sicherheit und gibt Orientierung bei Entscheidungen am Lebensende.
- Eine gut funktionierende Vernetzungs- und Koordinationsarbeit – in welchen den Hausärzt*innen eine Schlüsselfunktion attestiert wird – ist zentral und optimiert die Versorgungsqualität. Wissen um den Wert und frühzeitigen Einbezug von Palliativ Care leistet einen Beitrag «zum guten Sterben».

Stolpersteine und Risiken

- Die Dokumentationen zur gesundheitlichen Vorausplanung (Patientenverfügungen, Betreuungspläne, etc.) sind nicht einheitlich und oftmals in der Umsetzung zu umfangreich – oder zu lückenhaft. Die Fachperspektive der Palliative Care ist häufig zu wenig akzentuiert.
- Die Hausärzt*innen finden oft keine Zeit um mit ihren Patient*innen Gespräche für eine vorausschauende Auseinandersetzung mit dem Lebensende zu führen und in den Tarifsyste-men wird diese Arbeit nicht adäquat abgebildet.
- Es gibt mindestens in der Deutschschweiz verschiedene Stakeholder zum Themenkreis ACP/gesundheitliche Vorausplanung, Patientenverfügung, denen bisher eine ausreichend konstruktive Zusammenarbeit nicht gelungen ist. Das Projekt der Fachgesellschaft sollte hier nicht weiteren Sand ins Getriebe streuen, sondern sich vielmehr als ein Katalysator für eine Vereinheitlichung und Einigung verstehen.

Handlungsfeld «Beratung und Unterstützung der Bevölkerung und Pflegeheim»

Der Fokus für eine allfällig zweite Welle muss primär auf der Versorgung und Betreuung von hochbetagten, multimorbiden Menschen in den Alters- und Pflegeheimen oder zuhause liegen. Dass ältere Menschen in Alters- und Pflegeheimen oder auch zuhause sterben, ist eine Tatsache. Im Falle einer Pandemie, ist jedoch die Frage, wie sie sterben, relevant. Alle sterbenden Covid-19-Patientinnen müssen Zugang zu Palliative Care haben und die psychosoziale und spirituelle Betreuung von Patientinnen, Angehörigen und von Gesundheitsfachpersonen ist von grösster Bedeutung.

Die zweite Welle der Coronapandemie

Der weltweite, aber auch in der Schweiz, wiederum rasante Anstieg an Covid-19-Infektionen im Oktober 2020, forderte die Gesundheitsfachpersonen in den Spitälern, in den Pflegeheimen, aber auch in Spitexdiensten gleichermassen heraus. Die zweite Welle war da und innert kürzester Zeit befürchteten die Spitäler, ihre Kapazitäten erreicht zu haben. Sowohl die Angst vor dem Sterben an Covid-19 wie auch das Schweigen über die Verstorbenen rückte medial ins Zentrum. In einem Mail vom 23. Oktober 2020 gelangte Lea von Wartburg (BAG) mit der Bitte an palliative.ch, mitzuhelfen, die Gesamtbevölkerung, besonders aber auch das Pflegepersonal in Pflegeheimen wie auch deren Bewohner*innen, betreffend Sterben an Covid-19 zu informieren und zu sensibilisieren. Erfragt wurde Wissen zu den Aspekten «Was heisst Sterben an Covid-19, gerade bei älteren Menschen? An was sterben diese Menschen (kein Erstickungstod, sondern Organversagen) und welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es im Pflegeheim oder zu Hause?»

Bereits am 28. Oktober 2020 formulierten eine kleine Expert*innen-Runde⁹ Wissensbotschaften zu sterben an Covid-19.

Wissensbotschaften zu Covid-19 (Selektion)

«Im Heim bleiben, heisst nicht gleich sterben. Ins Spital gehen, heisst nicht gleich leben.»
 «Das Wichtigste ist: Jede Bewohnerin fragen, was sie will. Im Heim bleiben? Ins Spital gehen? Sich sogar beatmen lassen?»
 «Für das Vorausbesprechen braucht der Mensch gute Informationen.»
 «Covid-19-Kranke sterben nicht ohne Beatmung an Erstickung. Sie sterben an Lungenversagen und Multiorganversagen.»
 «Auch eine Atemnot ist behandelbar.»

Massnahme	Beschreibung/Aktivität	Status
-----------	------------------------	--------

⁹ PD Dr. Klaus Bally (Basel); Dr. Sandra Eckstein (Basel); Dr. Roland Kunz (Zürich); Dr. Barbara Loupatatzis (Wetzikon); Renate Gurtner Vontobel, MPH (Bern)

Reaktivieren der Task Force Corona	Die 14 Expert*innen der Task Force stellten sich erneut zur Verfügung: Sie aktualisierten die settingspezifischen Merkblätter und stellten sich für Fragen zur Verfügung.	erfüllt
Multiplikation von «Good-Practice-Modellen»	Aktives Multiplizieren und Vernetzen des Modell «Bally» - der interprofessionellen Expert*innen-Kommission zur Unterstützung der Langzeitpflege in Basel-Stadt während der Corona-Pandemie (IPEK-LZP10) ⇒ Inputreferat: Am virtuellen Forum 2020: Plattform Palliative Care (November 2020) ⇒ Vernetzung innerhalb der Fachgesellschaft palliative.ch und unter Kooperationspartnern	erfüllt

Situation in den Pflegeheimen

Eine kleine telefonische Umfrage bei Leitungspersonen von Pflegeheimen ergab, dass die meisten Pflegeheime im Laufe des Sommers ihre Hausaufgaben gemacht und in Bezug auf Schutzkonzepte, Schutzmaterial und Medikamente aufgerüstet hatten. Viele hatten mit ihren Bewohner*innen Patientenverfügungen erstellt und dabei deren Wünsche in Bezug auf eine allfällige Verlegung ins Spital oder den Verbleib im Pflegeheim kennengelernt. Immer wieder verwiesen die Pflegeheime auf ihre grosse Verantwortung und den krisenbedingt hohen Druck, aber auch auf ihre Kernkompetenz, nämlich die Pflege und Betreuung von älteren Menschen in ihrer letzten Lebensphase. Das zentrale Thema der Pflegeeinrichtungen zum damaligen Zeitpunkt war vielmehr, schnell und unkompliziert, einen niederschweligen Zugang zu zusätzlichen Personalressourcen zu erhalten. Nicht zuletzt, weil sich der Personalausfall durch die verordneten Quarantänemassnahmen kumulierte.

Massnahme	Beschreibung/Aktivität	Status
Online Forum Public Health Schweiz	Online-Foren Prävention und Umgang mit Covid-19 und Grippe in Alters- und Pflegeheimen – Schwerpunkt Palliative Care (16.2.2021) - Dr. Roland Kunz, Waidspital Zürich (Deutsch) - Dr. Florina Lurati Ruiz, CHUV Lausanne (Französisch) Die beiden Geriatrie-Fachärzte beantworteten Fragen aus der Praxis und Perspektive der Pflegeheime.	erfüllt

Die auf mehreren Kommunikationskanälen promoteten Broschüren «Die Begleitung Sterbender» für Angehörige, freiwillige Helfer*innen oder für Fachpersonen wurde in den drei Landessprachen Deutsch, Französisch, Italienisch – gerade auch durch Pflegeinstitutionen – stark nachgefragt.

Broschüre

Die Begleitung Sterbender (Version Angehörige und freiwillige Helfer)

https://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/publikum/4_Angebote/Broschuere_Die_Begleitung_Sterbender_de_RZ_web.pdf

Betreuung sterbender Menschen und ihrer Angehörigen (Version Fachpersonen)

https://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/C_Fachgesellschaft/Task_Forces/201103_Empfehlung_Sterbephase_palliative_ch_final_2016_VS.pdf

¹⁰ IPEK-LZP: Eine Initiative von CURAVIVA Basel-Stadt und der Medizinischen Gesellschaft Basel: Interprofessionelle Expert*innen-Kommission zur Unterstützung der Langzeitpflege in Basel-Stadt während der Corona-Pandemie (IPEK-LZP)

«Über das Sterben reden» - Sensibilisierung durch Medienarbeit

Ab November 2020 konzentrierte sich palliative.ch vermehrt auch auf die Medienarbeit, vermittelte anfragenden Medien Fachpersonen der Palliative Care für Interviews und produzierte eigene kleine Videos:

Medienarbeit

TeleBärn: Mehr ausgefüllte Patientenverfügungen aufgrund von Corona (18.11.2020)

<https://www.telebaern.tv/telebaern-news/mehr-ausgefuellte-patientenverfuegungen-aufgrund-von-corona-139915456>

10vor10: Die Palliativpflege soll gestärkt werden (15.12.2020)

<https://www.srf.ch/news/schweiz/palliative-care-dort-sterben-wo-man-will>

Der Bund: «Das Leben zieht sich ohne Kampf zurück» (20.12.2020)

<https://www.derbund.ch/das-leben-zieht-sich-ohne-kampf-zurueck-597497772244>

NZZ Folio: «Wir haben Patienten, mit denen wir in den letzten Tagen viel lachen» (Januar 2021) <https://folio.nzz.ch/2021/januar/wir-haben-patienten-mit-denen-wir-den-letzten-tagen-viel-lachen>

Die ZEIT: Das Gegenteil von Hilfe (25.02.2021)

https://www.zeit.de/2021/09/altenpflege-pflegeheim-intensivstation-corona-patienten?utm_referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F

«Die Bedeutung des Sterbens» - ein Filmporträt von palliative.ch

In Pflegeheimen wird gestorben. Pflegeheime sind Orte des Sterbens –mit und ohne Covid-19-Pandemie. Rund 40 Prozent aller Todesfälle, plus minus 26'000 Personen versterben in einem «normalen» Jahr in Pflegeheimen¹¹. Während der aktuellen Covid-19-Pandemie gehören Bewohner*innen von Pflegeinstitutionen aufgrund ihres Alters und/oder der Vulnerabilität aufgrund von Vorerkrankungen zum Personenkreis mit erhöhtem Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf, oft mit Todesfolge. Die grosse Anzahl von Covid-19-Verstorbenen führt in den von der Pandemie betroffenen Pflegeheimen zu grossen Belastungen, sowohl für die Bewohner*innen wie auch für das Pflege- und Betreuungspersonal. Gerade die Pflegenden, die oft eine enge Beziehung zu «ihren» Bewohnern pflegen und professionell häufig mit dem Tod zu tun haben, stecken die Krankheitsfälle und das Sterben derzeit nicht einfach weg.¹² Primär ist es Teil der Führungsarbeit jeder Pflegeinstitution, mit Gesprächsangeboten für Personal und Bewohner*innen, allenfalls mit Ritualen und Supervision als Beitrag zur Verarbeitung zu reagieren. palliative.ch lässt in einem Filmporträt eine Tochter, deren Vater im Pflegeheim an Covid-19 verstorben ist und seine betreuende Ärztin zu Wort kommen und leistet damit einen Beitrag zur «Trauma-Verarbeitung».

Massnahme	Beschreibung/Aktivität	Status
Filmproduktion «Bedeutung des Sterbens»	Der Film beleuchtet aus der Perspektive der Angehörigen (Tochter) wie auch der Perspektive der betreuenden Ärztin (Dr. Eve Rubli Truchard, Heimärztin und Palliativmedizinerin) das Vorbereiten und Begleiten des Sterbens eines Mannes in einem Pflegeheim. Der Mann ist an Covid-19 gestorben. Prof. Ralf Jox, Professor für Geriatrische Palliative Care spricht im Film über die Bedeutung des Sterbens. Produktion: März 2021	erfüllt

Der Film «Die Bedeutung des Sterbens¹³» ist über die Website von www.palliative.ch breit verlinkt, auch mit Curaviva Schweiz.

¹¹ Bundesamt für Gesundheit BAG (2020): Bessere Betreuung und Behandlung von Menschen am Lebensende.

¹² Neue Zürcher Zeitung: Leser M. (2021): Die Skandalisierung des Sterbens

¹³ palliative.ch: Die Bedeutung des Sterbens (2021). <https://www.palliative.ch/de/palliative-ch/>

Erfolgsfaktoren

- Die Corona-Pandemie konfrontiert die Bevölkerung weltweit mit dem Tabu-Thema Tod und Sterben. In den Medien wird «übers Sterben» geredet und auch Palliative Care als ganzheitliche medizinische Behandlung und psychosoziale und spirituelle Betreuung am Lebensende findet in diesem Kontext positive Erwähnung.
- Die aktuelle Zeit kann zur Sensibilisierung und Aufklärung im Umgang mit Sterben und Tod entsprechend genutzt werden. Sowohl Fachpersonen wie auch die breitere Bevölkerung ist für Informationsmaterial und praktische Hilfestellung dankbar und empfänglich.

Stolpersteine und Risiken

- Pflegeheime werden als Sterbeorte in Zeiten von Corona stigmatisiert. Dabei geht oft vergessen, dass in «normalen» Zeiten rund 40% der jährlichen Todesfälle in der Schweiz, in einem Pflegeheim sterben. Pflegeheime sind somit für nahezu all ihre Bewohner*innen der letzte Aufenthaltsort und die Vorbereitung auf das nahende Lebensende muss zum Kernauftrag in der Betreuung in diesen Institutionen gehören.
- Weil die Belastung für die Pflgeteams in Pflegeheimen oftmals sehr hoch ist, sollte die gute Begleitung und Schulung des Pflegepersonals gefördert werden.

Empfehlung

Für die Praxis der Langzeitpflege sollten einfach umsetzbare Best Practice Empfehlungen formuliert werden, welche gleichzeitig die Basis für die stufengerechte Schulung und Weiterbildung des Pflege- und Betreuungspersonals bilden.

Handlungsfeld «Weiterbildung für Hausärzt*innen, welche oft auch Heimärzt*innen sind»

Die Rolle und Aufgabe der Hausärzt*innen, gerade auch wenn sie als Heimärzt*innen tätig sind, muss klarer definiert sein. Mit bereits bestehenden Instrumenten wie dem Behandlungsplan oder Notfallplan können Hausärzt*innen mit den Bewohner*innen, ihren Angehörigen und dem Pflegepersonal Standortgespräche führen, Willensbekundungen bezüglich Behandlung aufnehmen und Reservemedikamente verschreiben.

Die Analyse rund um den Synthesebericht Palliative Care: Erkenntnisse aus der Corona-Pandemie (Juli 2020) hat die Schlüsselrolle der Hausärzt*innen, welche oft auch Heimärzt*innen sind, deutlich herausgeschält. Während der ersten Welle, wurden die Hausärzt*innen den Erwartungen an ihre Rolle als unterstützende Heimärzt*innen aus unterschiedlichen Gründen nicht gerecht. Nicht zuletzt aufgrund des fehlenden medizinischen Supportes kam es während der ersten Wellen zu gehäuftem Spitaleinweisungen von Bewohner*innen aus Pflegeinstitutionen. Studien¹⁴ zur Rolle der Hausärzt*innen machen deutlich, dass Spitaleinweisungen von Patient*innen kurz vor ihrem Tod abnehmen, wenn Hausärzt*innen angeben, über Kompetenzen in Palliative Care zu verfügen. Zudem nehmen Verlegungen in den letzten Lebenstagen ab, wenn Ärzt*innen die Angebote der spezialisierten Palliative Care nutzen (z.B. Kliniken, mobile Palliative Dienste (MPD)).

Aktuell gibt es für Ärzt*innen lediglich eine vertiefende Weiterbildung in Palliative Care mit einem anerkannten Abschluss; nämlich diejenige für spezialisierte Palliativmedizin, welche mit dem interdisziplinären Schwerpunkt «Palliativmedizin» abschliesst. Diesen Titel verleiht palliative.ch – die Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung – mandatiert durch die FMH/SIWF. Das IdS-Weiterbildungsprogramm richtet sich plus minus an Ärzt*innen der spezialisierten Palliative Care in Spitälern. Hausärzt*innen können aufgrund der aufwendigen Weiterbildungsstruktur diesen Titel selten erlangen.

¹⁴ Bally et al. (2016): Conditions and quality of community-based end-of-life care – the role of GPs.

Qualifizierende Weiterbildung in Palliative Care und Geriatrie für Hausärzt*innen (HA)

Das gemeinsame Interesse der Kooperationspartner – SFGG, mfe, palliative ch – besteht darin, die fachlichen und kommunikativen Kompetenzen von Hausärzt*innen zu erweitern, Lücken auf dem Gebiet der Palliative Care und Geriatrie zu schliessen und die Hausärzt*innen auf ihre Rolle und Aufgaben als Heimärzt*innen in einem interdisziplinären Betreuungsnetz vorzubereiten. Angestrebt wird eine optimale, den Bedürfnissen der alten Patient*innen gerecht werdende, im Sinne einer ganzheitlichen Behandlung und Betreuung bis zum Lebensende.

Massnahme	Beschreibung/Aktivität	Status
Entwickeln einer Weiterbildung für HA mit Schwerpunkt Palliative Care und Geriatrie	<p>Die Weiterbildung für HA wird als Kooperationsangebot der Schweizerischen Fachgesellschaft für Geriatrie (SFGG), der Haus- und Kinderärzte Schweiz (mfe) und palliative ch entwickelt. Das Comittment der drei Fachgesellschaften steht.</p> <p>Lancieren des Projektes mit den Zielen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Weiterbildung ist massgeschneidert auf die «neue» Generation von HA, ihre Bedürfnisse, Wünsche und Möglichkeiten ▪ Rolle und Aufgaben der Heimärzt*in kennen ▪ Die qualifizierende Weiterbildung schliesst mit einem anerkannten, möglichst anschlussfähigen Abschluss ab ▪ Ein Teil der Weiterbildung ist interdisziplinär ▪ Ein Teil des Unterrichts ist blended learning ▪ Zu prüfen: kann die Qualifikation zu neuen Finanzierungsmöglichkeiten führen? <p>Themen/mögliche Struktur</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Es wird ein modulares, praxisbasiertes Angebot mit einem ausgewogenen Anteil an Palliative Care und Geriatrie => rund 10 Tage mit einem Abschluss in Form eines Kompetenznachweises ▪ Themen: Symptomkontrolle, Schmerz- und Schmerzverschreibung, Entscheidungsfindung und gesundheitliche Vorausplanung, Demenz und Geriatrie, Kommunikation, Sterbewunsch (nicht abschliessend) <p>Projektorganisation</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Projektleitung: noch offen ▪ Projektteam: PD Dr. Klaus Bally, Dr. Gabriela Bieri, Dr. Annette Ciurea; Renate Gurtner Vontobel, MPH; Dr. Thomas Häsli; Dr. Eva Kaiser; Dr. Barbara Loupatatzis; Dr. Roland Kunz 	Projekt

Erfolgsfaktoren

- Die Kooperationsabsicht der drei Fachgesellschaften erhöht die Attraktivität der Weiterbildung für Hausärzt*innen und steigert das Potential der avisierten Interessent*innen.
- Die Weiterbildung fokussiert die Begleitung von älteren Menschen Zuhause wie auch in Pflegeheimen und bereitet Hausärzt*innen auf die besonderen Aufgaben und auf die Rolle der Heimärzt*in vor.
- Die gleichzeitige Vertiefung der geriatrischen Expertise wie auch des Wissens um Palliative Care soll den frühen Einbezug der Palliative Care von den letzten Tagen auf eine Phase des Lebensendes lenken und gleichzeitig die Vernetzung im regionalen Versorgungsnetz (mit Spitex, mobilen Palliativ Diensten, Seelsorge, etc.) anstreben.
- Die Weiterbildung zielt darauf ab, das Wissen über die Kompetenzen anderer Fachpersonen zu erweitern und die Vorzüge des interprofessionellen Schaffens sichtbar zu machen.

Stolpersteine und Risiken

- Die qualifizierende Weiterbildung führt für Hausärzt*innen zu keiner verbesserten finanziellen Abgeltung der aufwendigen Betreuung ihrer Patient*innen am Lebensende und wird somit weniger attraktiv und nachgefragt.
- Die Betreuung von Menschen am Lebensende, notabene in Pflegeheimen, gestaltet sich für Hausärzt*innen per se als wenig attraktiv. Die Übernahme der externen, heimärztlichen Funktion muss anderweitig geregelt werden.
- Die Weiterbildung geht zu wenig auf die Bedürfnisse junger Hausärzt*innen in Bezug auf Arbeits- und Weiterbildungswünsche ein.

Literaturverzeichnis und Links

Bally et al. (2016): Conditions and quality of community-based end-of-life care – the role of GPs.

Borasio GD, Gamondi C, Obrist M, Jox R (2020): COVID-19: decision-making and palliative care, Swiss Medical Weekly (w20233)

Bundesamt für Gesundheit BAG (2020): Bessere Betreuung und Behandlung von Menschen am Lebensende. Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates 18.3384 der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerats (SGK-SR) vom 26. April 2018

Bundesamt für Statistik BFS (2021): Mortalitätsmonitoring (MOMO). Online verfügbar unter <https://www.experimental.bfs.admin.ch/expstat/de/home/innovative-methoden/momo.html>

Fusi-Schmidhauser, T., Preston, N. J., Keller, N., & Gamondi, C. (2020). Konservatives Management von Covid-19-Patienten – Notfall-Palliativversorgung in Aktion. Journal of pain and symptom management, 60(1), e27-e30.

Institut Neumünster: Gesundheitliche Vorausplanung: Grundlagen (2020). Online verfügbar unter: https://www.plattform-palliativecare.ch/sites/default/files/forum/files/2020-12-03_BAG_Bericht_final_0.pdf

IPEK-LZP: Eine Initiative von CURAVIVA Basel-Stadt und der Medizinischen Gesellschaft Basel: Interprofessionelle Expert*innen-Kommission zur Unterstützung der Langzeitpflege in Basel-Stadt während der Corona-Pandemie (IPEK-LZP) Online verfügbar unter <https://www.curaviva-bs.ch/Aktuell/News/COVID-19-Experten-Kommission-fuer-die-BS-Langzeitpflege/oYTV7HSU/PBZab/>

Neue Zürcher Zeitung: Leser M. (2021): Die Skandalisierung des Sterbens

palliative.ch: Die Bedeutung des Sterbens (2021). Online verfügbar unter <https://www.palliative.ch/de/palliative-ch/>

Statista: Statistiken zum Coronavirus (Covid-19) in der Schweiz. Online verfügbar unter <https://de.statista.com/themen/6247/coronavirus-covid-19-in-der-schweiz/>

Vontobel Gurtner et al. (2020): Palliative Care: Erkenntnisse aus der Corona-Pandemie.