

25. Juni 2009

Palliative Care: Referat zum Stand der Umsetzung im Kanton Zürich

Verehrte Damen und Herren

Ich erlaube mir, mit einer Folie aus der Präsentation meines Vorredners zu beginnen. Herr Weber hat sich bereit erklärt, mir seine Unterlagen im Voraus zuzustellen. Diese Folie veranschaulicht die Palliative Care-Strukturen in der Schweiz bestens. Wenn ich zur heutigen Tagung eingeladen wurde, um Ihnen das kantonale Konzept vorzustellen, wie es im Programm heisst, so bewege ich mich hauptsächlich im stationären Bereich.

Das im heutigen Tagungsprogramm erwähnte kantonale Konzept heisst korrekt «Konzept Palliative Care *in der stationären Akutsomatik*». Genau dieser Zusatz enthält in gewisser Weise einen Widerspruch zur Palliative Care an sich: Als Fachpersonen wissen Sie genau so gut wie ich, dass rund 80 Prozent aller Menschen die letzte Lebensphase zuhause verbringen und dort sterben möchten. Auch der Kanton Zürich vertritt als einen seiner Grundsätze in der medizinischen Versorgung das Prinzip «ambulant vor stationär». Das gilt ebenso für den Bereich Palliative Care.

Warum also ein kantonales Konzept für Palliative Care *in der stationären Akutsomatik*? Weil es bis vor wenigen Jahren überhaupt keinen kantonalen Auftrag in Palliative Care gab. Entsprechend ungenügend war die Situation im Kanton Zürich [Folie]. Der Einflussbereich des Kantons liegt nicht in beiden aufgeführten Bereichen (stationär und ambulant), sondern lediglich in der stationären Versorgung. Hier hat der Kanton die Möglichkeit, Leistungsaufträge zu erteilen – und das macht er nun auch im Bereich Palliative Care.

Seit 2007 enthalten die Rahmenkontrakte für alle öffentlichen Spitäler im Kanton Zürich den Auftrag zur Erbringung von Palliative Care-Leistungen in der Grundversorgung. Oberstes Ziel ist, dass alle Patientinnen und Patienten im Kanton Zürich Zugang zu palliativen Leistungen haben. Dem Wunsch, im gewohnten Umfeld und nicht im Spital zu sterben, soll aber auch im Kanton Zürich wenn immer möglich entsprochen werden. Wir verfolgen nicht das Ziel, möglichst viele Patientinnen und Patienten für Palliative Care ins Spital zu bringen – im Gegenteil. Denn die stationäre Versorgung ist nicht nur aus Patientensicht wenig erwünscht, sie verursacht auch höhere Kosten.

Um die Durchlässigkeit zwischen den Bereichen ambulant und stationär zu gewährleisten, nimmt das Schnittstellen-Management einen wichtigen Platz im kantonalen Palliative Care Konzept ein. Darauf werde ich gerne näher eingehen, beginnen möchte ich aber beim Leistungsauftrag für Palliative Care in der Grundversorgung.

Dort heisst es:

Der Auftrag schliesst auch palliative Behandlungen gemäss dem Konzept «Palliative Care in der stationären Akutsomatik» vom März 2006 ein.

Hervorzuheben sind folgende Aufgaben und Pflichten:

- Zur Versorgung von Palliativ-Patientinnen und -Patienten stellt das Spital XX den abteilungsübergreifenden Einsatz eines interdisziplinären Palliativteams sicher, das seinem Auftrag entsprechend ausgebildet ist.*
- Das Spital benennt eine verantwortliche Ansprechperson für Palliative Care.*
- Das Spital verfügt über ein Konzept für spezifische Abläufe und interne sowie externe Schnittstellen, welches entsprechend umgesetzt wird.*

Dieser Leistungsauftrag basiert auf dem kantonalen Konzept und entstand – wie alle anderen von der Gesundheitsdirektion eingeleiteten Palliative Care-Massnahmen – in engster Zusammenarbeit mit Fachleuten, die Erfahrung in diesem Bereich haben. Gefordert wird an erster Stelle ein «interdisziplinäres Team», das «dem Auftrag entsprechend ausgebildet» ist.

Als Unterstützung im Ausbildungsbereich hat die Gesundheitsdirektion a) den Aufbau eines Ausbildungsangebotes im Kanton Zürich mit initiiert und b) eine Anschubfinanzierung in Form von Schulgeld für Aus- und Weiterbildungen in Palliative Care für Ärztinnen und Ärzte sowie für Pflegende in den öffentlichen Spitälern geleistet.

Eine im Mai 2009 durchgeführte Befragung in den 20 Spitälern zum Stand der Umsetzung «Palliative Care» hat für den Bereich Ausbildung folgendes ergeben:

Alle Spitäler verfügen über ärztliches und/oder pflegerisches Personal mit Ausbildung im Bereich Palliative Care; der Grossteil mit Level A, also der Minimalausbildung.

Zudem gaben alle Betriebe an, dass gegenwärtig weiteres Personal in Aus- oder Weiterbildung ist. Die beiden grössten Zahlen finden sich jedoch im Bereich des noch auszubildenden Personals, wie die Angaben in Prozent besonders gut verdeutlichen.

Ausgebildete Ärzte			In Ausbildung Ärzte			Auszubildende Ärzte			Ausgebildete Pflegende			In Ausbildung Pflegende			Auszubildende Pflegende		
A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C
10	7	3	3	7	3	22	9	4	77	16	2	10	10	7	98	32	6
29%			20%			51%			35%			10%			55%		

[Erklärung zur Tabelle: Prozentzahlen sind auf die beiden Gruppen Ärzte und Pflegende bezogen; bei den Ärzten müssen noch 51 Prozent, bei den Pflegenden noch 55 Prozent ausgebildet werden.]

Der Leistungsauftrag enthält aber nicht nur eine Vorgabe zur Ausbildung des Personals, sondern schreibt auch ein «interdisziplinäres Team» vor. Von den 20 Spitälern geben 11 an, dass sie über ein solches Team für Palliative Care verfügen. In 4 Spitälern ist eines im Aufbau und es bleiben 5, die bislang kein interdisziplinäres Palliative Care Team beschäftigen. Hier herrscht also noch Handlungsbedarf.

Handlungsbedarf besteht auch im Bereich der Konzepte zu internen und externen Abläufen und zum Schnittstellen-Management: *Das Spital verfügt über ein Konzept für spezifische Abläufe und interne sowie externe Schnittstellen, welches entsprechend umgesetzt wird.*

Die Umfrage hat gezeigt, dass die Betriebe unterschiedlich weit fortgeschritten sind: 7 von 20 geben an, dass sie über ein solches Konzept verfügen. In weiteren 7 Betrieben ist das Konzept im Aufbau oder in Bearbeitung. Rund ein Drittel der Betriebe hat hier noch Aufholbedarf. Die Gesundheitsdirektion wird diese Entwicklung weiterhin verfolgen, hat aber bislang keine Deadline festgelegt, ab der sie sanktionierend eingreifen wird. Mögliche Sanktionsmassnahmen müssten denn auch gut überlegt sein: Soll sich ein nicht erfüllter Leistungsauftrag negativ auf das Globalbudget auswirken? Oder wird der Leistungsauftrag entzogen und der Entzug öffentlich kommuniziert? Vielleicht können wir solche Fragen im nachfolgenden Podium kurz aufgreifen.

Ich komme zurück zur Umfrage: Die Nutzung des Palliative Care-Angebots wurde in diesem Rahmen ebenfalls erhoben. Die Angaben dazu waren sehr unterschiedlich: Das Spektrum reicht von «keine Statistik», zu «einmal pro Monat», über «mehrmals pro Monat» bis hin zum Maximum von «einem Patienten pro Woche».

Vor diesem Hintergrund – nämlich einer eher geringen Nutzung des Angebotes – mag man sich fragen, ob die Anstrengungen für den Aufbau einer stationären Palliative Care und die Förderung von Ausbildungen in diesem Bereich gerechtfertigt sind.

Noch wichtiger scheint mir aber die Frage: Was ist denn der Grund für diese geringe Nutzung? Könnte es sein, dass das Angebot noch ungenügend ausgebaut ist und deshalb wenig genutzt wird? Oder müsste es verstärkt bekanntgemacht werden? Kennen die Patientinnen und Patienten überhaupt die Alternative Palliative Care? Vielleicht müssten wir auch bei den medizinischen Fachkräften ansetzen und dort ein Umdenken anstreben, wo heute noch zu sehr das Heilen im Vordergrund steht? Auch zu diesen Fragen interessieren mich Ihre Ansichten!

Völlig losgelöst davon, welches der Grund für die noch geringe Nutzung sein mag: Meine Antwort auf die Frage, ob sich der Aufwand für den Aufbau einer stationären Palliative Care lohnt, ist ein klares Ja. Ein Ja, das ich präzisieren möchte:

Palliative Care – und da gehen Sie alle mit mir sicher einig – ist in den letzten Jahren ein wichtiger Bestandteil der medizinischen Versorgung geworden; und sie muss noch viel wichtiger werden! Dies vor dem Hintergrund, dass immer mehr Menschen immer älter werden, weil medizinisch-technische Fortschritte dazu führen, Leben zu erhalten, das vor einigen Jahrzehnten längst erloschen wäre. Es braucht also eine angemessene Versorgung dieser wachsenden Patientengruppe.

Je besser dieses Angebot ist – und zwar auf allen Ebenen und in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung – desto besser wird es genutzt. Genau das muss unser Ziel sein. Denn eine gute Sterbebegleitung mittels Palliative Care ist eine mögliche Antwort auf die so umstrittene organisierte Sterbehilfe. Meine Damen und Herren, die jüngste Debatte im Bundesrat zeigt, wie sehr dieses Thema die Meinungen zu teilen vermag. Ein an sich höchst persönlicher Akt wie das Sterben ist längst zum gesamtgesellschaftlichen Diskussionsstoff geworden. Mit einer hochstehenden Palliative Care können wir hier eine breit akzeptierte Lösung anbieten und das Bedürfnis nach organisierter Sterbehilfe mit grosser Wahrscheinlichkeit verringern.

Eine besondere Rolle im Rahmen unseres Palliative Care Konzeptes nehmen die sogenannten Kompetenzzentren ein. Die folgenden öffentlichen Spitäler sind als solche vorgesehen: Das Kinderspital, das Universitätsspital, das Bezirksspitals Affoltern und das Kantonsspitals Winterthur. Weitere Kompetenzzentren sind die Privatklinik Susenberg und die reine Palliativ-Institution Lighthouse.

Die Kompetenzzentren erfüllen einen Auftrag, der über die Grundversorgung in Palliative Care hinausgeht. Dazu gehören in erster Linie:

- Behandlung von Patientinnen und Patienten, die eine komplexe palliative Betreuung benötigen mit dem Ziel der Symptomkontrolle und psychosozialen Stabilisierung;
- stationäre Aufnahme von Patienten zur Neubeurteilung und Behandlungsoptimierung;
- Beteiligung an Entwicklung und Evaluation von Prozessen und Standards für Palliative Care;
- Beratung und Unterstützung anderer Leistungserbringer im stationären und ambulanten Bereich;
- Engagement im Bereich Aus- und Weiterbildung: Entwicklung, Durchführung und Evaluation sowie Bereitstellen von Praktikumsplätzen.

Wo stehen die Kompetenzzentren heute?

Das Kinderspital ist am weitesten fortgeschritten, weil dort das Modell eines Palliativ-Teams umgesetzt wird, das alle Abteilungen betreut. Entsprechend musste keine spezielle Station aufgebaut werden. Das Team ist weitgehend im Einsatz und die Konzepte werden aufgrund der ersten Erfahrungen laufend verbessert. Eine besondere Herausforderung, die sich in der Palliative Care bei Kindern stellt, ist die Betreuung der Angehörigen. Nirgends sonst ist deren Begleitung so wichtig wie im Umfeld eines sterbenden Kindes.

Im Kantonsspital Winterthur ist die Betriebsaufnahme der Palliativstation im Laufe dieses Jahres vorgesehen, wahrscheinlich per Anfang Oktober. Für das Bezirksspital Affoltern musste ein Umbauantrag für die Palliativstation bewilligt werden. Der Umbau ist mittlerweile im Gang und die Station soll spätestens anfangs 2010 in Betrieb genommen werden.

Das Betriebskonzept des Universitätsspitals muss von der Gesundheitsdirektion erst noch genehmigt werden. Zur Erarbeitung dieses Konzeptes hat das USZ ein Projekt mit externer Projektleitung lanciert. Gemäss Projektplan soll die erweiterte Palliativstation bis Ende 2010 bereit stehen. Bis dahin werden am USZ weiterhin ca. 50 ausschliesslich onkologische Patienten pro Jahr auf der der Radio-Onkologie angegliederten Palliativstation betreut. Aktuell findet die Palliative Care am USZ also lediglich in einem Teilbereich statt, während mit der geplanten Station ein Angebot für alle Kliniken des USZ bereit stehen soll.

Je umfassender die Palliative Care gestaltet wird – und das gilt nicht nur für die Station am USZ – desto mehr Schnittstellen entstehen: intern zwischen Behandlungsteams und Stationen, aber auch extern zu Institutionen und ambulanten Leistungserbringern. Die Umfrage der Gesundheitsdirektion hat gezeigt, dass alle befragten Betriebe mit externen Partnern zusammenarbeiten und diese Zusammenarbeit weitgehend positiv beurteilen. Was jedoch fast überall fehlt, sind klar geregelte Abläufe und Richtlinien, beispielsweise zum Vorgehen bei Spitaleintritten und -austritten.

Solch formalisierte Prozesse an den Schnittstellen wären aber im Rahmen einer umfassenden und effizienten Palliative Care äusserst wichtig, ein Schlüsselement schlecht hin. Und das gilt nicht nur für den Bereich Palliative Care, sondern ist beispielhaft für das gesamte Gesundheitssystem.

Effiziente Abläufe, die über Berufsgruppen, Versorgungsteams, Institutionen und ambulante Anbieter hinweg funktionieren, geschehen im Interesse der Patientinnen und Patienten, die sich keinen unnötigen Untersuchungen unterziehen müssen, sondern zum richtigen Zeitpunkt die angemessene Versorgung erhalten. Gleichzeitig sind effiziente Abläufe an den Schnittstellen im Interesse des gesamten Gesundheitssystems, weil damit Doppelspurigkeiten verhindert und unnötige Kosten vermieden werden.

Aus diesem Grund unterstützt die Gesundheitsdirektion ein Pilotprojekt am Spital Wetzikon, das ein Konzept für ein geregeltes Schnittstellen-Management bei Spitaleintritten und -austritten erarbeitet und ein Jahr lang testet. Ich hoffe, dass ich Herrn Dr. Gattiker, Spitaldirektor GZO Wetzikon, nichts für die bevorstehende Podiumsdiskussion vorweg nehme, wenn ich das Projekt kurz vorstelle. Im Gegenteil: ich lege damit hoffentlich eine gute Diskussionsbasis.

Im Rahmen dieses Schnittstellen-Projekts hat eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe die Spitaleintritts- und -austrittsprozesse bei Palliative Care-Patienten aus Sicht des Spitals, der Hausärzte, der Spitex, Heime und Patienten sowie deren Angehörigen differenziert betrachtet und diskutiert. Darauf basierend wurde ein Schema erarbeitet, das den Spitaleintritt und -austritt dokumentiert. Dieses Instrument soll folgenden Zweck erfüllen:

- Palliative Care Patienten im Einzugsgebiet GZO erhalten eine lückenlose Betreuung am von ihnen gewünschten und aus fachlicher Sicht optimalen Ort. In diesem Rahmen sollen auch Fragen zum Sterben besprochen und Erwartungen der Betroffenen schriftlich festgehalten werden.
- Alle an der Betreuung Beteiligten wissen, wer bei der Übergabe eines Patienten was tut (Kernprozesse, Checkliste) und wie diese Massnahmen dokumentiert werden.

Gerade auf dem Sterbeweg ist es essenziell, dass Unsicherheiten weitgehend vermieden werden.

Das Ein-Austritts-Modell wird in einer einjährigen Pilotphase im Spital Wetzikon und von den niedergelassenen Ärzten, Spitex und Heimen der Region getestet. Nach Abschluss und Evaluation des Pilots soll ein Modell bereit stehen, das im Spital Wetzikon in den regulären Betrieb überführt werden kann. Gleichzeitig steht damit allen Betrieben im Kanton ein Instrument zur Verfügung, das sie anwenden und den eigenen Bedürfnissen entsprechend laufend verbessern können.

Ebenso modellhaften Charakter hat das Pilotprojekt der «Mobilen Palliative Care Teams», das die Gesundheitsdirektion in der Spitalregion Winterthur unterstützt. Ich gehe nicht weiter auf dieses Projekt ein, weil der Projektleiter Christoph Schürch in der zweiten Hälfte des Vormittags ein Referat dazu halten wird.

Ein letztes Projekt, das ich ansprechen möchte, ist die Helpline, die seit dem 1. August 2008 von Fachkräften genutzt werden kann. Oder besser: genutzt werden *könnte*. Denn offenbar wird von diesem Angebot, das unter der Führung des Palliative Care Netzwerk Zürich/Schaffhausen aufgebaut wurde und nun von Onko Plus betrieben wird, nur wenig Gebrauch gemacht. Ich frage mich, woran das liegt. Ist sie vielleicht zu wenig bekannt? Mich persönlich überrascht es, dass die Helpline nicht fleissig genutzt wird.

Denn als Angebot *von* Fachkräften *für* Fachkräfte sehe ich die Helpline als wichtiges Instrument für den Know-how-Austausch. Bildhaft gesprochen ist sie ein roter Faden, der sich durch das so vielfältige Netz der Palliative Care im Kanton Zürich ziehen kann. Einen solchen roten Faden brauchen wir unbedingt, wenn Palliative Care auf allen Ebenen und in allen Bereichen des Gesundheitswesens funktionieren soll. Ambulant und stationär – und damit verbunden von zahlreichen Playern getragen und organisiert. Die grosse Herausforderung besteht darin, dass alle Player so gut zusammenarbeiten, dass die ihnen anvertrauten Patienten das erhalten, was ihnen das Patientinnen- und Patientengesetz schlicht verspricht, nämlich: § 30. Sterbende haben Anrecht auf angemessene Behandlung und Begleitung.

Ob diese Behandlung und Begleitung stationär oder ambulant erfolgt, ob Kanton, Gemeinden oder Private dabei den Lead haben, ist zweitrangig. Was zählt, ist, dass wir allen Zürcher Patientinnen und Patienten eine ihren Bedürfnissen entsprechende Palliative Care anbieten können. Meine Damen und Herren, wir sind auf dem Weg dorthin, aber wir sind noch nicht am Ziel. Dennoch gebührt Ihnen allen, die sich im Bereich der Palliative Care engagieren, grosser Dank. Dank für Ihr Engagement, das eine Pionierin im Bereich Palliative Care, die Britin Cicely Saunders, treffend formuliert hat:

«Es geht nicht darum, dem Leben mehr Tage zu geben, sondern den Tagen mehr Leben.»

Ich danke Ihnen für die Aufmerksamkeit.