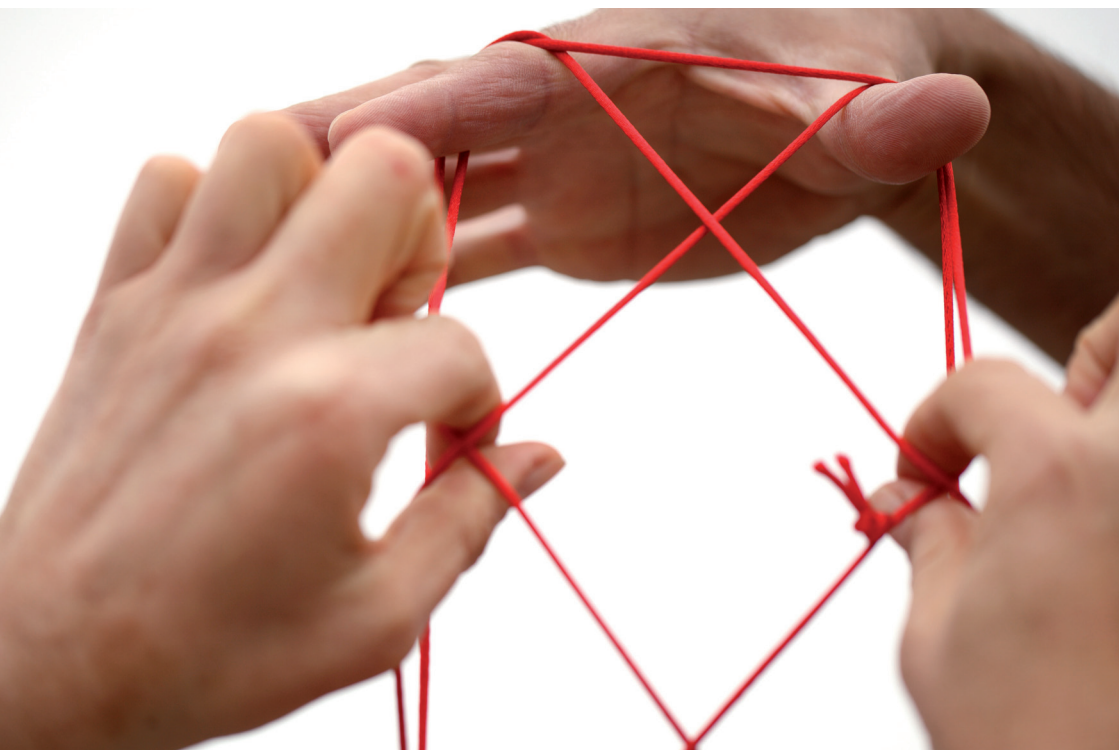


Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG



gemeinsam + kompetent
ensemble + compétent
insieme + con competenza



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza Svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	3
1.1 Zweck und Adressaten der Versorgungsstrukturen	3
1.2 Das Netz als Grundlage – das Credo der Palliativversorgung in der Schweiz	5
1.3 Grundlage der Versorgungsstrukturen	6
1.4 Abgrenzung und Gültigkeit der «Versorgungsstrukturen»	7
2 Die Palliative-Care-Versorgung in der Schweiz	8
2.1 Ausgangslage: Unterschiedliche Bedürfnisse von Palliative-Care-Patientinnen und -Patienten	8
2.2 Versorgungsstrukturen Palliative Care Schweiz	10
3 Angebote der spezialisierten Palliative Care	17
3.1 Spitalstruktur mit Palliative-Care-Auftrag	18
3.2 Sozialmedizinische Institution mit Palliative-Care-Auftrag	20
3.3 Tages- /Nachtstrukturen (Tages-/Nachthospiz)	23
3.4 Palliativambulatorium	24
3.5 Palliativ-Konsiliardienst (spitalintern)	25
3.6 Mobiler Palliativdienst (spitalextern)	28
3.7 Freiwillige	30
4 Kriterien der Strukturqualität	31
4.1 Spitalstruktur mit Palliative-Care-Auftrag	34
4.2 Sozialmedizinische Institution mit Palliative-Care-Auftrag	36
4.3 Tages-/Nachtstrukturen (Tages-/Nachthospiz)	37
4.4 Palliativambulatorium	38
4.5 Palliativ-Konsiliardienst (spitalintern)	38
4.6 Mobiler Palliativdienst (spitalextern)	39
5 Literatur	40

1. Einleitung

Bund und Kantone haben im Rahmen der Plattform «Dialog Nationale Gesundheitspolitik» beschlossen, die Palliative Care in der Schweiz gemeinsam mit den wichtigsten Akteuren zu fördern. Sie haben dazu die «Nationale Strategie Palliative Care 2010–2012» erarbeitet und im Oktober 2009 verabschiedet. Mit der Nationalen Strategie legen Bund und Kantone Ziele fest, um die zuvor erhobenen Probleme in den Bereichen Versorgung, Finanzierung, Sensibilisierung, Bildung und der Forschung zu schliessen. Als eine zentrale Massnahme wurden die «Nationalen Leitlinien Palliative Care» erarbeitet. Sie beschreiben die Definition und Grundwerte, Zielgruppen, Behandlungsorte und Leistungserbringer von Palliative Care.

Das Dokument «Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care» ist ebenfalls eine Massnahme der «Nationalen Strategie Palliative Care». Es orientiert sich an den nationalen Leitlinien und stellt die Versorgungsstrukturen für Palliative Care in der Schweiz exemplarisch dar (Kap. 2). Im dritten Teil des Dokuments werden die Leistungen der spezialisierten Palliative Care beschrieben (Kap. 3). Im vierten Teil werden die Leistungen mit Kriterien der Strukturqualität unterlegt (Kap. 4).

1.1 Zweck und Adressaten der Versorgungs- strukturen

Im Handlungsfeld «Versorgung» der Nationalen Strategie Palliative Care besteht das Ziel darin, die Bedingungen dafür zu schaffen, dass adäquate Angebote der Palliative Care zur Verfügung stehen und dass die Patientinnen und Patienten diese im Bedarfsfall in Anspruch nehmen können. Für die Erreichung dieses Ziels ist die Definition und Ausgestaltung der spezialisierten Versorgungsstrukturen der Palliative Care in der Schweiz eine zentrale Massnahme. Das vorliegende Grundlagendokument wird insbesondere aus folgenden Gründen als nötig erachtet:

1. als Voraussetzung für die Versorgungsplanung, d.h. für den Aufbau von lokalen, regionalen, kantonalen und kantonsübergreifenden Versorgungsstrukturen in der Palliative Care;
2. als Empfehlung für die Leistungserbringer zur personellen, räumlichen und materiellen Ausstattung für die verschiedenen Angebote der Palliative Care;
3. als Vorgabe für die Vergabe von Qualitätslabels für Palliative Care-Einrichtungen;
4. als Grundlage für weitere Arbeiten im Rahmen der Nationalen Strategie.

Das Dokument «Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care» richtet sich hauptsächlich an die kantonalen Gesundheits- und Sozialdirektionen und an die lokalen, regionalen und kantonalen Leistungserbringer. Es stellt einen konzeptuellen und inhaltlichen Bezugsrahmen für die Entwicklung von lokalen, regionalen und kantonalen Versorgungsstrukturen in der Palliative Care dar, die den europaweiten Qualitätsstandards entsprechen. Es dient als Orientierung für die zukünftige Entwicklung von Organisationen und Strukturen für die spezialisierte Palliative Care in der Schweiz.

Es ist nicht die Idee, dass jeder einzelne Kanton über sämtliche Versorgungsstrukturen verfügt, sondern es sind allfällige regionale Besonderheiten und historisch gewachsene Netzwerke zu berücksichtigen und geografisch bedingten Gegebenheiten Rechnung zu tragen. Die vorgeschlagenen Versorgungsstrukturen lassen den Leistungserbringern dafür ausreichend Spielraum.

1.2 Das Netz als Grundlage – das Credo der Palliativ- versorgung in der Schweiz

Um das Ziel einer flächendeckenden Versorgung in der Palliative Care mit adäquaten Angeboten in der Grundversorgung und der spezialisierten Palliative Care zu erreichen, müssen geografisch und bevölkerungsbezogene Faktoren berücksichtigt werden.¹ Unter diesem Aspekt sind überregionale und kantonsübergreifende Modelle der Versorgungsplanung und -umsetzung anzustreben.

So ist nicht eine einzelne Institution, sondern das Palliative-Care-Netzwerk die kleinste Einheit der regionalen Palliativversorgung. Der «Boden» für den Aufbau von palliativen Versorgungsstrukturen ist also die Vernetzung. Der Hauptanreiz der Tätigkeit im Palliativbereich für einzelne Institutionen muss in der Mitwirkung in diesem Netz liegen und nicht im «Herausschneiden eines Kuchenstückes». Nur so kann ein gleicher Zugang zu den Angeboten der Palliative Care für alle Menschen in der Schweiz gewährleistet werden. Die Anreize zur Mitarbeit im Netzwerk können nur über die jeweiligen Leistungsaufträge im Rahmen der kantonalen, interkantonalen oder sogar überkantonalen Versorgungsplanung geschaffen werden. Wer die Koordinationsrolle für die Vernetzung wahrnimmt («Case Management»), kann innerhalb der regionalen Gegebenheiten und oft sogar nur im individuellen Fall entschieden werden. Die Zielsetzung des Dokuments ist demnach klar: Es werden zwar Charakteristika für die einzelnen Angebote vorgegeben. Diese sollen jedoch als Grundlage für eine effiziente Vernetzung dienen – für eine bestmögliche und kontinuierliche Betreuung und Begleitung schwerkranker und sterbender Menschen und ihrer nahestehenden Bezugspersonen.

Für die transparente Zusammenarbeit und den effizienten Austausch von medizinischen Informationen in Palliative Care-Netzen bieten sich Online-Plattformen an, die sich an den Konzepten «Strategie eHealth Schweiz» orientieren. Damit kann einerseits die medi-

¹ Englisch «Primary Palliative Care» bzw. «Allgemeine Palliative Care» gemäss «White paper» der EAPC

1.3 Grundlage der Versorgungs- strukturen

zinische Betreuung zielgerichtet und bedürfnisgerecht gestaltet werden. Andererseits sind strategiekonforme Plattformen modular ausbaubar oder mit anderen strategiekonformen Projekten verknüpfbar.

Eine intensive Dokumentenanalyse der weltweit verfügbaren Strukturmodelle in der Palliative Care ist die Grundlage des Dokuments «Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care».² Damit wird die Entwicklung von vergleichbaren Strukturen der Palliative Care in der Schweiz in Anlehnung an internationale Vorgaben unterstützt. Ein zentrales Dokument in diesem Zusammenhang ist das so genannte «white paper» der European Association for Palliative Care (EAPC).³ Darin hat die EAPC die verschiedenen spezialisierten Angebote der Palliative Care und deren Zugang definiert und Empfehlungen zur Strukturqualität für die Versorgungsqualität gegeben.

Die Empfehlungen dieses Dokuments korrespondieren mit den Kriterien des Qualitätslabels Palliative Care in der Schweiz, den Empfehlungen zur Aus- und Weiterbildung von palliative ch, den «Indikationskriterien für spezialisierte Palliative Care» und dem Nationalen Bildungskonzept «Palliative Care und Bildung», die ebenfalls als eine Massnahme der Nationalen Strategie Palliative Care erarbeitet worden sind.⁴

Der Erarbeitung dieses Dokuments ging eine intensive Phase der Vernehmlassung durch Leistungsanbieter der Palliative Care aus unterschiedlichen Bereichen voraus. Im Januar 2012 wurden die «Versorgungsstrukturen für die spezialisierte Palliative Care» an einer Informationsveranstaltung im Rahmen des Teilprojekts Versorgung der «Nationalen Strategie Palliative Care» den Verantwortlichen der kantonalen Gesundheitsdirektionen präsentiert.

1.4 Abgrenzung und Gültigkeit der «Versorgungs- strukturen»

Anschliessend wurden die Kantone eingeladen, ihre schriftlichen Stellungnahmen einzureichen. Diese Rückmeldungen wurden so weit möglich in das Dokument eingearbeitet. Die «Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care» wurden am 19. März 2012 dem Steuerausschuss der «Nationalen Strategie Palliative Care 2010–2012» vorgestellt. Anschliessend daran wurden einige Präzisierungen vorgenommen und das Dokument am 19. April von den Verantwortlichen des Vorstands der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) verabschiedet.

Das Dokument «Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care» fokussiert einzig auf Fragen der Versorgung und Qualität. Fragen zur Finanzierung dieser Leistungen werden nicht behandelt. Diese und andere Massnahmen werden im Rahmen der «Nationalen Strategie Palliative Care» angegangen.

Zudem ist darauf hinzuweisen, dass sich das Dokument in der vorliegenden Fassung am heutigen Stand der Entwicklung von Palliative Care orientiert. In der Schweiz ist Palliative Care jedoch in vielen Bereichen erst im Aufbau begriffen. Sowohl was die Versorgung und die Qualität betrifft, aber auch die Aus- und Weiterbildung und die Forschung, ist noch mit vielen Veränderungen und Entwicklungsschritten zu rechnen.⁵ Deshalb sind auch die «Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care» kein endgültiges Dokument, sondern bedürfen einer stetigen Anpassung und Aktualisierung.

² Vgl. Literaturverzeichnis im Anhang

³ White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe, part 1 (2009): Recommendations from the European Association for Palliative Care. In: European Journal of Palliative Care, 16(6), S. 278-289; part 2 (2010): Recommendations from the European Association for Palliative Care. In: European Journal of Palliative Care, 17(1), S. 22-33

⁴ BAG und GDK (April 2011): Indikationskriterien für spezialisierte Palliative Care, Bern

⁵ Das geplante Bundesgesetz über die Weiterbildung (WeBiG) unterscheidet zwischen formaler (Ausbildung) und nicht-formaler Bildung (Weiterbildung).

2. Die Palliative-Care-Versorgung in der Schweiz

Palliative Care orientiert sich an den Bedürfnissen, Symptomen und Problemstellungen der betroffenen Patientinnen und Patienten sowie ihrer nahestehenden Bezugspersonen. Da die Palliative Care gemäss den «Nationalen Leitlinien Palliative Care» allen Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten zur Verfügung stehen soll, ist die Einteilung der Patientinnen und Patienten nach Krankheitsbildern und deren Stadien wenig sinnvoll. Es wird deshalb zwischen «Patientinnen und Patienten in der Grundversorgung» (Gruppe A) und zwischen «Patientinnen und Patienten in der spezialisierten Palliative Care» (Gruppe B) unterschieden. Diese Unterteilung bildet die Grundlage für die Palliative-Care-Versorgungsstrukturen.

2.1 Ausgangslage: Unterschiedliche Bedürfnisse von Palliative-Care-Patientinnen und -Patienten

Die Patientengruppe A umfasst Patientinnen und Patienten, die sich aufgrund des Verlaufs ihrer unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Erkrankung mit dem Lebensende vorausschauend auseinandersetzen oder sich in der letzten Phase des Lebens befinden. Diese Patientengruppe kann grösstenteils im Rahmen der Grundversorgung (niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Organisationen zur Pflege zu Hause, Alters- und Pflegeheime sowie Institutionen für Menschen mit Behinderungen, Akutspitäler) betreut werden – immer unter der Voraussetzung, dass genügend Fachpersonen mit den entsprechenden Kompetenzen zur Verfügung stehen.

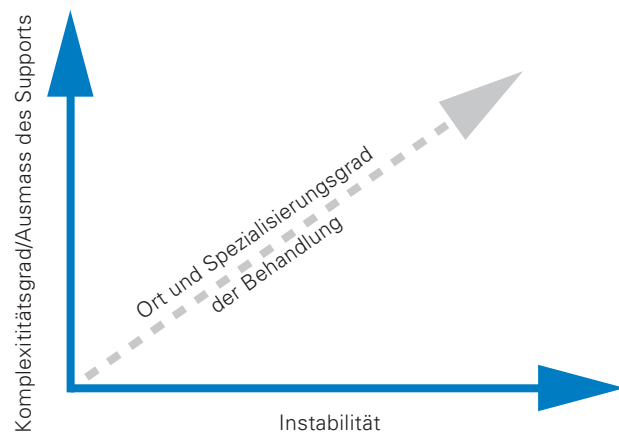
Unter der zahlenmässig kleineren Patientengruppe B versteht man Patientinnen und Patienten, die auf Unterstützung durch ein spezialisiertes Palliative-Care-Team angewiesen sind. Dies, weil sie eine instabile Krankheitssituation aufweisen, eine komplexe Behandlung

bzw. die Stabilisierung von bestehenden Symptomen benötigen oder bei deren nahestehenden Bezugspersonen die Überschreitung der Belastungsgrenze erkennbar wird. Dazu gehören auch Patientinnen und Patienten, die weiterhin durch die Grundversorgung betreut werden sollen bzw. wollen, wo aber die Leistungserbringer der Grundversorgung an ihre Grenzen stossen und auf zusätzliche Unterstützung durch spezialisierte Fachpersonen angewiesen sind.

Der Übergang zwischen diesen beiden Gruppen ist fließend, das heisst eine Patientin, ein Patient kann im Verlauf des Lebens zu beiden Gruppen gehören. Da es einer kranken Person zeitweise auch wieder besser gehen kann, wechseln sich Phasen der Instabilität und Komplexität der Gruppe B mit Phasen der Gruppe A ab.

Wann der Beizug von spezialisierten Fachpersonen bzw. die Zuweisung in eine spezialisierte Einrichtung angezeigt ist, beschreiben die «Indikationskriterien für spezialisierte Palliative Care». Die Indikationskriterien sind ebenfalls eine Massnahme der Nationalen Strategie und orientieren sich an den nationalen Leitlinien. Sie halten fest, dass sich die palliative Grundversorgung und die spezialisierten Angebote nicht aufgrund von unterschiedlichen Leistungskatalogen voneinander abgrenzen lassen. Vielmehr ist der Grad der Komplexität und der Instabilität einer Patientensituation ausschlaggebend dafür, ob spezialisierte Palliative Care nötig ist (vgl. Abbildung 1). Dabei ist nicht alleine die körperliche Dimension entscheidend, sondern auch die psychische, die soziale/organisatorische sowie die existenzielle/spirituelle Dimension.

Abb. 1: Die beiden Achsen Komplexität und Instabilität als Bezugsrahmen



2.2 Versorgungsstrukturen Palliative Care Schweiz

Die Versorgungsstrukturen für Palliative Care in der Schweiz bilden nicht die realen Gegebenheiten der heutigen Gesundheitsversorgung ab, sondern gehen von den unterschiedlichen Bedürfnissen der beschriebenen Patientengruppen A und B aus (vgl. Abb. 2). Um eine optimale Betreuung und Behandlung von unheilbar kranken Patientinnen und Patienten beider Patientengruppen zu gewährleisten, sind Angebote in den verschiedenen Settings notwendig.

Ausgehend von diesen Anforderungen wurden die Versorgungsstrukturen Palliative Care Schweiz festgelegt (vgl. Abb. 3). Die Darstellung stimmt nicht zwingend mit den kantonalen/regionalen Gegebenheiten und Abrechnungsmodalitäten (Spitalfinanzierung, Pflegefinanzierung, ambulante Tarife) überein, zumal es im Bezug auf die Versorgungsplanung grosse Unterschiede zwischen den Kantonen gibt.

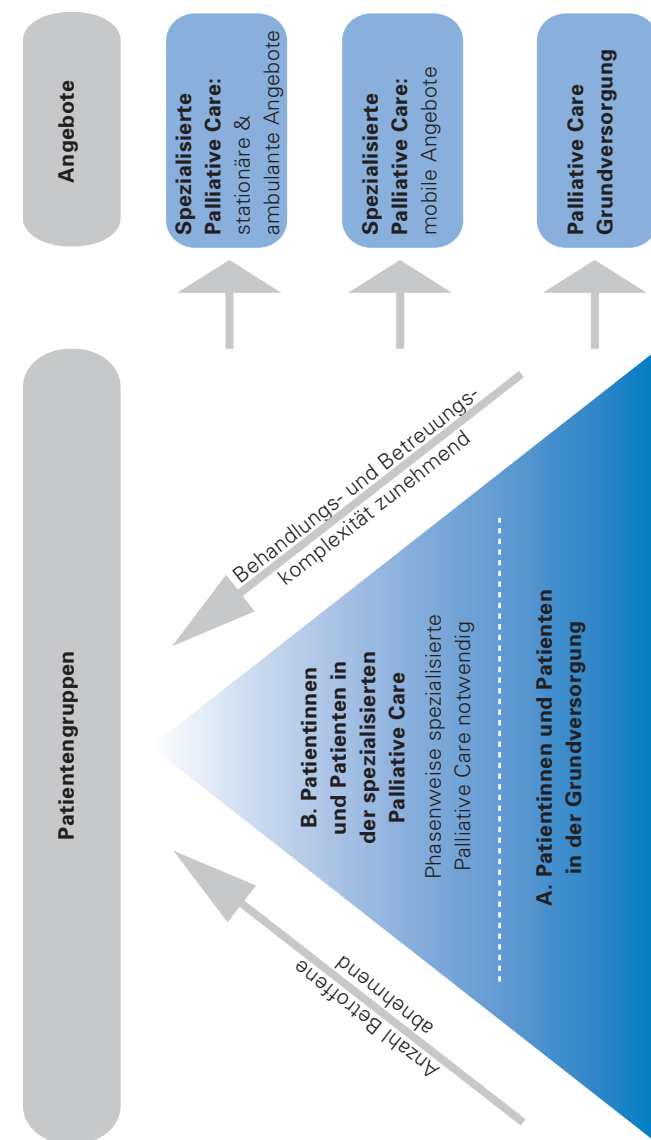


Abb. 2: Übersicht über die Angebote nach Patientengruppen (vgl. Nationale Leitlinien Palliative Care, 4. Leitlinie: Zielgruppen)

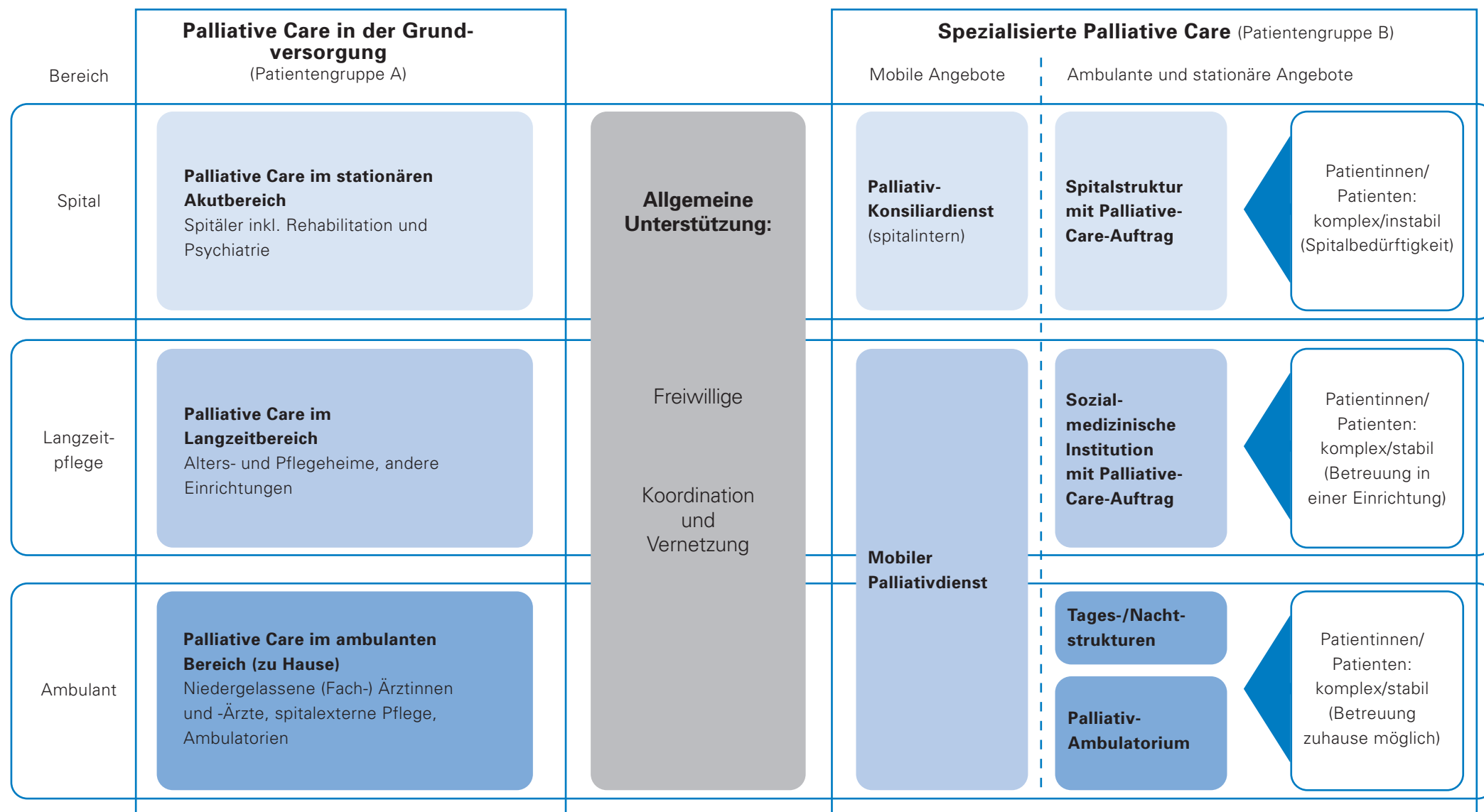


Abb. 3: Versorgungsstrukturen Palliative Care in der Schweiz, ausgehend vom Bedarf

Der linke Bereich der Abbildung zeigt die Situation für Palliativ-Patientinnen und -Patienten in stabilen Krankheitssituationen, die keine komplexe Behandlung und Betreuung benötigen (Patientengruppe A, vgl. Kap. 2.1). Sie können von den Leistungserbringern der **Grundversorgung** (im stationären Akutbereich, im Langzeitbereich oder im ambulanten Bereich) behandelt und betreut werden. Voraussetzung ist, dass diese Leistungserbringer über die entsprechenden Grundkenntnisse im Bereich Palliative Care verfügen.

Der rechte Bereich der Abbildung zeigt die Situation für Palliativ-Patientinnen und -Patienten, die **spezialisierte Palliative Care** benötigen (Patientengruppe B). Auch spezialisierte Palliative Care kann im Spitalbereich, im Langzeitbereich und im ambulanten Bereich angeboten werden. Es wird unterschieden zwischen ambulanten und stationären Angeboten.

Die **mobilen Angebote** (Palliativ-Konsiliardienste und mobile Palliativdienste) unterstützen die Leistungserbringer der Grundversorgung mit spezialisiertem Palliative-Care-Fachwissen. Ziel ist es, dass Patientinnen und Patienten, die eine instabile Krankheitssituation aufweisen und/oder (phasenweise) eine komplexe Behandlung bzw. die Stabilisierung von bestehenden Symptomen benötigen, an ihrem jeweiligen Aufenthaltsort in der Grundversorgung (stationärer Akutbereich, Langzeitbereich, zu Hause) Zugang zu spezialisierter Palliative Care erhalten. Damit soll eine Verlegung bzw. Hospitalisierung, die insbesondere für den unheilbar kranken Menschen sehr belastend sein kann, so weit möglich vermieden werden.

Die **stationären Angebote** richten sich an Patientinnen und Patienten, die permanent auf Unterstützung durch spezialisierte Palliative Care angewiesen sind.

- In Spitalstrukturen mit Palliative Care Auftrag werden Patientinnen und Patienten behandelt und betreut, die eine instabile Krankheitssituation aufweisen und eine komplexe Behandlung bzw. die Stabilisierung von bestehenden Symptomen benötigen. Entscheidend für die Aufnahme ist – wie im stationären Akutbereich – die Spitalbedürftigkeit.⁶
- In sozialmedizinischen Institutionen mit Palliative Care Auftrag werden Patientinnen und Patienten behandelt und betreut, die eine mehrheitlich stabile Krankheitssituation aufweisen, aber eine komplexe Behandlung bzw. die Stabilisierung von bestehenden Symptomen in einer Einrichtung benötigen. Auch Patientinnen und Patienten, die nicht mehr zu Hause betreut werden können, weil das Betreuungsnetz aufgrund mangelnder Ressourcen bzw. fehlender spezifischer Kompetenzen dazu nicht mehr in der Lage ist, können in diesem Bereich versorgt werden.

⁶ Spitalbedürftigkeit liegt im Hauptanwendungsfall vor, wenn diagnostische oder therapeutische Anwendungen wegen den apparativen und personellen Anforderungen nur in einem Spital zweckmässig vorgenommen werden können. Spitalbedürftigkeit ist ferner gegeben, wenn die Möglichkeiten ambulanter Behandlungsalternativen ausgeschöpft sind und nur ein Spitalaufenthalt noch Aussicht auf Erfolg verspricht (vgl. Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Basel, Genf, München, 1998, S. 70 mit zahlreichen Hinweisen).

- Im Bereich ambulanter Angebote werden Palliativ-Patientinnen und -Patienten betreut und behandelt, die eine stabile Krankheits-situation aufweisen, aber eine komplexe Behandlung bzw. die Stabilisierung von bestehenden Symptomen benötigen. Das Betreuungsnetz ist so gut ausgestaltet, dass eine Versorgung zu Hause möglich ist. Tages-/Nachtstrukturen und Palliativ-Ambulatorien bieten zeitlich limitierte Betreuung und Entlastung für alle Betroffenen und deren nahestehenden Bezugspersonen. Sie stellen die Kontinuität der Behandlung und Betreuung im palliativen Netzwerk sicher und ermöglichen den Verbleib im privaten Umfeld.

Die Abbildung hat zum Ziel, eine Einordnung der verschiedenen Angebote der Palliative Care in die jeweilige kantonale Versorgungsplanung zu ermöglichen. Zu beachten ist, dass Palliative Care aufgrund der vieldimensionalen Problemstellungen neben der medizinischen und pflegerischen Kompetenz noch die Kompetenzen weiterer Disziplinen und Berufsgruppen (wie Sozialarbeit, Seelsorge, Psychologie, Rehabilitation etc.) benötigt. Zudem sollten Palliativangebote immer innerhalb von regionalen Strukturen organisiert und vernetzt sein. Nur so erfüllen sie die nationalen und internationalen Qualitätsstandards.

3. Angebote der spezialisierten Palliative Care

Auf den folgenden Seiten werden die Angebote der spezialisierten Palliative Care beschrieben. Die Angaben basieren auf internationalen Empfehlungen und sind mit den bestehenden nationalen Grundlagen abgestimmt. Wichtig ist der Hinweis auf sogenannte «Palliative Kompetenzzentren/Palliativzentren»:

Palliative Kompetenzzentren/ Palliativzentren (Centres of Excellence)

Palliative Kompetenzzentren sollten spezialisierte Palliative Care in einer breiten Vielfalt von Settings anbieten, einschliesslich stationärer und ambulanter Betreuung sowie Palliativ-Konsiliar-dienste und mobile Palliativdienste und sie sollten darüber hinaus akademische Möglichkeiten zur Forschung sowie Aus-, Fort- und Weiterbildung vorhalten. Palliative Kompetenzzentren sollten Zentren für Aus-, Fort- und Weiterbildung, Forschung und Öffentlichkeitsarbeit sowie für die Entwicklung von Standards und neuen Methoden sein.

	3.1 Spitalstruktur mit Palliative-Care-Auftrag
Definition	Eine Spitalstruktur mit Palliative-Care-Auftrag kann eine Station innerhalb eines Spitals sein oder eine eigenständige Einrichtung (z.B. Klinik), die stationäre Leistungen der Palliative Care mit eigener ärztlicher und pflegerischer Leitung innerhalb von bzw. in Zusammenarbeit mit einem Akutspital anbietet. Ein spezialisiertes, interprofessionell arbeitendes Palliative-Care-Team kümmert sich in einem ganzheitlichen Ansatz um die Patientinnen und Patienten und deren nahestehende Bezugspersonen. Eine Spitalstruktur mit Palliative-Care-Auftrag ist in der Regel autonom/ eigenständig bezüglich des Triageprozesses (Aufnahme), der Behandlung und der Entlassung von Patientinnen und Patienten. Eine Notfallaufnahme ist rund um die Uhr möglich.
Zielgruppe	Patientinnen und Patienten mit einer fortgeschrittenen, unheilbaren Krankheit jeder Altersgruppe mit instabiler, komplexer körperlicher, psychischer und/oder sozio-spirituelle Problematik und hohem Beurteilungs-, Behandlungs-, und Betreuungsaufwand (medizinisch, pflegerisch und interprofessionell). Eine 24-Stunden-Präsenz von Fachpersonen der Palliative Care ist erforderlich.
Auftrag und Ziel	Komplexe medizinische Behandlung. Diese beinhaltet: ■ die Klärung der Prioritäten, auch unter Einbezug der diagnosebezogenen Fachspezialisten, ■ die zur Problemlösung notwendige Diagnostik, die ursächlichen, lindernden und betreuenden Massnahmen mit dem Ziel einer bestmöglichen Lebensqualität, ■ die Vorbereitung (inkl. palliative Rehabilitation) und Organisation eines Austritts nach Hause oder in eine andere nachfolgende Versorgungsstruktur, ■ die spezifische Unterstützung des familiären Umfelds, ■ die Begleitung des Sterbeprozesses für Patientinnen und Patienten ohne Möglichkeit eines Austritts.

Aufnahmekriterien	Jeder der folgenden Aspekte ist alleine oder in Kombination für die Aufnahme ausreichend: ■ Komplexe und instabile körperliche, psychische, soziale oder spirituelle Problematik ■ Schwierige Entscheidungsfindung bei weit fortgeschrittenen unheilbaren Leiden ■ Evaluation und Vorausplanung der besten zukünftigen Betreuungsstruktur für Betroffene und deren nahestehende Bezugspersonen ■ Dekompensation des bisherigen Betreuungsnetzes, Überlastung der nahestehenden Bezugspersonen ■ Schwer belastende Situation in der Sterbephase
Spezifische Zielgruppen/ Anforderungen	Im Rahmen eines Kinderspitals wird eine Palliativstation nur für Kinder angeboten. Die Kriterien wurden bislang nicht genauer definiert. Tages-/Nachtklinik für Patientinnen und Patienten, die während einer begrenzten Zeit komplexe Leistungen benötigen, für die ein stationärer Aufenthalt jedoch nicht nötig ist. Die Kriterien entsprechen den Anforderungen an eine Spitalstruktur mit Palliative-Care-Auftrag.
Bedarf	Gemäss der EAPC ist mit einem Bedarf von 80 bis 100 Palliativbetten pro 1 Million Einwohnende zu rechnen.

	3.2 Sozialmedizinische Institution mit Palliative-Care-Auftrag
Definition	Eine Sozialmedizinische Institution mit Palliative-Care-Auftrag ist eine eigenständige Einrichtung der Langzeitpflege oder kann als Station oder Abteilung einer Einrichtung der Langzeitpflege zugeordnet sein. Es werden Patientinnen und Patienten betreut, deren Krankheitssituation mehrheitlich stabil ist, jedoch die Behandlung einen hohen Grad der Komplexität erfordert und stationär erfolgt. Ein spezialisiertes, interprofessionell arbeitendes Palliative-Care-Team kümmert sich in einem ganzheitlichen Ansatz um die Patientinnen und Patienten und deren nahestehende Bezugspersonen. Freiwillige Mitarbeitende sind integraler Bestandteil des interprofessionellen Teams. Eine sozialmedizinische Institution mit Palliative-Care-Auftrag ist autonom bezüglich der Aufnahme, der Behandlung und der Entlassung von Patientinnen und Patienten.
Zielgruppe	■ Erwachsene Patientinnen und Patienten mit einer fortgeschrittenen, unheilbaren Krankheit mit komplexer, aber mehrheitlich stabiler Symptomatik und/oder erhöhtem Betreuungsaufwand ■ Wenn eine häusliche Betreuung nicht (mehr) möglich ist und eine Behandlung im Akutspital keine Verbesserung der Problematik verspricht
Auftrag und Ziel	Ziele sind die Linderung belastender Symptome, die Erreichung einer bestmöglichen Lebensqualität der Betroffenen, ein Sterben in Würde sowie die Begleitung der nahestehenden Bezugspersonen in der Trauerphase und gegebenenfalls über den Tod der Patientin, des Patienten hinaus.

Aufnahme	Jeder der folgenden Aspekte ist alleine oder in Kombination für die Aufnahme ausreichend: ■ komplexe körperliche, psychische, soziale oder spirituelle Problematik ■ schwierige Entscheidungsfindung bei weit fortgeschrittenen Leiden ■ Dekompensation des bisherigen Betreuungsnetzes, schwere Belastung der nahestehenden Bezugspersonen ■ schwer belastende Situation in der Sterbephase
Spezifische Zielgruppen/ Anforderungen	Kinderhospiz: Kriterien bisher nicht definiert.

Zur Frage der Abgrenzung von Spitalstrukturen mit Palliative-Care-Auftrag und sozialmedizinischen Institutionen mit Palliative-Care-Auftrag (Hospiz):

Es gibt in der Schweiz einige Institutionen mit der Bezeichnung «Hospiz», deren verschiedene Leistungsangebote bisher national nicht einheitlich geregelt sind. Klar ist, dass Hospize bezüglich des Kompetenzniveaus Einrichtungen der spezialisierten Palliative Care sind, die in einigen Kantonen eher dem Akutbereich, in anderen eher dem Langzeitbereich zugeordnet sind. Diese Einteilung hat einen grossen Einfluss auf die Finanzierung, die für die verschiedenen Bereiche unterschiedlich gestaltet ist.

Seitens der Nomenklatur sollen in der Schweiz wegen der teilweise verwirrenden Situation zukünftig spezialisierte Einrichtungen des Akutbereichs als Spitalstruktur mit Palliative-Care-Auftrag benannt werden, während die Bezeichnung «Hospiz» mit einer Zuordnung zum Langzeitbereich (sozialmedizinische Institution mit Palliative-Care-Auftrag) gleichzusetzen ist, der eine besondere Finanzierung erfordert.

Entscheidungsgrundlage für die Zuweisung von Patientinnen und Patienten in eines dieser beiden Angebote sind die «Indikationskriterien für spezialisierte Palliative Care». In diesem Dokument ist festgelegt, dass das Ausmass der Komplexität und das Kriterium der Instabilität belastender Faktoren über längere Zeit den Zugang zu Leistungen der spezialisierten Palliative Care bestimmen.

Anhaltende Komplexität, aber mehrheitlich stabiler Zustand kann so gesehen Kriterium für eine Behandlung in einer sozialmedizinischen Institution mit Palliative-Care-Auftrag (Hospiz) herangezogen werden, während anhaltende Komplexität in Verbindung mit einer instabilen Situation die Einweisung in eine Spitalstruktur mit Palliative-Care-Auftrag erfordert.

Das breite Angebot an medizinischer Diagnostik und Therapien anderer Fachdisziplinen sowie die permanente ärztliche Präsenz in Spitalstrukturen mit Palliative-Care-Auftrag sind in diesem Sinne wesentliche Unterschiede zu sozialmedizinischen Institutionen mit Palliative-Care-Auftrag (Hospiz).

	3.3 Tages-/Nachtstrukturen (Tages-/Nachthospiz)
Definition	Diese Einrichtungen bieten Palliativpatientinnen und -patienten die Möglichkeit, tagsüber ausserhalb ihrer gewohnten Umgebung an verschiedenen Aktivitäten teilzuhaben bzw. die Nacht in einem professionalisierten Setting zu verbringen. Diese Angebote sind in der Regel an eine sozialmedizinische Institution mit Palliative-Care-Auftrag angeschlossen. Sie bieten Behandlung, Beratung und Begleitung durch ein spezialisiertes, interprofessionell arbeitendes Palliative-Care-Team mit Unterstützung durch freiwillige Mitarbeitende. Bei Tagesstrukturen dienen zusätzliche psychosoziale und therapeutische Angebote dazu, den Tag zu gestalten und die Gemeinschaft mit anderen Betroffenen zu erleben. Das Tages- oder Nachthospiz kann als eigenständiges Angebot von allen Palliativpatientinnen und -patienten in Anspruch genommen werden.
Zielgruppe	■ Erwachsene Palliativpatientinnen und -patienten jeder Altersgruppe, die mobil bzw. transportfähig sind, ■ Nahestehende Bezugspersonen zur Schulung bzw. Unterstützung bei der Tätigkeit als Laienhelfende.
Auftrag und Ziel	Das Tages-/Nachthospiz bietet zeitlich limitierte Betreuung und Entlastung für alle Betroffenen und deren nahestehenden Bezugspersonen. Wesentliche Ziele sind: ■ Förderung der Lebensqualität ■ Erweiterung des Lebensumfeldes zur Verhinderung sozialer Isolation ■ Motivation zur Förderung der Selbständigkeit (Empowerment) ■ Ermöglichen von Gemeinschaft in einer Gruppe gleichermassen Betroffener ■ Vermeidung unnötiger Spitalaufenthalte ■ Überwachung bzw. Sicherheit bei insbesondere nachts auftretenden Problemen (bspw. Atemnot, Angst) ■ Entlastung der nahestehenden Bezugspersonen ■ Gestaltung und Bearbeitung von Abschieden

Aufnahme	■ Die Patientin, der Patient stimmt der Betreuung zu. ■ Die Patientin, der Patient ist weitestgehend über die unheilbare Erkrankung aufgeklärt.
Bedarf	Gemäss EAPC sollte ein Tageshospiz für 150'000 Einwohnende zur Verfügung stehen.

	3.4 Palliativambulatorium
Definition	Das Palliativambulatorium ist eine Einrichtung innerhalb von oder in Verbund mit einem Akutspital und wird in der Regel im Kontext einer anderen spezialisierten Palliativstruktur (Palliativstation oder -klinik) angeboten. Ein spezialisiertes, interprofessionell arbeitendes Palliative-Care-Team, teilweise mit zusätzlicher Dignität eines anderen Spezialgebietes (bspw. Neurologie, Onkologie), beurteilt, behandelt und begleitet die Patientinnen und Patienten und deren nahestehenden Bezugspersonen.
Zielgruppe	■ Personen jeder Altersgruppe mit komplexer körperlicher, psychischer, sozialer und spiritueller/existenzieller Problematik bei weit fortgeschrittenem unheilbarem Leiden, die noch im ambulanten Bereich begleitet werden können ■ Patientinnen und Patienten mit einem hohen Bedarf an spezialisierter Kommunikations- und Entscheidungskompetenz ■ Patientinnen und Patienten mit einem hohen Bedarf an spezialisierter Organisation und Unterstützung durch palliative Netzwerke

Auftrag und Ziel	Ziel der Beurteilung, Behandlung und Betreuung ist ■ die Unterstützung der Grundversorger bei der Verbesserung der krankheitsspezifischen Symptome bzw. Probleme, um einen Verbleib im privaten Umfeld zu ermöglichen, ■ die Sicherstellung der Kontinuität der Behandlung und Betreuung im palliativen Netzwerk und mit den krankheitsspezifisch beigezogenen Fachpersonen bis zum Tode der Patientin, des Patienten und darüber hinaus, ■ eine Koordinationsfunktion für ambulant betreute und behandelte Patientinnen und Patienten bei weit fortgeschrittenen Leiden.
Zugangskriterien	Patientinnen und Patienten mit fortschreitenden oder weit fortgeschrittenen Erkrankungen, bei denen die Symptomlinderung, Entscheidungsfindung, die Organisation eines kontinuierlichen Betreuungsnetzes und der Support der nahestehenden Bezugspersonen im Vordergrund stehen.

	3.5 Palliativ-Konsiliardienst (spitalintern)⁷
Definition	Der Palliativ-Konsiliardienst wird von einem spezialisierten, interprofessionell arbeitenden Team im Spital gebildet und wendet sich in erster Linie an das betreuende ärztliche Personal und Pflegepersonen in den Stationen und in den Ambulatorien, erst in zweiter Linie an die Patienten und deren Angehörige. Der Dienst ist beratend tätig und bietet seine Erfahrung bei der Bewältigung komplexer Situationen von Patientinnen und Patienten mit weit fortgeschrittenen Erkrankungen gemäss dem Spektrum der Palliative Care an. Diese Leistung kann sowohl in Form einer einmaligen Beratung, als auch bei fortgesetzter Beratung im Sinn einer Liaison-Tätigkeit erfolgen.

⁷ In gewissen Kantonen sind der Palliativ-Konsiliardienst und der mobile Palliativdienst zusammengefasst und bilden einen einzigen Dienst.

Zielgruppe	Betreuendes Personal / Behandlungs- und Pflegeteam
Auftrag und Ziel	■ Integration spezieller palliativmedizinischer und palliativ-pflegerischer Expertise bei der Betreuung schwerkranker und sterbender Menschen ausserhalb von spezialisierten Palliativinstitutionen ■ Herstellung der Verbindung zu lokalen Palliative-Care-Netzwerken oder -Teams ■ Fachspezifische Beratung und Weiterbildung Dadurch kann ■ die Betreuung vor Ort verbessert werden und gegebenenfalls eine Entlassung von Patientinnen und Patienten aus der Akutabteilung im Spital ermöglicht werden, ■ eine gezielte Übernahme von Patientinnen und Patienten auf eine Palliativstation erfolgen, ■ der Übergang zwischen stationärer und ambulanter Betreuung erleichtert werden (Brückenfunktion), ■ ein Verbleiben der Patientin, des Patienten zu Hause/im Pflegeheim ermöglicht werden (bei Übernahme der Aufgaben des mobilen Palliativdienstes bzw. Vorabklärung im Kontakt mit dem mobilen Palliativdienst), ■ das Kompetenzniveau bezüglich Palliative Care bei den Betreuungs-Teams verbessert werden. Je nach örtlicher und geographischer Gegebenheit kann der Palliativ-Konsiliardienst auch ausserhalb des Krankenhauses beratend tätig werden (vgl. mobiler Palliativdienst).

Zugangskriterien	Der Palliativ-Konsiliardienst wird auf Anfrage/Anforderung sowohl des pflegerischen als auch des ärztlichen Personals tätig ■ als Hilfestellung für die Betreuenden vor Ort in komplexen Betreuungssituationen, ■ in der Betreuung von Patientinnen, Patienten und deren nahestehenden Bezugspersonen, wenn diese einer speziellen Expertise in Palliative Care bedürfen.
Bedarf	Die EAPC nennt im «white paper» die Verfügbarkeit eines Palliativteams pro 250 Betten der Akutversorgung.

	3.6 Mobiler Palliativdienst (spitalextern)
Definition	Der mobile Palliativdienst ist ein spezialisiertes, interprofessionell arbeitendes Team, das sich in erster Linie an die professionellen Betreuenden der Grundversorgung zu Hause und im Pflegeheim wendet.⁸ Er ist beratend und anleitend tätig und bietet seine Erfahrung in Palliative Care auf dem Niveau der spezialisierten Palliativversorgung an. Das Team des mobilen Palliativdienstes unterstützt ausserdem die Übergänge zwischen Spital und häuslicher Versorgung und stellt somit den Drehpunkt jedes regionalen oder lokalen Palliativnetzes dar. Die Verantwortung für die Behandlung bleibt in der Regel bei den Betreuenden der Grundversorgung, es sei denn, es wird anders vereinbart. Auf Anfrage der Betreuenden der Grundversorgung und in festgelegten Situationen kann der mobile Palliativdienst auch direkt an der Behandlung und Begleitung einer Patientin, eines Patienten beteiligt sein.
Zielgruppe	Primäre Zielgruppe sind professionelle Betreuende und betreuende Dienste vor Ort, zum Beispiel Grundversorger zu Hause, im Langzeitbereich, regional gegebenenfalls auch im Akutbereich. Dies sind insbesondere Hausärztinnen und Hausärzte, Pflegefachpersonen und anderes Pflegepersonal, Fachpersonen Betreuung im Bereich Behindertenbetreuung, Fachpersonal im Langzeitbereich, andere mobile Dienste (z.B. für Personen mit ALS- oder Demenz) oder Sozialdienste. Sekundäre Zielgruppe sind Patientinnen, Patienten und deren nahestehenden Bezugspersonen.

⁸ Zu den Betreuenden der Grundversorgung zählen niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Organisationen zur Pflege zu Hause, Alters- und Pflegeheime sowie Institutionen für Menschen mit Behinderungen oder Akutspitäler.

Auftrag und Ziel	Vergleiche Palliativ-Konsiliardienst Besondere Ziele sind: ■ ein Verbleiben der Patientin, des Patienten zu Hause/im Pflegeheim zu ermöglichen, ■ eine Aufnahme von Patientinnen und Patienten in ein Akutspital zu vermeiden bzw. deren Zielsetzung klar zu definieren, ■ den Übergang zwischen stationärer und ambulanter Betreuung zu erleichtern (Brückenfunktion), ■ eine frühere Entlassung von Patientinnen und Patienten aus dem Akutspital zu ermöglichen. Hauptziel ist, die spezialisierte Expertise in Palliative Care im jeweiligen Umfeld verfügbar zu machen und die verschiedenen Bestandteile eines Palliativnetzes zu verbinden.
Zugangskriterien	Der mobile Palliativdienst wird auf Anfrage/Anforderung tätig: ■ als Hilfestellung für Betreuende vor Ort in komplexen Betreuungssituationen (insbesondere ärztliche und pflegerische Fachpersonen), ■ in der Betreuung von Patientinnen, Patienten und deren nahestehenden Bezugspersonen, wenn diese einer speziellen Expertise in Palliative Care bedürfen.
Spezifische Zielgruppen/Anforderungen	■ Mobile Palliativdienste für Kinder ■ Zusammenarbeit mit speziellen mobilen Palliativdiensten für neurologische Patienten (Bsp. ALS) ■ Möglichkeit der Einbindung dieses Dienstes in die Betreuung innerhalb von Pflegeinstitutionen (nach Vereinbarung/Verträgen)
Bedarf	Gemäss EAPC mindestens ein mobiler Palliativdienst pro 100'000 Einwohnende, verfügbar während 24 Stunden.

	3.7 Freiwillige
Definition	Unter besonderer Beachtung ihrer jeweiligen Kompetenzen und Aufgaben können Freiwillige Teil des interprofessionellen Teams und der palliativen Versorgung sein. Zentral ist, dass sie entsprechend vorbereitet und kontinuierlich begleitet werden (Supervision). Dies ist am ehesten in einer geführten Gruppe von Freiwilligen der Fall. Um ihre Kenntnisse und Fertigkeiten zu verbessern, sollten sie die Möglichkeit einer (betrieblichen) Weiterbildung in Palliative Care erhalten. Freiwilligengruppen der Palliative Care bieten den Patientinnen und Patienten sowie ihren Angehörigen eine Begleitung während der Krankheitszeit und der letzten Lebensphase an. Dadurch leisten sie einen bedeutenden Beitrag, dass kranke Menschen am Ort ihrer Wahl betreut werden können. Es muss jedoch stets bedacht werden, dass Freiwilligengruppen die Fachpersonen nicht ersetzen können. ⁹
Zielgruppe	■ Palliativpatientinnen und -Patienten ■ Nahestehende Bezugspersonen (z.B. Angehörige) ■ Trauernde
Auftrag und Ziel	Freiwillige Mitarbeitende leisten einen wesentlichen Beitrag zur psychosozialen und emotionalen Entlastung von Patientinnen, Patienten, den nahestehenden Bezugspersonen und den betreuenden Berufsgruppen. Sie tragen zur Erhaltung und Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen bei. Das Angebot gilt für nahestehende Bezugspersonen auch in der Zeit der Trauer.
Zugangskriterien	■ Wunsch nach Begleitung seitens der Betroffenen ■ Anfrage/Anforderung bei der koordinierenden Fachkraft Die Dauer eines Einsatzes wird vom Bedarf bestimmt, möglich sind wenige Stunden bis hin zu ganzen Nächten. Wenn sich die Situation der Betroffenen verbessert oder verschlechtert, muss der Einsatzrahmen neu vereinbart werden.

9 Vgl. BAG und GDK (2011): Nationale Leitlinien Palliative Care, S. 21

4. Kriterien der Strukturqualität

Grundlage für die Feststellung der Qualität von Palliativstrukturen in der Schweiz ist gegenwärtig das Qualitäts-Label des Schweizerischen Vereins für Qualität in Palliative Care.¹⁰ Für die verschiedenen Bereiche der spezialisierten Palliative-Care-Versorgung wurden zusätzlich Kriterien für die Strukturqualität basierend auf internationalen Vorlagen (insbesondere Österreich, Australien, Kanada) formuliert. Diese Strukturkriterien entsprechen den Angaben im bereits erwähnten «white paper» der European Association for Palliative Care (EAPC). Keine Angaben werden über Strukturkriterien für Freiwilligengruppen gemacht.

Die aufgeführten qualitativen und quantitativen Anforderungen an die Struktur und die Qualifikation der Mitarbeitenden sind als Richtgrössen anzusehen, um den Institutionen eine klarere Ausrichtung ihres Angebots zu ermöglichen. Schrittweise und abhängig von der Verfügbarkeit nationaler Weiterbildungscurricula werden diese Anforderungen im Rahmen der Zertifizierung («Label Palliative Care») als Kriterien der Strukturqualität herangezogen und bewertet werden. Anforderungen zur Prozess- und Ergebnisqualität (bspw. Teamarbeit, Rapporte, Einbezug der Patientinnen und Patienten) sowie weitere Kriterien der Strukturqualität (z.B. Guidelines) der jeweiligen Institution/des Leistungsangebots sind in den Kriterienlisten zur Erlangung des «Labels Palliative Care» definiert.

10 Informationen unter www.palliative.ch/?id=127

Vorbemerkung zu den Anforderungen hinsichtlich der Personalqualifikation:

Die unterschiedlichen Pflege- und Betreuungssettings/Betreuungskonditionen verlangen nach klaren Rahmenbedingungen sowie gemeinsam definierten organisatorischen und institutionellen Voraussetzungen. Dies ist notwendig, damit das Erbringen von Palliative Care in der angestrebten interprofessionellen Zusammenarbeit überhaupt möglich ist. Die unterschiedlichen Rahmenbedingungen verlangen entsprechende Bildungsinhalte. Für Menschen mit einer komplexen Symptomatik und einer insgesamt instabilen Krankheitssituation braucht es ein spezialisiertes Angebot (Patientengruppe B). Dafür sind seitens des Betreuungs- und Behandlungsteams erweiterte Kompetenzen und spezifisches Fachwissen erforderlich.

Dies bedeutet aber nicht per se, dass dies auch eine höhere Bildungsstufe erfordert. Es sind damit differenzierte und der Situation angemessene Kompetenzen zu verstehen. Daher ist es notwendig, aufbauend auf die Bildungsangebote der allgemeinen Palliative Care, bedarfsgerechte Kompetenzen in der spezialisierten Palliative Care zu vermitteln. International erprobte Konzepte und Curricula können als Basis für die Entwicklung entsprechender Angebote dienen.¹¹

Da es in der Schweiz bisher noch keine klaren Fachweiterbildungen in spezialisierter Palliative Care gibt, werden die Vorgaben der EAPC für die Schweiz übernommen. Von den Teammitgliedern wird erwartet, dass sie Erfahrung im klinischen Management von Problemen aus vielen verschiedenen Bereichen haben, um den komplexen Bedürfnissen der Patienten gerecht werden zu können. Ihre Arbeit ist geprägt von einer substanziellen Expertise in der Betreuung von Patientinnen und Patienten mit lebensbedrohlichen oder belastenden chronischen Erkrankungen und deren nahestehenden Bezugspersonen. Alle Teammitglieder weisen eine Grundausbildung in Palliative Care vor.

¹¹ Vgl. Bundesamt für Gesundheit BAG und Bundesamt für Berufsbildung und Technologie BBT (2012): Nationales Bildungskonzept «Palliative Care und Bildung»: Strategisches Grundlagenpapier (Empfehlungen)

¹² vgl. www.palliative.ch, Bereich Fortbildung

Die Fachgesellschaft palliative.ch hat Empfehlungen zu Qualifikationsniveaus definiert, welche vielen angebotenen Curricula zugrunde gelegt sind.¹² Diese Empfehlungen müssen selbstverständlich im Lichte der bestehenden Strukturen der schweizerischen Bildungssystematik, der bestehenden Bildungsgefässe (z.B. Rahmenlehrplan, Bildungspläne und Curricula) von Sekundarstufe II bis Tertiärstufe sowie der unterschiedlichen Kompetenzen und Verantwortlichkeiten sowie Vorgaben in den verschiedenen Rechtsgrundlagen betrachtet werden.

In den folgenden Kriterien der Strukturqualität wird davon ausgegangen, dass eine Fachperson mindestens 50% ihrer Tätigkeit in einem spezialisierten Bereich der Palliative Care ausübt. Bei den Pflegeberufen wird in Anlehnung an die schweizerische Bildungssystematik die folgende Nomenklatur verwendet:

- **Diplomierte Pflegefachpersonen:** Diplomierte Pflegefachfrau/-mann FH, Bachelor-Diplome in Pflege, Diplomierte Pflegefachfrau/-mann HF, Pflegefachfrau/-mann Niveau I (DN1), Pflegefachfrau/-mann Niveau II (DN2), Diplom: Krankenschwester/-pfleger AKP/GKP/KWS/PsyKP
- **Anderes Pflegepersonal:** Fähigkeitsausweis: Krankenpfleger/in FA SRK, PKP, Fachfrau/-mann Gesundheit (FAGE EFZ), Pflegeassistentin mit Zertifikat (mit FA), Kinderpflege, Spitalgehilfin, Eidgenössisches Berufsattest Gesundheit und Soziales
- **Andere Berufsgruppen:** Fachpersonen der Physiotherapie, Psychologie, Sozialarbeit, Ergotherapie, Logopädie, Diätassistenten/Ernährungsberaterinnen etc.

	4.1 Spitalstruktur mit Palliative-Care-Auftrag
Berufsgruppen/ Personalausstattung	■ Ärztliches Personal (Tagdienst): 1 Vollzeitstelle (VZ)-Stelle je 5-6 Betten (mind. 0,15 Arztstelle pro Bett), täglich rund um die Uhr präsent ■ Dipl. Pflegefachpersonen 1,2 VZ-Stelle je Bett (= 1 VZ Stelle je 0,833 Betten), täglich rund um die Uhr präsent ■ Anderes Pflegepersonal ■ Andere Berufsgruppen: Fachpersonen der Physiotherapie, Psychologie, Psychotherapie, inkl. Musik-/Kunsttherapie, Sozialarbeit, Ergotherapie, Logopädie, Diätassistenten/ Ernährungsberatung verfügbar ■ Seelsorge verschiedener Konfessionen verfügbar ■ Freiwillige Mitarbeitende mit Koordinationsperson verfügbar
Personalqualifikation	Ärztliches Personal: Mindestens 100% Ärztin/Arzt mit abgeschlossener Facharzt-Weiterbildung, jeweils mit besonderen Kenntnissen auf dem Gebiet der Palliativmedizin (entsprechend Kompetenzlevel B2/C der Fachgesellschaft palliative ch). Dipl. Pflegefachpersonen: Mindestens 50% aller diplomierten Pflegefachpersonen bzw. pro Schicht mindestens eine diplomierte Pflegefachperson mit mindestens zweijähriger Berufserfahrung und besonderen Kenntnissen auf dem Gebiet der Palliative Care (davon mindestens zwei Fachpersonen mit Kompetenzniveau B2/C gemäss Fachgesellschaft palliative ch) Anderes Pflegepersonal: Mindestens zweijährige Berufserfahrung und besondere Kenntnisse auf dem Gebiet der Palliative Care. Mindestens sechsmonatige Tätigkeit in einem spezialisierten Palliativbereich oder Äquivalent, Grundkurs Palliative Care (mind. 40 Stunden).

Personalqualifikation	Andere Berufsgruppen: Diplomierte Fachpersonen mit mindestens zweijähriger Berufserfahrung und mit besonderen Kenntnissen auf dem Gebiet der Palliative Care: mindestens sechsmonatige Tätigkeit in einem spezialisierten Palliativbereich oder Äquivalent, Grundkurs Palliative Care (mind. 40 Stunden). Freiwillige Mitarbeitende: Absolvierter Kurs in Hospizbegleitung, Praxisphase mit Supervision in einer Einrichtung der spezialisierten Palliative Care.
Technische Ausstattung	In den Patientenzimmern: ■ Sauerstoffanschluss ■ Vakuum Auf der Station: ■ Schmerzpumpen ■ Perfusoren und Infusomaten ■ spezielle Anti-Dekubitus-Matratten
Räumliche Ausstattung	■ Wohnliche Atmosphäre, Patientenbereiche ausgestattet gemäss den Normen für hindernisfreie Bauten ■ 1- und 2-Bett-Zimmer mit Nasszelle ■ 1 bis 2 Zimmer mit rollstuhlgängiger Nasszelle ■ Übernachtungsmöglichkeiten für Angehörige ■ Stationsbad ■ Besprechungszimmer (z.B. für Psychologie, Seelsorge) ■ Verabschiedungs-/Meditationsraum, multifunktionell nutzbar ■ Räumlichkeiten für Besprechungen und soziale Aktivitäten, multifunktionell nutzbar ■ Aufenthaltsbereich für nahestehende Bezugspersonen ■ Im Haus verfügbar: Therapieaum Physio-/Ergotherapie
Mindestgrösse	Die Mindestgrösse einer Palliativstation oder -klinik umfasst ca. acht Betten. Die Minimalgrösse muss einen 24-Stunden-Betrieb mit Fachpersonen der Palliative Care ermöglichen. In Abhängigkeit von regionalen Bedingungen sind auch Palliativbereiche mit weniger als acht Betten möglich, sofern das Fachpersonal verfügbar ist (z.B. in Kombination mit einem Ambulatorium oder einem spital-internen bzw. -externen Palliativdienst durch das gleiche Fachteam).

	4.2 Sozialmedizinische Institution mit Palliative-Care-Auftrag
Berufsgruppen/ Personalausstattung	■ Ärztliches Personal täglich während 24 Stunden erreichbar und innerhalb notwendiger Zeit auf der Station verfügbar ■ Dipl. Pflegefachpersonal während 24 Stunden präsent (1,2 VZ-Stelle pro Bett) ■ Anderes Pflegepersonal ■ Andere Berufsgruppen: Fachpersonen der Physiotherapie, Psychologie, Psychotherapie, inkl. Musik-/Kunsttherapie, Sozialarbeit, Ergotherapie, Logopädie, Diätassistenten/ Ernährungsberatung verfügbar ■ Seelsorge verschiedener Konfessionen verfügbar ■ Psychosoziale u. spirituelle Betreuung jederzeit kurzfristig verfügbar ■ Liste mit externen Konsiliarärztinnen und -ärzten (z.B. Anästhesie, Psychiatrie) ■ Freiwillige Mitarbeitende nach Bedarf präsent
Personalqualifikation	Siehe 4.1 Spitalstruktur mit Palliative-Care-Auftrag
Technische Ausstattung	■ Sauerstoff ■ Absaug-Gerät ■ Schmerzpumpen (Spritzenpumpen) ■ Perfusoren und Infusomaten ■ Anti-Dekubitus-Matratzen
Räumliche Ausstattung	■ Wohnliche Atmosphäre, Patientenbereiche ausgestattet gemäss den Normen für hindernisfreie Bauten ■ 1- und 2-Bett-Zimmer mit Nasszelle ■ Übernachtungsmöglichkeiten für nahestehende Bezugspersonen ■ Stationsbad ■ (Wohn-)Küche ■ Verabschiedungs-/Meditationsraum, multifunktionell nutzbar ■ Räumlichkeiten für soziale und therapeutische Aktivitäten, multifunktionell nutzbar ■ Aufenthaltsbereich für nahestehende Bezugspersonen
Mindestgrösse	Selbständige Organisationseinheit mit eigenem Team mit mindestens acht Betten.

	4.3 Tages-/Nachtstrukturen (Tages-/Nachthospiz)
Berufsgruppen/ Personalausstattung	■ Ärztliches Personal während den Betriebszeiten jederzeit verfügbar ■ 2 Dipl. Pflegefachpersonen permanent anwesend während der Betriebszeiten (mindestens eine spezialisierte Palliativ-Pflegefachperson für 7 Tagesbesucherinnen und -besucher) ■ Anderes Pflegepersonal ■ Andere Berufsgruppen: Fachpersonen der Physiotherapie, Psychologie, Psychotherapie, inkl. Musik-/Kunsttherapie, Sozialarbeit, Ergotherapie, Logopädie, Diätassistenten/ Ernährungsberatung verfügbar ■ Seelsorge verschiedener Konfessionen verfügbar ■ Freiwillige Mitarbeitende mit Koordinationsperson präsent
Personalqualifikation	Siehe 4.1 Spitalstruktur mit Palliative-Care-Auftrag
Technische Ausstattung	■ Absaug-Gerät ■ Beatmungsbeutel mit Masken (z.B. für Patientinnen und Patienten mit ALS oder Muskeldystrophie) ■ Patienten-Alarmsystem
Räumliche Ausstattung	■ Wohnliche Atmosphäre, Patientenbereiche ausgestattet gemäss den Normen für hindernisfreie Bauten ■ Patientenräume mit bequemen Sitzmöglichkeiten, multifunktional nutzbar ■ Behandlungs-/Therapieraum ■ Räumlichkeiten für Pflegepersonal und Teambesprechungen ■ Wohnküche und Gemeinschaftsraum
Mindestgrösse	Mindestens sechs Plätze

	4.4 Palliativambulatorium
Berufsgruppen/ Personalausstattung	Ärztliches Personal und diplomierte Pflegefachperson bilden das Kernteam; Personalunion mit kleineren Spitalstrukturen mit Palliative-Care-Auftrag (s.o.) ist möglich. Zusätzlich verfügbar: Fachpersonen der Psychologie/Psychoonkologie, Ernährungsberatung, Sozialarbeit, Physio- und andere Therapieangebote
Personalqualifikation	Siehe 4.1 Spitalstrukturen mit Palliative-Care-Auftrag
Technische Ausstattung/ räumliche Ausstattung	Wie für andere Ambulatorien. Zusätzlich Raum für Teambesprechungen.

	4.5 Palliativ-Konsiliardienst (spitalintern)
Berufsgruppen/ Personalausstattung	■ Ein Palliativ-Konsiliardienst besteht mindestens aus einem interprofessionellen Team von Medizin und Pflege ■ Ärztliches Personal während der regulären Arbeitszeiten jederzeit verfügbar, ausserhalb der regulären Arbeitszeiten als Hintergrunddienstfunktion ■ Diplomiertes Pflegepersonal jederzeit verfügbar während der regulären Arbeitszeiten ■ Fachpersonen der Physiotherapie, Psychotherapie, Sozialarbeit, Ergotherapie, Musik-/Kunsttherapie, Logopädie, Diätassistenten verfügbar ■ Seelsorge verschiedener Konfessionen verfügbar ■ Freiwillige Mitarbeitende mit Koordinationsperson verfügbar
Personalqualifikation	Siehe 4.1 Spitalstrukturen mit Palliative-Care-Auftrag
Technische Ausstattung	■ Jederzeit Zugang zu Patientendaten (Zugang zu Archiv/elektronische Krankengeschichte, IT-Services etc.) ■ Gute Erreichbarkeit mit allen Mitteln der Telekommunikation
Räumliche Ausstattung	Eigenes Büro bzw. Arbeitsplatz (gegebenenfalls unterstützt von Administration)

	4.6 Mobiler Palliativdienst (spitalextern)
Berufsgruppen/ Personalausstattung	■ Ein mobiler Palliativdienst besteht mindestens aus einem interprofessionellen Team von Medizin und Pflege. Zur Abdeckung eines 24-Stundenbetriebs sind in der Regel mindestens 4 bis 5 vollzeitbeschäftigte Fachpersonen erforderlich ■ Ärztliches Personal während der regulären Arbeitszeiten jederzeit verfügbar, sowie ausserhalb der regulären Arbeitszeiten als Hintergrunddienstfunktion ■ Dipl. Pflegefachpersonal jederzeit verfügbar während der regulären Arbeitszeiten ■ Administratives Personal (Teilzeit) ■ Fachpersonen der Psychologie/-therapie, Sozialarbeit verfügbar ■ Seelsorge verschiedener Konfessionen verfügbar ■ Freiwillige Mitarbeitende mit Koordinationsperson verfügbar
Personalqualifikation	Siehe 4.1 Spitalstrukturen mit Palliative-Care-Auftrag
Technische Ausstattung	■ Jederzeit Zugang zu Patientendaten (Zugang zu Archiv/elektronische Krankengeschichte, IT-Services etc.) ■ Gute Erreichbarkeit mit allen Mitteln der Telekommunikation
Räumliche Ausstattung	Eigenes Büro Arbeitsplatz für Administration

Literatur

Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (2009). Nationale Strategie Palliative Care 2010-2012, Bern

Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (2011): Indikationskriterien für spezialisierte Palliative Care, Bern

Bundesamt für Gesundheit BAG und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK (2011): Nationale Leitlinien Palliative Care, Bern

Bundesamt für Gesundheit BAG und Bundesamt für Berufsbildung und Technologie BBT (2012): Nationales Bildungskonzept «Palliative Care und Bildung»: Strategisches Grundlagenpapier (Empfehlungen)

European Association for Palliative Care (EAPC) (2010). White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: Part 2. Recommendations from the European Association for Palliative Care. In: European Journal of Palliative Care, 17(1), S. 22-33

European Association for Palliative Care (EAPC) (2009). White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: Part 1. Recommendations from the European Association for Palliative Care. In: European Journal of Palliative Care, 16(6), S. 278-289

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) (November 2004). Abgestufte Hospiz und Palliativversorgung in Österreich, Wien

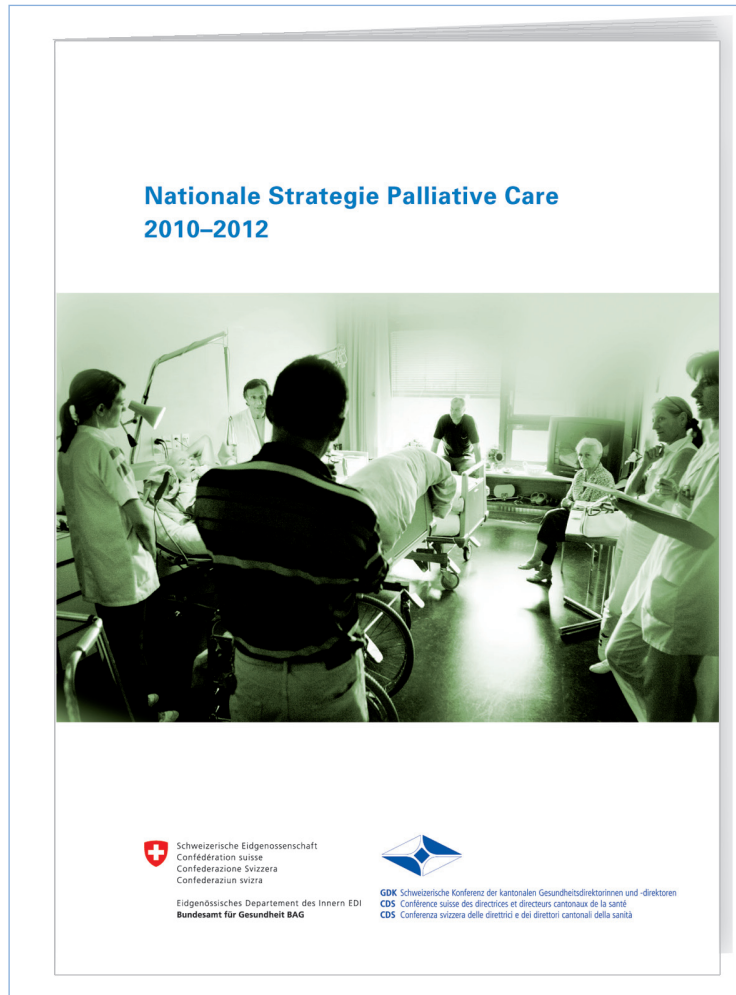
Radbruch, Lukas/Payne, Sheila (2011): Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa: Teil 1 und Teil 2. Weissbuch zu Empfehlungen der Europäischen Gesellschaft für Palliative Care (EAPC). In: Zeitschrift für Palliativmedizin 2011/12, S. 216-227 und 260-270

WHO Europe. Palliative Care. The solid facts (2004)
www.euro.who.int/document/E82931.pdf

Weiterführende Informationen:

www.palliative.ch
www.bag.admin.ch/palliativecare
www.gdk-cds.ch

Die «Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz» sind eine zentrale Massnahme der «Nationalen Strategie Palliative Care 2010-2012» von Bund und Kantonen.



Bezugsquelle:

BBL, Vertrieb Bundespublikationen, CH-3003 Bern

www.bundespublikationen.admin.ch

Bestellnummer: 316.715.d

Impressum

© Bundesamt für Gesundheit (BAG), palliative ch und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)

Herausgeber: BAG, palliative ch und GDK

Publikationszeitpunkt: August 2012

Autoren: palliative ch, Steffen Eychmüller; GDK, Pia Coppex; BAG, Lea von Wartburg

Weitere Informationen:

Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Direktionsbereich Gesundheitspolitik

Postfach

CH-3003 Bern

palliativecare@bag.admin.ch

palliative ch

Schweizerische Fachgesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung

info@palliative.ch

Diese Publikation steht auch als PDF in Deutsch und Französisch unter www.palliative.ch und www.bag.admin.ch/palliativecare zur Verfügung

Layout: Silversign, visuelle Kommunikation, Bern

Titelbild: Fotolia.com

BAG-Publikationsnummer: GP 08.12 2000 d 800 f 30EXT1209

Bezugsquelle:

BBL, Vertrieb Bundespublikationen, CH-3003 Bern

www.bundespublikationen.admin.ch

Bestellnummer: 316.719.d

Gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Papier