

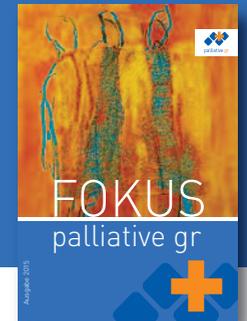


palliative gr

# FOKUS

palliative gr





«Der palliative Ansatz ist die Antwort auf die moderne Medizin. Wir müssen den Schwerpunkt auf das Sinnvolle und nicht nur auf das Machbare legen.»

Prof. Dr. med. G.D. Borasio

### Liebe Leserin, lieber Leser

Mit diesem vorliegenden Informationsblatt «FOKUS palliative gr» möchten wir Sie über die uns beschäftigenden Themen und die neuen Entwicklungen bei uns sowie bei palliative ch informieren.

Dieses Jahr im Mai beschäftigten wir uns am sehr gut besuchten Palliativtag Graubünden mit dem Thema «total pain aus Betroffenenansicht» (was im Leben und im Sterben trägt). Sie finden dazu einen Beitrag im FOKUS.

Sie finden auch Beiträge zum zentralen Palliative Care Thema der «Selbstbestimmung». Dieser Begriff auch eine grosse Rolle im Zusammenhang mit dem assistierten Suizid. Dazu haben wir dieses Jahr ein Positionspapier erarbeitet und veröffentlicht, welches Sie auf unserer Homepage einzusehen eingeladen sind.

### Palliativer Brückendienst

Der palliative Brückendienst wurde in Graubünden vor bald 3 Jahren als Pilotprojekt gestartet. Die Inanspruchnahme dieser hochspezialisierten Unterstützung der ärztlichen und pflegerischen terminaler Betreuung zu Hause steigt langsam aber stetig. Nun gilt es diesen wertvollen Dienst in eine tragfähige reguläre Struktur zu überführen und allen Kantonsewohnern zugänglich zu machen. Welche Rolle dabei «palliative gr» spielen wird, ist in Abklärung.

### Von der Fachgesellschaft zum breit getragenen Verein für Palliative Care?

Wie im Schweizerischen Verein (palliative ch) müssen auch wir uns fragen, wie wir die Herausforderung einer möglichst guten Umsetzung des palliativen Gedankens in die medizinische, pflegerische, soziale, ethische und nicht zuletzt spirituelle Realität

meistern können. Reicht es aus, wenn wir ein Fachverein bleiben – was der ursprüngliche Gedanke war – oder müssen wir uns öffnen? Diese Öffnung ist gleichzeitig an eine zunehmende Professionalisierung geknüpft. Überlegungen zu diesen möglichen Entwicklungen werden uns in nächster Zeit beschäftigen – noch ist nichts entschieden.

## Viel erreicht

Wir dürfen feststellen, dass sich seit der Vereinsgründung vor 8 Jahren in Graubünden vieles positiv entwickelt hat: Der Gedanke der palliativen Versorgung und die Kenntnis darüber sind in Fachkreisen aber auch in der Bevölkerung präsenter geworden. Ein beträchtliches Weiterbildungsangebot in Palliative Care ist entstanden und wird gut genutzt. In verschiedenen Alters- und Pflegeheimen wird die Palliative Care aktiv in die Betreuung integriert. Es gibt einen palliativen Brückendienst. Dies alles und noch mehr wurde erreicht dank der Unterstützung durch viele interessierte und engagierte Berufspersonen. In diesem Sinne möchte ich Leserinnen und Leser unseres FOKUS auffordern, sich weiterhin zu informieren und sich auch aktiv an den Gesprächen und Diskussionen zu beteiligen.

Dr. Thomas Wieland  
Präsident «palliative gr»

## Inhalt

<b>Nationale Strategie Palliative Care</b> Rahmenkonzept	6 – 11
<b>Palliative Care zuhause geht nicht ohne Hausärzte</b> Interview mit Dr. Elisabeth Rohrer	12 – 15
<b>Palliativer Brückendienst</b> Zusammenarbeit mit dem Alterszentrum Senesca	16 – 19
<b>Palliative Care in der Seelsorge – Pflicht oder Kür</b> Interview mit Andreas Thöny	20 – 25
<b>Interdisziplinärer Lehrgang</b> Erfolgreicher Abschluss	24 – 25
<b>Bündner Palliativtag</b> Rückblick	26 – 27
<b>SCHWERPUNKTTHEMA «SELBSTBESTIMMUNG»</b>	
<b>Nicht auf den Bus warten – sondern die Zeit nutzen</b> Interview mit Dr. Roland Kunz	30 – 35
<b>Wenn der Leidensweg zum Sterbenswunsch wird</b> Bericht der Interessengemeinschaft Onkologie	36 – 41
<b>Positionspapier «palliative gr» zum assistierten Suizid</b> Beitrag von Dr. Thomas Wieland Beitrag von Pfrn. Susanna Meyer Kunz	42 – 45 46 – 47
<b>Ethik in der palliativen Betreuung – Ein Denkanstoss für die Gesellschaft</b> Interview mit Dr. Christof Arn	48 – 51
<b>Stationäres Hospiz im Kanton Graubünden</b> Beitrag von Dr. Cristian Camartin	52 – 53
Geschäftsführung «palliative gr»	54
Vorstand «palliative gr»	55
Mitglied werden	56
Broschüren	57

# Nationale Strategie Palliative Care

Die Umsetzung der «Nationalen Strategie Palliative Care» von Bund und Kantonen betrifft ganz unterschiedliche Bereiche: Es geht um Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen, um Finanzierungssysteme, um Sensibilisierung, Freiwilligenarbeit oder um spezifische Kompetenzen von Fachpersonen. Zusätzlich wird zwischen verschiedenen Ebenen in Bezug auf den Spezialisierungsgrad der Angebote, Leistungen und Kompetenzen unterschieden.

Ziel des «Rahmenkonzepts Palliative Care Schweiz» ist es, eine definitorische Grundlage für Palliative Care in der Schweiz zur Verfügung zu stellen.

## Grundsätze des Rahmenkonzepts

Das «Rahmenkonzept Palliative Care Schweiz» basiert auf den im Folgenden aufgeführten Grundsätzen.

### Nationale Leitlinien Palliative Care

Grundlage für das «Rahmenkonzept Palliative Care Schweiz» bildet das Dokument «Nationale Leitlinien Palliative Care» (BAG & GDK, 2010). Die darin festgehaltenen Definitionen gelten auch für das Rahmenkonzept.

### Der personenbezogene Ansatz der Palliative Care

Dem Rahmenkonzept liegt ein personenbezogener Ansatz zugrunde. Das heisst, dass nicht die medizinische Diagnose richtungsweisend ist für die Abbildung des Leidens und die Erstellung eines Behandlungsplans, sondern die Bedürfnisse und Sorgen des betroffenen Menschen und seiner Bezugspersonen.

Der personenbezogene Ansatz baut auf dem bio-psycho-sozialen Verständnis auf und führt ihn zu einem partnerschaftlichen Vorgehen bei der Bewältigung der Herausforderungen

in Verbindung mit dem Thema Lebensende weiter. Er lässt sich auf folgende vier Aufgabenbereiche der Palliative Care aufgliedern

1. Bedürfnisse und Fragen der Symptombehandlung
2. Bedürfnisse und Fragen der Entscheidungsfindung am Lebensende
3. Bedürfnisse und Fragen des umgebenden Netzwerks/Hilfsangebote
4. Bedürfnisse und Fragen bezüglich der Unterstützung der Bezugspersonen

Die Komplexität der Bedürfnisse entscheidet darüber, welche Leistungen notwendig und welche Versorgungsstrukturen geeignet sind und welche Kompetenzen bei Fachpersonen mit unterschiedlichem beruflichem Hintergrund vorhanden sein müssen.

### Der Spezialisierungsgrad: drei Ebenen der Palliative Care

Ausgehend vom personenbezogenen Ansatz werden in diesem Rahmenkonzept drei Ebenen unterschieden: das Palliative Care Verständnis, die allgemeine Palliative Care und die spezialisierte Palliative Care. Dazu kommen der Querschnittsbereich «fach- und gruppenbezogene Palliative Care», der grösstenteils ein Bestandteil der Ebene «spezialisierte Palliative Care» ist, und der Bereich «Unterstützung durch Bezugspersonen und Freiwillige».

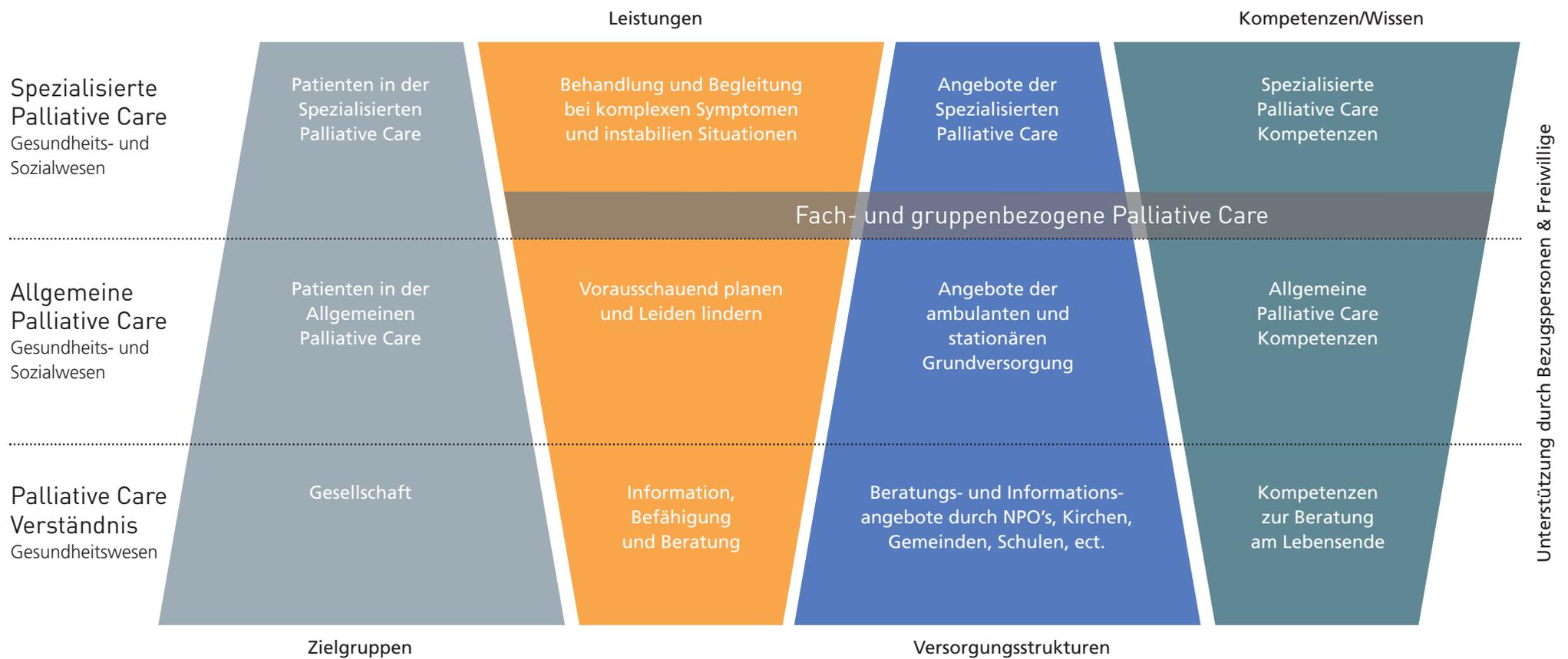
### Die zeitliche Achse

Palliative Care als Vorgehensweise zur bedürfnisorientierten Leidenslinderung kann über den gesamten Verlauf der unheilbaren Krankheit eine Rolle spielen. Wann Palliative Care während eines Krankheitsverlaufs zum Einsatz kommt und was die Begriffe «palliativ» und «am Lebensende» in diesem Zusammenhang bedeuten, darüber herrschen verschiedene Vorstellungen. Im klinischen Kontext besitzt das Begriffspaar «kurativ» und «palliativ» weiterhin eine prognostische, d.h. zeitliche Bedeutung. Spricht man von «palliativ» oder gar von einem «Palliativpatienten» wird dies implizit oft mit der Einschätzung verbunden, dass der oder die Betroffene nur noch wenige Wochen oder Monate zu leben hat.

Dies ist jedoch insofern problematisch, als es keine einheitlichen Kriterien oder Faktoren auf wissenschaftlicher Basis gibt, die bei der Definition des Zeitpunkts helfen würden, wann kurativ in palliativ umschlägt. Der Verlauf einer unheilbaren Krankheit kann einige Wochen und Monate bis Jahre betragen. Die Vorstellung, es gäbe einen bestimmten Zeitpunkt des Wechsels von kurativ zu palliativ, trifft nicht immer zu.

Kurative und palliative Elemente kommen über den gesamten Krankheitsverlauf hinweg ergänzend zum Einsatz.

Für die «Nationale Strategie Palliative Care» steht die konkrete zeitliche Eingrenzung dieser Zeitspanne nicht im Vordergrund. Stattdessen ist die Bedürfnislage des betroffenen Menschen ausschlaggebend.



## Anwendung des Rahmenkonzepts: vier Umsetzungsbereiche

Die aufgeführten Grundsätze werden im Folgenden auf die Umsetzung in vier Bereichen angewendet: Zielgruppen, Leistungen, Versorgungsstrukturen und Kompetenzen. Zusätzlich werden Referenzdokumente angegeben, in denen die spezifischen Aspekte eines Bereichs vertieft beschrieben sind.

### Generelle Beschreibung

Palliative Care orientiert sich an den Bedürfnissen, Symptomen und Problemstellungen der betroffenen Menschen sowie ihrer Bezugspersonen. Auf der Ebene «Palliative Care Verständnis» umfasst dies die Bedürfnisse der Gesellschaft nach Information, Beratung und Befähigung im Hinblick auf das Lebensende.

Auf den Ebenen «allgemeine Palliative Care» und «spezialisierte Palliative Care» geht es um Patientinnen und Patienten in palliativen Situationen. Aufgrund der unterschiedlichen Bedürfnisse wird zwischen Patientinnen und Patienten in der allgemeinen Palliative Care und Patientinnen und Patienten in der spezialisierten Palliative Care unterschieden. Die Patientengruppe in der spezialisierten Palliative Care zeichnet sich durch Instabilität und einen höheren Komplexitätsgrad in Bezug auf die Bedürfnisse aus – sowohl was die körperliche Dimension betrifft, aber auch die psychische, soziale und spirituelle Dimension. Bei beiden Patientengruppen können spezifische, fach- und gruppenbezogene Aspekte hinzukommen.

### Bereich «Zielgruppen»

Der Übergang zwischen den beiden Gruppen ist fließend, das heisst ein Patient kann im Verlauf des Lebens und des Leidens zu beiden Gruppen gehören. Neben den beiden Patientengruppen sind auch die Bezugspersonen des kranken Menschen – mit dessen Einverständnis – im Sinne eines partnerschaftlichen Ansatzes während der ganzen Dauer der Betreuung und Behandlung involviert. Je nach Situation gestalten sie die Betreuung mit oder erhalten selbst Betreuung, indem sie etwa im Trauerprozess unterstützt und begleitet werden.

### Bereich «Leistungen»

In diesem Bereich werden die Leistungen beschrieben, die nötig sind, um die genannten Bedürfnisse der Zielgruppen auf den drei Ebenen zu erfüllen. Von der untersten Ebene des Palliative Care Verständnis zur obersten Ebene der spezialisierten Palliative Care nimmt der zeitliche, personelle und materielle Umfang der Palliative Care Leistungen zu: Die Bedürfnisse der Zielgruppen werden komplexer und die Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten wird intensiver. Die Bedürfnisse beziehen sich sowohl auf die körperliche, als auch auf die psychische, soziale und spirituelle Dimension.

### Bereich «Strukturen»

Dieser Bereich beschreibt, welche Angebotsstrukturen bereitstehen sollten, damit die notwendigen Palliative Care Leistungen erbracht werden können. Für die Ebene «Palliative Care Verständnis» sind dies gut zugängliche Beratungs- und Informationsangebote. Damit Patientinnen und Patienten in der allgemeinen Palliative Care optimal betreut und behandelt werden können, ist eine gut ausgebaute palliative Grundversorgung im ambulanten und stationären Bereich notwendig. Dafür braucht es insbesondere eine breite Verankerung in den bestehenden Angeboten des Gesundheits- und Sozialwesens und der Seelsorge oder unter Umständen bzw. bei Bedarf ein Ausbau dieser Angebote. Für die zahlenmässig kleinere Patientengruppe in der spezialisierten Palliative Care braucht es weniger, dafür jedoch spezialisierte Angebote

### Bereich «Kompetenzen»

Dieser Bereich beschreibt die Kompetenzen, über die Fachpersonen des Sozial- und Gesundheitswesens verfügen sollten, damit sie die beschriebenen Leistungen der Palliative Care erbringen können. Diese Kompetenzen müssen alle Stufen umfassen: die berufliche Grundbildung, die Höhere Berufsbildung und die Hochschulstufe.

Gekürzter Auszug aus: Rahmenkonzept Palliative Care Schweiz «Eine definitorische Grundlage für die Umsetzung der «Nationalen Strategie Palliative Care», Version 2014» erarbeitet von Schweizerischen Eidgenossenschaft BAG, GDK und palliative ch

Weitere Informationen und Bestellung des gesamten Rahmenkonzeptes unter:  
[www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/](http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/)

# Palliative Care zuhause geht nicht ohne Hausärzte



**Dr. Elisabeth Rohrer**  
Hausärztin, Klosters

In der «Nationalen Strategie Palliative Care 2013 bis 2015» ist unter der Rubrik «Handlungsbedarf» die Förderung der Palliative Care in der Grundversorgung aufgeführt. Wie ist Palliative Care bei Hausärzten im Kanton Graubünden verankert? Dr. Elisabeth Rohrer betreibt in Klosters zusammen mit ihrem Mann eine Hausarztpraxis. Sie berichtet aus ihrem Alltag.

## Welche Bedeutung hat Palliative Care in Ihrem Arbeitsalltag?

**Dr. Elisabeth Rohrer:** Für uns ist Palliative Care «unser täglich Brot». Wir betreuen und begleiten ältere und jüngere Palliativpatienten – sei es im Alters- und Pflegeheim, bei uns in der Praxis oder bei den Patienten zuhause. Fragen wie «was will der Patient?» oder «was macht in diesem Krankheitsstadium Sinn?» stehen bei uns im Zentrum.

## Stellen Sie oder die Patienten diese Fragen?

**Dr. Elisabeth Rohrer:** Beide. Nicht selten sind es die Patienten selber, die fragen. Die Antworten nach dem Sinn einer jeweiligen Behandlung sind überlegte Entscheidungen der Patienten. Dabei kann die Antwort ein bewusstes Nein zu allen weiteren Behandlungsmöglichkeiten, ein bewusstes Ja zu einem Teil der Möglichkeiten oder auch ein bewusstes Ja, zu allem was möglich ist, sein.

Die «Nationale Strategie 2013 bis 2015 Palliative Care» wird in diesem Jahr beendet. Haben Sie in diesen drei Jahren eine Veränderung im Umgang und Einsatz von Palliative Care erlebt?

**Dr. Elisabeth Rohrer:** Ich selber habe nicht so viel von den Veränderungen mitbekommen wie mein Mann, welcher seit 20 Jahren als Hausarzt mit eigener Praxis tätig ist. Für ihn war von Anfang an Palliative Care ein wichtiges Thema. Bei der Bevölkerung erkenne ich eine grössere Sensibilisierung.

Bei den Ärzten nehme ich eine intensivere Auseinandersetzung mit Schmerztherapien wahr und auch, dass sich Ärzte diesbezüglich vermehrt weiterbilden. Und auf einer weiteren Ebene ist sicher das sich Öffnen der spezialisierten Palliative Care nach aussen zu nennen. Will heissen, die Zusammenarbeit mit beispielsweise der Palliativstation wird heute zunehmend in den Praxisalltag integriert.

## Palliative Care arbeitet interdisziplinär. Wie sieht es mit Interdisziplinarität in Ihrem Arbeitsalltag aus?

**Dr. Elisabeth Rohrer:** Da wir eine Hausarztpraxis für Komplementär- und Allgemeinmedizin führen, ist bei uns in der Praxis Interdisziplinarität Alltag. Im weiteren Umkreis ist sie allerdings erst am Beginnen.

Was hervorragend funktioniert, ist die Zusammenarbeit mit der Spitex. Diese bildet einen wichtigen Grundpfeiler in der Palliative Care. Auch die Kooperation mit dem Alters- und Pflegeheim ist sehr gut. In Davos gibt es neu Palliativ-Betten und ebenfalls neu wird der Brückendienst in Klosters angeboten, was sehr toll ist. Wir vermitteln zudem, wenn gewünscht, auch die Dienste von Tecum, dem Verein für die Begleitung von Schwerkranken und Sterbenden, sowie Angebote von Davos Solidarisch.

## Gibt es Verbesserungspotenzial in der interdisziplinären Zusammenarbeit?

**Dr. Elisabeth Rohrer:** Die Zusammenarbeit mit den Spitälern gestaltet sich unterschiedlich. Da wir auch komplementär arbeiten, gibt es gewisse Reibungen. Hier mehr Offenheit zu begegnen, wäre schön.

## Können Sie das konkretisieren?

**Dr. Elisabeth Rohrer:** «Nur weil ich etwas nicht kenne, heisst es nicht, dass es das nicht gibt.» Dieses Zitat beschreibt am besten, was ich meine. Oder anders gesagt: Unser aller Wunsch ist es, dass es dem Patienten gut geht. Will der Patient Schulmedizin, dann passt das. Will er Komplementärmedizin, dann passt das ebenfalls. Wir

können nur beraten und empfehlen. Einzig wichtig ist, dass der Patient und sein Wohl im Mittelpunkt sind und nicht meine persönliche Meinung zu einer Therapie, die ich vielleicht nicht einmal wirklich kenne.

## Sehen Sie weiteres Verbesserungspotenzial?

**Dr. Elisabeth Rohrer:** Ein grosser Wunsch ist ein Pikett-Bereitschaftsdienst der Spitex. Benötigt zum Beispiel ein Palliativpatient in der Nacht eine Schmerztherapie, wäre ein solcher Dienst von grossem Nutzen! Natürlich fahre ich auch in der Nacht zu einem Patienten, das ist keine Frage. Einzelne Fachpersonen der Spitex bieten von sich persönlich aus dem Patienten eine unentgeltliche Betreuung ausserhalb ihrer Dienstzeiten an. Ein solches Engagement ist sicher sehr lobenswert – noch besser wäre es, wenn es dieses als Standard offiziell und entsprechend gut bezahlt gäbe. Natürlich kann man auch Angehörige schulen, eine Schmerzspritze zu geben. Doch längst nicht alle Angehörigen sind dem gewachsen, respektive sind froh, wenn sie hier fachliche Unterstützung haben und sie dem Kranken auf anderen Ebenen dienlich sein können.

## Wie ist die Zusammenarbeit mit weiteren Angehörigen des Palliativ-Netzes?

**Dr. Elisabeth Rohrer:** Ich erlebe es so, dass alle Involvierten – sei es Spitex, Spitäler, Seelsorger, Sozialdienst etc. – gut aufeinander eingespielt sind. Kann beispielsweise ein Patient vom Spital nach Hause, so ist alles gut durch den Sozialdienst des Spitals organisiert. Ich für meinen Teil mache es zusätzlich so, dass ich mich vorgängig über den Patienten informiere, also noch bevor er zuhause ist. Zudem biete ich Tumorpatienten nach der Rückkehr an, sich regelmässig mit mir austauschen zu können. Allerdings ist auch zu sagen, dass Onkologen etwas zu sehr auf die Schulmedizin fixiert sind. Hier wünschte ich mir etwas mehr Offenheit. Die Information fliesst, aber die Zusammenarbeit ist harzig.

## Woher kommt Ihr Interesse an Palliative Care?

**Dr. Elisabeth Rohrer:** Schon während des Studiums hatte ich Bücher von Elisabeth Kübler-Ross gelesen. Mich interessierte es zu erfahren, was es mit dem Sterben und Tod auf sich hat. Meiner Ausbildung entsprechend – Allgemeinmedizin, Intensivmedizin, Notfallmedizin sowie Anästhesie – hatte ich schon früh und oft mit Menschen zu tun, die todkrank oder sterbend waren. Als Einstieg in die Allgemeinpraxis meines Mannes kam es mir entgegen, dass ich als Anästhesistin schon viel Erfahrung mit Schmerzpatienten hatte. Zudem sind mir ältere Menschen sehr wichtig – sie sollen gut versorgt und betreut sein. Und nicht zuletzt war es der frühe Tod meiner Schwester, der mir gezeigt hat, was möglich ist.



## Ein grosses Herz?

**Dr. Elisabeth Rohrer:** Weiss ich nicht. Mir ist es einfach wichtig, dass Patienten gerade in dieser Phase das bekommen, was sie brauchen und das, was sie wollen. Und nicht das, was eventuell nur Ärzte oder Angehörige für sie wollen. So gesehen, sehe ich mich durchaus mitunter in der Rolle des Anwalts eines Patienten.

## Welche Rolle nimmt ein Hausarzt in der Palliative Care ein?

Palliative Care zu Hause ohne Hausärzte geht nicht, die Spitex alleine kann das nicht bewältigen. So gesehen haben wir Hausärzte eine wichtige Funktion im Netzwerk der Palliative Care.

Dr. Elisabeth Rohrer betreibt mit ihrem Ehemann in Klosters eine Hausarztpraxis. Vor 11 Jahren hat Dr. Wolfgang Rohrer seine Hausarztpraxis auf eine ganzheitsmedizinische Praxis mit komplementärmedizinischem Schwerpunkt umgestellt. Seit 4,5 Jahren ebenfalls in dieser Praxis tätig, betreut Dr. Elisabeth Rohrer ihre Patienten mittels klassischer Schulmedizin und Akupunktur. Beide bezeichnen ihre Zusammenarbeit als sehr gut eingespielt und ideal ergänzend. In Bezug auf Palliative Care bedeutet dies, dass sich beispielsweise ein Palliativpatient, der primär von Dr. Wolfgang Rohrer psychotherapeutisch unterstützt und komplementärmedizinisch betreut wird, im Bereich der Schmerztherapie, notfallmedizinisch und im Rahmen von Hausbesuchen von Dr. Elisabeth Rohrer behandelt wird.

Erfolgreiche Zusammenarbeit – Alterszentrum Senesca mit dem Palliativen Brückendienst

## Bis zum Schluss das Bestmögliche geben



Das Alterszentrum Senesca nutzt seit Projektbeginn vor zwei Jahren den «Palliativen Brückendienst». Was als Pilotprojekt begonnen hat, ist im Senesca zu einem wichtigen Bestandteil geworden.

Maienfeld. – «Zum Wohl der Menschen wäre es schön, wenn alle Zugang zum Palliativen Brückendienst hätten.» Darin sind sich Pflegedienstleiterin Norina Voneschen und Heimleiter Urs Hardegger einig. Da beide vorerst etwas skeptisch waren, besuchten sie eine Infoveranstaltung dieses Dienstes. Hier zeigte sich, dass die vorhandenen Synergien gegenseitig genutzt werden können. Im Alterszentrum Senesca hatte man bereits zuvor damit begonnen, Palliative Care in den Heimalltag zu integrieren und befand sich im Aufbau von hausinternen Vortragsreihen zum Thema. Das Angebot des Brückendienstes erwies sich als ideale Ergänzung.

### Erster Einsatz

Die Infoveranstaltung und das gegenseitige sich Kennenlernen räumten also die ersten Vorbehalte aus. Es dauerte nicht lange, bis die erste Anfrage der Palliativstation des Kantonspitals Graubünden im Senesca eintraf: Ein Patient aus der Region Maienfeld lag auf der Palliativstation, er wollte aber unbedingt in seiner vertrauten Umgebung sterben. Allerdings war es für seine Frau nicht möglich, ihn in den letzten Tagen alleine zu begleiten. Könnte der Patient im Senesca aufgenommen werden? «Wir sagten zu, schliesslich verfügen wir über die benötigte Infrastruktur», sagt Urs Hardegger. Und Norina Voneschen ergänzt: «Natürlich hatten wir Respekt vor dem, was da Neues auf uns zukam.»

### Eindrückliche Erfahrung

Der Patient wurde am Vormittag mit der Ambulanz von Chur nach Maienfeld verlegt und bereits am Nachmittag waren die Mitarbeiter des Palliativen Brückendienstes ebenfalls vor Ort. Diese gaben dem Senesca-Pflegeteam die notwendigen Instruktionen, um die bereits gesetzte Subkutan Pumpe richtig zu bedienen, so dass die begonnene Schmerztherapie nahtlos weitergeführt werden konnte. «Das Team des Brückendienstes führte uns sehr sachte an diesen Fall heran, da die Krankheitssymptome des Patienten äusserst akut und komplex waren», erklärt die Pflegedienstleiterin. «Mit der Gewähr, sie bei Unsicherheiten oder Fragen jederzeit anrufen zu können – also während 24 Stunden und 365 Tagen im Jahr – vermittelte uns das Teams des Brückendienstes grosse Sicherheit.»

Der Patient hatte in seinen letzten Lebenstagen viel und oft Besuch, seine Ehefrau schlief über Nacht bei ihm im Zimmer. «Er war nicht nur unser «erster Fall», dieser Patient war auch ein ganz besonderer Mensch. Klaren Geistes ging er seinem Tod entgegen – es war sehr eindrücklich!» erklärt Heimleiter Hardegger rückblickend.

## Sicherheit für Patient und Pflege

Aus diesem «ersten Fall» sind zwischenzeitlich jährlich zwischen vier bis fünf geworden. Die Zusammenarbeit vom Brückendienst mit dem Senesca-Team hat sich intensiviert und die gegenseitige Wertschätzung ist hoch. Doch worin unterscheiden sich die Aufgabengebiete der beiden? Der Brückendienst ist dafür zuständig, Wissen und Know-how zu vermitteln, so dass das jeweilige Pflgeteam vor Ort seine Aufgaben wahrnehmen kann. Weiter bestimmt der Brückendienst in Absprache mit dem Hausarzt ärztliche Verordnungen, was innerhalb der nächsten 24 Stunden umzusetzen ist und er sichert telefonischen Support rund um die Uhr zu. Wenn nötig, kommt jemand ins Senesca. Auch stellt er eine Erstversorgung mit Spezialmaterial wie Subkutanpumpe, Ampullen und ähnlichem bereit.

«Das Wichtigste ist für uns heute aber ganz klar die Begleitung», resümiert Norina Voneschen, «wir haben selber viel dazugelernt, aber das Wissen, jederzeit beim Brückendienst anknöpfen zu können, gibt uns Sicherheit.» Diese Sicherheit spüren auch die Patienten. Und beim Senesca-Team bleibt das gute Gefühl, bis zum Schluss auch medizinisch das Bestmögliche für den Patienten gemacht zu haben.



**Urs Hardegger**  
Geschäftsführer Alterszentrum Senesca



**Norina Voneschen**  
Pflegedienstleitung Alterszentrum Senesca

### Was ist der Palliative Brückendienst?

Die Mitarbeitenden des Palliativen Brückendienstes begleiten und beraten Patienten, deren Angehörige und die in der Pflege und Betreuung involvierten Personen und Organisationen in komplexen Fragen zu Pflege und Betreuung. Die fachliche Unterstützung kann sowohl vom Patienten, den Angehörigen, dem Hausarzt oder von den Spitex-Diensten und Pflegeheimen angefragt werden. Das ergänzende Angebot durch den Palliativen Brückendienst erfolgt temporär so lange, bis die beteiligten Betreuungspersonen die Situation selber meistern können.

Der Palliative Brückendienst bietet telefonische Erreichbarkeit rund um die Uhr während 365 Tagen im Jahr. Ein Einsatz vor Ort wird in der Regel innerhalb von 24 Stunden gewährleistet. In Notfällen ist der Notfallarzt zuständig.

Die Mitarbeitenden des Palliativen Brückendienstes sind diplomierte Pflegefachleute mit einer Zusatzausbildung in Palliative Care. Der Dienst wird fachlich durch den Kaderarzt der Palliative Care des Kantonsspitals Graubünden unterstützt.

Weitere Informationen: [www.palliative-gr.ch](http://www.palliative-gr.ch)

### Dienstleistungen und Finanzierung

Das Team des Brückendienstes begleitet Patienten und Angehörige in der Entscheidungsfindung und bei der Bewältigung des Krankheits- und Sterbeprozessen. Es berät und unterstützt Behandlungsteams bei der Behandlung von komplexen und belastenden Symptomen wie Schmerzen, Atemnot, Müdigkeit, Angst, Übelkeit o. ä.

Es bietet fachliche Unterstützung bei der Handhabung von subkutanen Spritzenpumpen, Port-a-Cath Systemen o. ä. an.

Das Team des Brückendienstes erfasst vorausschauend mögliche Komplikationen sowie Krisen und passt entsprechende Massnahmen an. Es unterstützt Betroffene, Angehörige und Pflgeteams in palliativen Notfallsituationen, um Raum zu schaffen für wohl überlegte Entscheidungen.

Die Abrechnung erfolgt nach ärztlicher Verordnung durch den Spitex-Tarif. Die Kosten sind von der Grundversicherung mehrheitlich gedeckt. Die Kostenbeteiligung durch den Patienten beträgt maximal CHF 8.– pro Tag.

# Palliative Care in der Seelsorge



**Andreas Thöny**  
Kirchenratspräsident, Landquart

Die Entwicklung im Bereich Palliative Care fordert die Kirche und ihre Seelsorge heraus sich zu positionieren. Im Jahr 2012 wurde im Evangelischen Grossen Rat Graubünden ein Auftrag eingereicht mit der Forderung zu prüfen, wie die kirchliche Seelsorge einen gesetzlichen Auftrag in der Palliativen Versorgung erhält.

Andreas Thöny wurde am 14. November 2012 vom Evangelischen Grossen Rat zum Kirchenratspräsidenten gewählt. Er ist Mitglied des politischen Grossen Rates und dort Fraktionspräsident der SP. Seit 2003 bildet er als Praxislehrperson für die Pädagogische Hochschule Graubünden Studenten aus. Er ist verheiratet und Vater von drei Kindern.

Die Kirche muss sich den wandelnden gesellschaftlichen Herausforderungen stellen. Als Kirchenratspräsident möchte Andreas Thöny diesen Prozess aktiv mitgestalten. Die Kirche hat in der heutigen Zeit an Bedeutung verloren, kann jedoch in der materiell geprägten Lebensweise einen wichtigen Kontrapunkt setzen. Die Kirche hat die Möglichkeit Bedürftige vorbehaltlos und unbürokratisch zu unterstützen.

## Welches sind Ihre prägnantesten Erfahrungen während Ihrer Amtszeit als Kirchenratspräsident?

**Andreas Thöny:** Die Einsetzung neuer Pfarrpersonen in den Kreis der Synode beeindruckt mich immer wieder von neuem. Die Zeremonie ist sehr festlich. In meinen Besuchen in den Kirchgemeinden wird mir die Vielfältigkeit des kirchlichen Lebens bewusst. Wie verschieden die Kirche in den Regionen gelebt wird; so wechseln Ort und

Zeit des Gottesdienstes je nach Bedürfnissen der Kirchgemeindemitglieder. Auch die Aktivitäten sind sehr unterschiedlich. Es ist unsere Aufgabe den Kirchgemeinden den notwendigen Rahmen zu geben und wenn gewünscht Unterstützung anzubieten.

## Welche Bedeutung hat für Sie die Kirche in der Begleitung von schwerkranken und sterbenden Menschen?

**Andreas Thöny:** Die Seelsorge für kranke und bedürftige Menschen gehört seit jeher zu den Kernaufgaben der Kirche. So ist das Hospiz bereits im vierten Jahrhundert ein Ort, an welchem christliche Orden Kranke und Bedürftige aufnahmen und versorgten. Später stellten sich christliche Ordensgemeinschaften in den Dienst der Pflege von kranken und sterbenden Menschen. So entstanden auch die ersten schweizerischen Krankenpflegeschulen und viele bis heute bestehende und inzwischen staatlich geführte Spitäler. Die Kirche hat auch heute die Möglichkeit und die Aufgabe sich den schwachen und leidenden Menschen anzunehmen. In der interprofessionellen Begleitung von schwerkranken und sterbenden Menschen kann die Seelsorge einen wesentlichen Anteil übernehmen und zu einem unverzichtbaren professionellen Partner von Pflegenden, Hausärzten, Sozialarbeitern und weiteren betreuenden Fachpersonen werden.

## Der Kirchenrat wurde in einem eingereichten Auftrag aufgefordert die Gesetzesgrundlage so anzupassen, dass die kirchliche Seelsorge einen gesetzlichen Auftrag in der Palliativen Versorgung erhält. Können Sie bereits dazu etwas dazu sagen?

**Andreas Thöny:** Die gesetzliche Implementierung der Seelsorge in der Palliative Care ist im Kirchenrat unbestritten. Die Frage stellt sich, wie diese in der Praxis umgesetzt wird; spricht in welcher Form die Finanzierung der Projekte erfolgen soll. Die seelsorgerliche Betreuung bei schwerkranken Menschen wird zwar als Kernaufgabe der Gemeindepfarrer anerkannt, ist jedoch organisatorisch nicht überall verankert und definiert. Die Frage der personellen Ressourcen muss in diesem Zusammenhang ebenfalls geklärt werden. Sinnvoll ist in den Kolloquien eine Person zu bestimmen, welche sich dem Thema Palliative Care schwerpunktmässig annimmt.

Es wird unsere Aufgabe sein die Ausführungsbestimmungen und Kriterien zu definieren und mögliche Projektbeispiele aufzuzeigen. Falls der Evangelische Grosse Rat die finanziellen Mittel spricht, können dann kolloquiale Bestrebungen (z. B. Weiterbildungen, Öffentlichkeitsarbeit, Vernetzungaktivitäten, Pikettendienste) gefördert werden. Wichtig ist dabei, dass die bestehenden Angebote und Stellen miteinbezogen werden – die Bildung von Doppelstrukturen muss verhindert werden.

## Welche Angebote bietet die Kirche in der Begleitung von schwerkranken und sterbenden Menschen an?

**Andreas Thöny:** Der Ortspfarrer kennt die Menschen in seiner Pfarrgemeinde. In der Regel weiss er, wer Seelsorge und Unterstützung benötigt. Er begleitet die bedürftigen Menschen sowohl zuhause wie im Heim. Die Aufgaben des Gemeindepfarrers sind neben der Seelsorge, die Ausbildung (Unterricht) und die Verkündigung (Gottesdienst). Der Unterricht und auch die Gottesdienste sind im Zeitplan fix vorgegeben. Die Seelsorge hat keinen festen zeitlichen Rahmen. Somit bleibt diese Aufgabe der Priorisierung der einzelnen Pfarrpersonen überlassen und hängt stark von der zur Verfügung stehenden Zeit ab. Eine systematische Planung ist schwierig. In urbanen Regionen ist es zudem schwieriger die seelsorgerlichen Bedürfnisse der Kirchgemeindemitglieder zu erkennen. In Zukunft müssen Plattformen geschaffen werden, damit ein Austausch unter den verschiedenen Leistungsanbietern stattfinden kann und die interprofessionelle Zusammenarbeit nicht von einzelnen Akteuren abhängt.

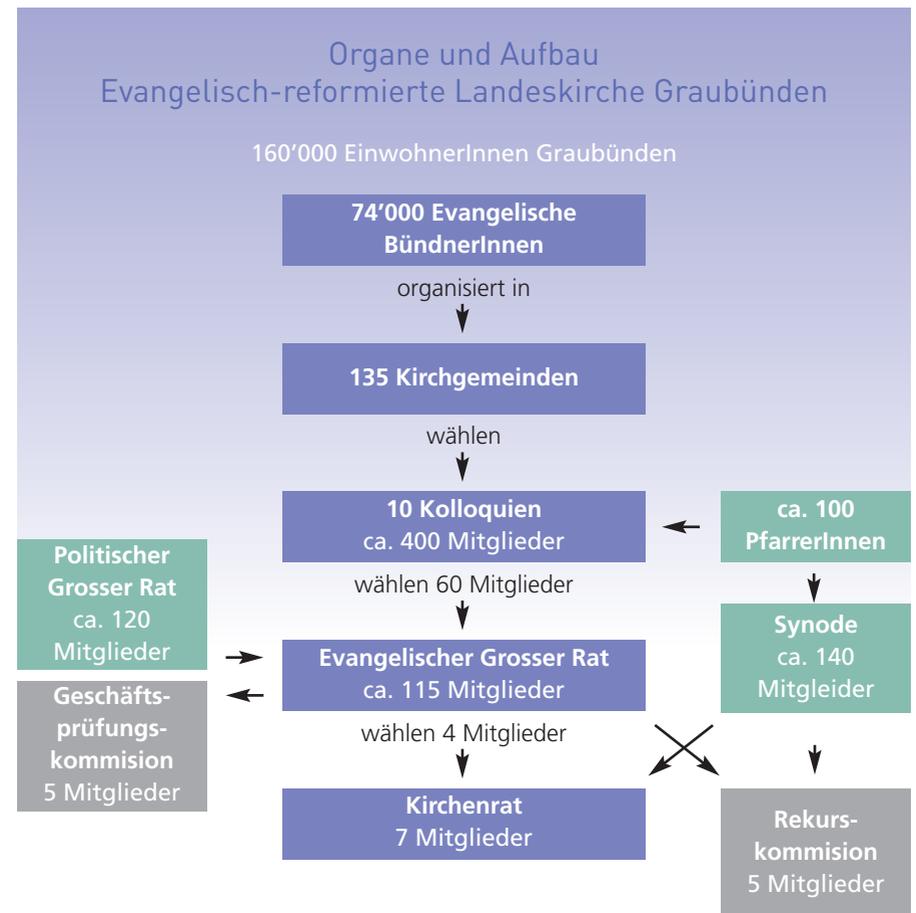
## Die Kirche verliert in der westlichen Welt an Bedeutung – wie positioniert sich die Landeskirche?

**Andreas Thöny:** Die Kirche will bedürftigen Menschen unbürokratisch und wirkungsvoll helfen, unabhängig ihrer konfessionellen Zugehörigkeit. Deswegen übernimmt auch der Staat Verantwortung und beteiligt sich an der Finanzierung der Dienstleistungen. Wir werden uns zukünftig überlegen müssen, ob und wie wir spezifische Dienstleistungen wie Trauungen oder Abdankungsgottesdienste für Nichtmitglieder verrechnen sollen.

Wir wollen unsere Stärken festigen – die religiösen Rituale sind wichtige Bestandteile im Leben der meisten Schweizer/innen. Diese Rituale wollen wir lebendig erhalten und den heutigen Ansprüchen anpassen ohne dabei ihre Bedeutung zu verwässern. Wir müssen die Kirche sichtbar machen und eine erlebbare Volkskirche bleiben.

## Was wünschen Sie sich für die Landeskirche?

**Andreas Thöny:** Ich wünsche mir für unsere Landeskirche, dass wir offen sind und auf unsere Mitmenschen zugehen. So kann sich die Kirche den neuen gesellschaftlichen Aufgaben stellen. Wichtig ist mir, dass die Kirche dabei authentisch bleibt und ihr Profil nicht verliert.



### Aufgaben des Kirchenrats

- Der Kirchenrat vollzieht alle Beschlüsse des evangelischen Bündnervolkes, der Synode und des Evangelischen Grossen Rates.
- Der Kirchenrat vertritt die Landeskirche nach aussen.
- Der Kirchenrat führt die Sachgeschäfte der Synode und des Evangelischen Grossen Rates.
- Der Kirchenrat hat die Oberaufsicht über die Kirchgemeinden und über die Kolloquien.
- Der Kirchenrat stellt zur Erledigung der laufenden Geschäfte einen Aktuar und einen Finanzverwalter im Vollamt an. Er erstellt zuhanden des Evangelischen Grossen Rates einen Jahresbericht über seine Tätigkeit

Quelle: [www.ref-gr.ch](http://www.ref-gr.ch)

Erfolgreicher Abschluss des interdisziplinären  
Lehrgangs Palliative Care in Landquart

## Wissen wie – Palliativ Pflege anwenden und umsetzen



Hintere Reihe: Sidonie Caduff-Flüeler, Melanie Landolt, Astrid Hoppeler, Regula Sonderlaim, Ute Latuski-Ramm, Kaspar Kunz, Rita Lombriser Lutz, Matthias Mettner (Studienleiter), Sonja Schmidt, Edith Kläusli, Brida Muoth-Degonda, Sina Bardill

Zweite Reihe: Rosalba Iuliano Sac, Rita Berther, Martina Hofmann, Rita Schreier, Nada Gamper, Andrea Simeon, Ines Kunz, Natascha Balestra, Marlies Mehli,

Vorderste Reihe: Rita de Loreno, Monika Waldovgel-Zweifel, Chistina Buchser Vögtlin, Monika Lorez-Meuli (Geschäftsführung «palliative gr») auf dem Bild fehlt Marianne Dalbert

Dieses Jahr haben 25 Teilnehmerinnen und Teilnehmer den einjährigen «interdisziplinären Lehrgang Palliative Care» erfolgreich abgeschlossen. Der Lehrgang kann mit Zertifikat oder als CAS beendet werden. Ab kommendem Jahr wird er auch als Teil einer Master-Ausbildung angeboten.

Graubünden. – «Es freut uns ausserordentlich, dass wir bereits zum zweiten Mal diesen Lehrgang in Zusammenarbeit mit Palliative Graubünden hier in Landquart am Plantahof durchführen konnten», sagte Studienleiter und Veranstalter Matthias Mettner in seiner kurzen Laudatio anlässlich der Zertifikatsübergabe, «und wir freuen uns, dass wir hier einen dritten Lehrgang starten können.»

### Interdisziplinarität gross geschrieben

Grundlagen und Symptomanagement, psychosoziale Kompetenzen und existenzielle Aspekte sowie ethische Entscheidungsfindung und Kultur des Abschieds: In diesen Fächern der Palliative Care haben sich Fachpersonen aus den Bereichen Pflege, Seelsorge, Medizin, Öffentlichkeitsarbeit und Psychologie während rund 280 Unterrichtsstunden weitergebildet. Eine von ihnen ist Monika Lorez-Meuli, Geschäftsführerin der palliative gr. Stellvertretend für die Lehrgangsteilnehmer sagt sie: «Die gute Mischung von praktischer Anleitung für den Arbeitsalltag und theoretischem Fachwissen zeichnen diesen Lehrgang aus.» Weiter unterstreicht sie die interdisziplinäre Ausrichtung des Lehrgangs. Denn diese bildet einen wichtigen Pfeiler der palliativen Pflege. Palliative Care bedeutet umfassende Betreuung, Pflege und Behandlung auf allen Ebenen des Menschen: körperlich, seelisch, sozial und spirituell. Um dies bestmöglich zu gewährleisten, arbeiten Fachleute aus den entsprechenden Professionen Hand in Hand – interdisziplinär eben.

Informationen über weitere Lehrgänge unter [www.palliative-gr.ch](http://www.palliative-gr.ch)

# Palliativtag in Graubünden

Der Palliativtag von «palliative gr» ist mittlerweile eine Institution, die viele an Palliative Care Interessierte in der Südostschweiz nicht mehr missen möchten. Auch zum diesjährigen Palliativtag am 28. Mai durften die Organisatoren mit rund 140 Anmeldungen ein reges Interesse verbuchen.



Die Tagung im Plantahof Landquart stand unter dem Motto «Was im Leben und im Sterben trägt» und begann mit einem Vortrag von Hans Neuenschwander zum Thema «Symptomkontrolle zwischen Handwerk und Kunst». Palliative Care sei beides: Handwerk und Kunst zugleich. Die Gründe, warum eine Schmerztherapie nicht wirkungsvoll sei, könnten vielfältig sein. Mögliche Ursachen seien eine falsche Diagnose, ein falsches Assessment, falsche Erwartungen, der falsche Arzt oder eine falsche Dosis.

Schmerz, so Neuenschwander, sei für den Patienten und den Arzt oft etwas verschiedenes. Die Akteure in der Palliative Care müssten (neu) lernen, mit Ungewissheiten umzugehen, kreativ zu sein und nach anderen Lösungen zu suchen, wenn sich das gewählte therapeutische Verfahren nicht als erfolgreich erweise. Zudem gelte es vorsichtig zu sein, wenn es darum gehe, sich auf Messergebnisse zu verlassen, denn diese suggerierten oft eine falsche Objektivität. Messen helfe zwar beim Mass-Schneidern einer Therapie, doch solle man dabei eines nie vergessen: «Wer viel misst, misst viel Mist.»



Die evangelisch-reformierte Pfarrerin Jacqueline Sonego Mettner sprach anschliessend zum Thema «Immer versehrter – immer heiler. Möglichkeiten der Seelsorge und Spiritual Care». «In Situationen der Krise, des Verlustes, der Krankheit, des Abschiednehmens, werden wir poröser, durchlässiger, verletzlich und berührbarer für eine tiefere Dimension des Lebens», so die Vortragende. Dies öffne den Raum für Spiritualität, weil nicht selten gerade die Patienten in einer palliativen Situation neu die Kraft der Spiritualität entdeckten. Dabei stellen sich aus Sicht von Jacqueline Sonego Mettner zwei entscheidende Fragen: Was kostet Kraft – und was schenkt mir Kraft?

Als spirituelle Bedürfnisse von Menschen in palliativen Situationen nannte sie Frieden mit dem eigenen Leben zu finden, also zu sehen und anzuerkennen, was gut war und dafür Dankbarkeit zu entwickeln, aber auch zu sehen und anzuerkennen, wo die Grenzen lagen sowie über das nicht gelebte Leben trauern zu dürfen. Auch Aussöhnung mit sich und anderen und so innere Ruhe zu finden, könnten ein spirituelles Bedürfnis sein.

Die Workshops nach der Mittagspause boten Gelegenheit, mit Betroffenen wie beispielsweise einer Patientin mit Multipler Sklerose oder dem Ehemann einer verstorbenen Krebspatientin ins Gespräch zu kommen, was sehr berührende Momente schuf. Beendet wurde der Bündner Palliativtag durch die Musiktherapeutin Ruth Lutz-Hochreutener, die spannende Einblicke in ihre Arbeit und die Möglichkeiten der Beschäftigung mit Klängen bot. Therapeutische Musik sei ein Improvisieren jenseits «richtiger» und «falscher» Töne und ein vertiefendes Medium jenseits der Sprache. Wie kraftvoll Musik sein kann, bewies nicht zuletzt Verena Staggl, die mit ihrem ausdrucksstarken Gesang und Gitarrenspiel diesen rundum gelungenen Palliativtag bereicherte.

Die Workshops nach der Mittagspause boten Gelegenheit, mit Betroffenen wie beispielsweise einer Patientin mit Multipler Sklerose oder dem Ehemann einer verstorbenen Krebspatientin ins Gespräch zu kommen, was sehr berührende Momente schuf. Beendet wurde der Bündner Palliativtag durch die Musiktherapeutin Ruth Lutz-Hochreutener, die spannende Einblicke in ihre Arbeit und die Möglichkeiten der Beschäftigung mit Klängen bot. Therapeutische Musik sei ein Improvisieren jenseits «richtiger» und «falscher» Töne und ein vertiefendes Medium jenseits der Sprache. Wie kraftvoll Musik sein kann, bewies nicht zuletzt Verena Staggl, die mit ihrem ausdrucksstarken Gesang und Gitarrenspiel diesen rundum gelungenen Palliativtag bereicherte.



Schwerpunktthema

## Der Wunsch nach Selbstbestimmung am Lebensende

Auch am Lebensende ist der Wunsch nach Selbstbestimmung für viele Menschen ein grosses Anliegen. Die Angst vor Schmerzen, vor dem Alleinsein oder vor der Abhängigkeit kann die Selbstbestimmung in der letzten Lebensphase beeinflussen. Was heisst Lebensqualität in einer unheilbaren Krankheit? Welche Haltung vertritt der Verein «palliative gr» gegenüber dem assistierten Suizid? Diese und weitere Aspekte werden in unserem Schwerpunktthema aufgenommen.

Wir wollen unser Leben selbstbestimmt und autonom leben können. Dieser Anspruch zieht sich durch alle Lebensbereiche und Lebensphasen. Unter Selbstbestimmung verstehen wir über unser Leben nach freiem Willen entscheiden zu können. Das Recht auf Selbstbestimmung ist ein zentrales Recht für alle Menschen, unabhängig von Geschlecht, Hautfarbe und Nationalität. Die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit wird garantiert soweit sie die Rechte anderer nicht verletzt und nicht gegen die verfassungsmässige Ordnung oder das Sittengesetz verstösst.

## Nicht auf den Bus warten – sondern die Zeit nutzen



**Dr. Roland Kunz**

Chefarzt Palliative Care und Geriatrie  
Spital Affoltern am Albis

Natürlich gibt es traurige Momente. Doch der Film «Zu Ende leben» von Rebecca Panian zeigt vor allem lebensbejahende Bilder: Denn Hauptdarsteller Tom hat beschlossen sein Leben bis zuletzt auszukosten – trotz Diagnose Hirntumor. Spannende Menschen tragen ihren Teil dazu bei, dass der Film zwar vom Tod handelt aber auch vor Leben sprüht. Einer von ihnen ist Roland Kunz.

### «Zu Ende leben» – Herr Kunz, was hat Sie dazu bewogen, in diesem Film mitzuwirken?

**Roland Kunz:** Ich bekomme zahlreiche Anfragen für Interviews und Referate. Immer kommt das Wort «sterben» darin vor. Oft liegt der Fokus aber zu sehr auf dem Sterben. Das ist ein Teil, der zur Palliative Care gehört, den wir auch nicht verdrängen, sondern gut mit dem Patienten thematisieren. Aber wir wollen viel mehr, als nur ein gutes Sterben ermöglichen. Darum war mir die Anfrage sehr willkommen, an einem Film mitzuwirken, der mehr auf das Leben fokussiert.

### Der Film zeigt die Sicht eines Todkranken auf sein Leben, seine Auseinandersetzung mit der Endlichkeit, aber auch seine Lust auf das Leben.

**Roland Kunz:** Das ist der zentrale Inhalt von Palliative Care. Der Film zeigt das, was wir oft erleben: Der Patient hat von den Ärzten gehört, dass man jetzt «nichts mehr machen könne», keine weitere Chemo, keine Bestrahlung – nichts mehr. Der Patient

sei sozusagen austherapiert. Dann hat der Patient das Gefühl, er gehe nun auf die Palliativstation zum Sterben. Dann sehen wir den Patienten und erkennen: Der stirbt ja gar noch nicht so schnell, so krank ist er eigentlich gar nicht.

### Er stirbt ja nicht so schnell?

**Roland Kunz:** Er lebt ja in der Zeit, bevor er stirbt. Viele warten aber einfach auf den Tod. Dem entgegne ich, das sei so, als ob man an einer Bushaltestelle wartet und der Bus kommt nicht. Das ist eine ganz unangenehme Situation. Anstatt auf den Bus zu warten, könnte der Patient doch noch etwas machen. Manchmal ist es ein zäher Weg, manchmal kommt der Patient schnell auf diesen Weg, doch die Angehörigen nicht.

### Wie meinen Sie das «doch die Angehörigen nicht»?

**Roland Kunz:** Eine 54-jährige Frau kam zu uns auf die Palliativstation, um in Ruhe zu sterben. Sie hatte mit ihrem Mann vier Töchter. Es ging ihr wirklich elend, doch wir konnten ihre Symptome relativ schnell stabilisieren. Mit einem Mal trat dieses «ich will sterben» in den Hintergrund und sie begann darüber zu reden, dass Heimgehen doch schön wäre. Aufgrund dessen haben wir ein Rundtischgespräch mit den Angehörigen einberufen. Das war sehr eindrücklich: Der Mann unterstützte diesen Wunsch. Doch die Töchter hatten dieses Bild der sterbenden Mutter und waren nun unerwartet damit konfrontiert, dass diese jetzt als kranke Frau wieder nach Hause und weiterleben wollte. Es war eine Herausforderung, auch die Töchter soweit zu bringen, dass sie sagen konnten «Okay, wir gehen zusammen diesen Weg.»

### Wie erreichen Sie es, dass Patienten nicht einfach «nur noch auf den Bus» warten?

**Roland Kunz:** Häufig geht es darum, die Leute zu ermuntern, wieder auf sich selber zu hören. Doch das ist für viele Patienten ein grosses Problem: Sie werden von der heutigen Medizin von einer Therapie und Abklärung zur nächsten navigiert. Damit werden viele Patienten gehindert, einen Prozess durchzumachen und zu fragen: «Wo stehe ich in meinem Leben? Wo in meinem Krankheitsverlauf? Was steht mir noch bevor?» Wahrscheinlich erschrecken sie, wenn der behandelnde Arzt schliesslich sagt: «Es wäre wohl jetzt besser, Sie auf die Palliativstation zu verlegen.» Dort folgt möglicherweise die Angst vor der Ruhe, die eintritt, wenn der medizinische Lärm aufhört und man wieder auf sich selber zurückgeworfen ist. Palliative Care unterstützt Menschen in solchen Momenten darin, herauszufinden, was sie wollen und was wirklich wichtig ist.

## Die moderne Medizin feiert grosse Erfolge, vieles scheint heilbar. Der Tod wird als «no go» ausgeblendet und zum Feindbild erklärt.

**Roland Kunz:** Die Entwicklung, die in der Medizin stattgefunden hat, führt dazu, dass immer mehr spezifisches Know-how benötigt wird. Es ist gar nicht mehr möglich, dass ein Arzt über alles Bescheid weiss. Sobald es etwas komplizierter wird, werden immer mehr Spezialisten involviert. Jeder versucht, das Organ, für welches er zuständig ist, so gut wie möglich wieder zum Funktionieren zu bringen. Was dabei immer mehr verloren geht, das ist der Blick auf den ganzen Patienten.

## Wie ist es möglich, dass ein Patient wieder als ganzer Mensch und nicht nur als eines seiner Organe wahrgenommen und behandelt wird?

**Roland Kunz:** Genau darin ist Palliative Care stark. Wir betrachten den ganzen Patienten inklusive seinem Umfeld, seinen sozialen und seelischen Problemen. Dieser ganzheitlichere Blick auf den Patienten – genau der wird benötigt. Zuerst gut anhören, was der Patient sagt und was er sucht. Dann können wir auf seine Bedürfnisse eingehen. So betrachtet müsste das Denken und Handeln der Palliative Care richtungsweisend sein, wie sich unsere Medizin generell entwickeln soll.

## Aktuell wird die Autonomie des Einzelnen betont. «Ich bestimme, wann ich sterbe» ist eine trendige Aussage. Welches ist Ihre Meinung zu Sterbehilfe?

**Roland Kunz:** Es gehört letztendlich zusammen, dieses Tabuisieren des Lebensendes und die Betonung der Autonomie. Ich glaube, über das Lebensende nachzudenken heisst auch über schwächer werden, über Abhängigkeit, sich pflegen lassen, Hilfe annehmen nachdenken. Dass sich das viele Leute nicht vorstellen können, sondern sagen, sie wollen vorher gehen mit einer Sterbehilfeorganisation, das hat mit dem Image der Hilfeannahme und der Abhängigkeit zu tun. Mit dieser Anti-Aging-Welle suggeriert man, dass man im Alter nicht krank ist, sondern dass man eben in diesem «dritten respektive vierten Lebensalter» sei. Dass dahinter eine Riesenindustrie steckt, die diesen Leuten zig Produkte verkaufen will – das wird ausgeblendet.

Früher waren es Krankenhäuser, heute nennt man es Seniorenresidenzen. Früher waren es Patienten, die gepflegt worden waren, heute sind es Bewohner oder eben gar Kunden oder Gäste. Man probiert mit allen möglichen Mitteln Krankheit, Alter und Tod zu tabuisieren – und verkauft unter der Etikette «Gast, Ferien und Wellness», obwohl das nicht den Tatsachen entspricht.

Das erzeugt zunehmenden Druck, so dass die Menschen das Gefühl haben, sie müssten alles im Griff haben. Kann man das nicht mehr, so sei es besser, nicht mehr da zu sein.

## Was läuft schief?

**Roland Kunz:** Mit dieser Überbetonung der Autonomie haben wir verlernt, etwas geschehen zu lassen. Man bedenke, was früher einfach Schicksal war: Sei es, dass eine Mutter im Wochenbett gestorben ist oder dass ein Kind einem Infekt erlegen ist – das hat einfach zum Leben gehört. Es war tragisch für die Betroffenen, doch man wusste, das gehört einfach dazu. Heute hat man das Gefühl, man müsse alles steuern. Auf der einen Seite müssen wir alles verhindern – bis zum Defibrillator der an der Bahnhofstrasse in Zürich bereit steht – damit man ja nicht da stirbt. Auf der anderen Seite soll man ja nicht krank oder abhängig werden, sondern lieber mit Exit den Notausgang nehmen.

## Auch ein Sterbenskranker hat noch Lebensqualität.

**Roland Kunz:** Die meisten Gesunden können sich nicht vorstellen, dass man auch im Kranksein noch Lebensqualität haben kann. Je mehr das jetzt Schule macht, dieser Alterssuizid oder aus Lebenssattheit aus dem Leben zu scheiden, desto weniger Menschen werden wir noch erleben, die trotz Krankheit und Einschränkung noch Lebensqualität haben.

Wie soll denn die nächste Generation das noch lernen? Es wird irgendwie zum Standard... etwas das niemand mehr aus der Nähe gesehen hat, ein Schreckgespenst: Abhängigkeit? Pflegebedürftigkeit? Nein, schrecklich! Lieber vorher gehen. Das wird fast schon zu einem Selbstläufer, wenn sich alle von selber verabschieden. Dabei ist äusserst eindrücklich, für wie viele Angehörige etwas fehlt.

## Was fehlt?

**Roland Kunz:** Ein Patient konnte nicht mehr alleine Zuhause wohnen, es ging ihm zusehends schlechter. Beim Eintritt auf die Palliativstation kam der Schwiegersohn mit. Dieser erzählte, wie er und seine Frau sich in der Pflege und Betreuung abgewechselt hatten. Er habe sich zuvor nie vorstellen können seinen Schwiegervater – der ein sehr bestimmter Mann gewesen sei und die ganze Familie regiert habe – auf die Toilette zu begleiten. Oder ihn zu waschen. Doch sie hätten es gemeinsam gelernt und so sei es eine reiche Zeit für beide gewesen. Beide konnten eine neue Sicht entwickeln und wertvolle Erfahrungen machen.

## Sterbehilfeorganisationen betonen das Recht auf Selbstbestimmung. Wie sieht es in der Palliative Care damit aus?

**Roland Kunz:** In der Palliative Care stärken wir die Selbstbestimmung: Ein Mann, der seit vielen Jahren Diabetes hatte, kam zu uns auf die Palliativstation. Er erklärte, er sei Mitglied von Exit und wolle in der Folgewoche sterben, alles sei schon so eingefädelt. Seine Frau war dement, doch als er sein Augenlicht krankheitsbedingt verloren hatte, konnte er nicht mehr für sie sorgen. So mache das Leben keinen Sinn mehr.

Gekommen war der Mann mit einem Insulin-Schema. Viermal am Tag hat er seinen Zucker gemessen und sein Insulin gespritzt. Ich machte ihn auf diesen Widerspruch aufmerksam. Da wolle er mit Exit seinem Leben ein Ende setzen und stelle gleichzeitig seinen Zucker mehrmals täglich optimal ein. Wenn er sterben wolle, so könne er doch einfach aufhören, sich Insulin zu spritzen. Jeder Mensch kann sagen, welche Therapie er will oder nicht. Das stimmte den Mann nachdenklich.

Zwischenzeitlich kamen schon Anrufe von Exit, ob ich das passende Rezept ausstelle oder nicht. Die haben also schon richtig Druck aufgesetzt. Einige Tage später erklärte der Mann, er wolle an seinem Diabetes sterben, er höre jetzt auf mit dem Insulin: «Nun habe ich Lust auf Crème-Schnitten.» Und da es in der Palliative Care immer um Lebensqualität geht, habe ich ihn darin bestärkt, die Crème-Schnitten einfach zu geniessen. Innert 48 Stunden ist der Mann schliesslich ruhig gestorben – selbstbestimmt.

## Lebensqualität ist also mehr als nur Schmerzlinderung?

**Roland Kunz:** Ja, genau. Nicht nur darüber zu sprechen, ob jemand Morphium will oder nicht, sondern alle Optionen anschauen, jede Massnahme überprüfen, ob sie zur Lebensqualität beiträgt. Wenn es dieser nicht dienlich ist, dann lässt man es besser weg.

## Welchen Nutzen bringt die Palliative Care für die Gesellschaft, wie wird er kommuniziert?

**Roland Kunz:** Das Hauptproblem ist die Unwissenheit, was Palliative Care ist. Viele glauben, es gehe nur um Schmerztherapie oder Sterbebegleitung. Dass es aber viel mehr mit der Mündigkeit des Patienten zu tun hat, seine Stärken und Ziele ins Zentrum zu stellen – das kommt noch nicht so gut rüber. Das verständlicher zu machen ist die grosse Herausforderung. Ist ein Politiker persönlich betroffen, dann geht auch auf der politischen Ebene in Sachen Palliative Care wieder etwas vorwärts. Darum sind Filme wie «Zu Ende leben» so wichtig.

## Was ist mit der Wirtschaft, allen voran der Pharma-Industrie?

**Roland Kunz:** Pharma-Konzerne setzen lieber auf die Erforschung von Medikamenten, die ein Patient 10 oder 20 Jahre lang schluckt. Das sind Goldgruben. Aber wenn man ein Medikament entwickeln soll, dass die Atemnot in den letzten paar Lebenswochen verringert oder die Schmerzen lindert, so ist das kein nennenswertes Geschäft.

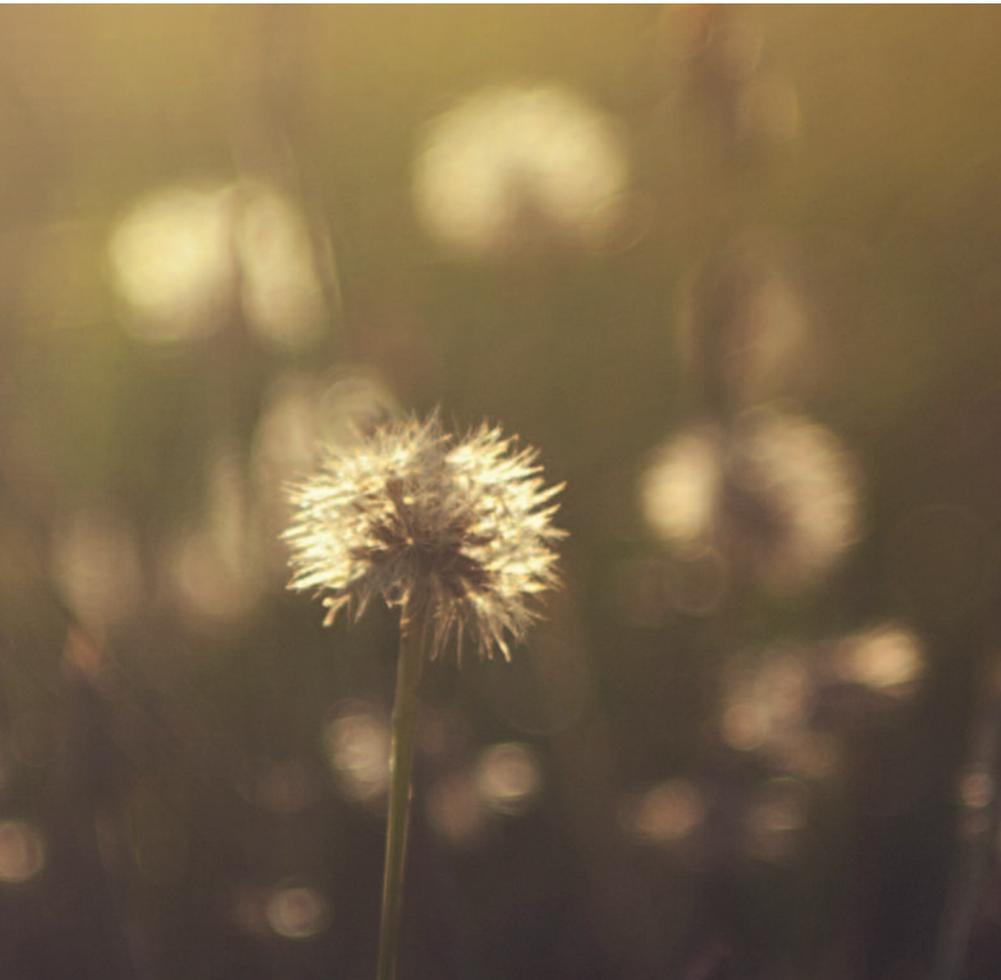
## Ermöglicht Palliative Care einen anderen Zugang zu Leben, Sterben und Tod?

**Roland Kunz:** Ja, diesen Zugang muss man wieder wecken. Die Leute befähigen, wirklich über das Sterben zu sprechen. Sie auch befähigen, Situationen auszuhalten, ohne etwas zu machen. Das ist bei Medizinerinnen und Pflegenden genau das gleiche Problem wie bei Privatpersonen. Den Kranken helfen heisst, etwas machen – so die landläufige Meinung. Darum ist es schwer auszuhalten, wenn es jemandem immer schlechter geht, ohne dass man ihm helfen kann. Man begleitet ihn im Aushalten – das ist für viele ganz schwer. Es ist für uns daher sehr wichtig, dass wir die Angehörigen gut informieren. Sie sollen wissen, wie der Sterbeprozess verläuft. Sie sollen wissen, dass das Rasseln dazugehört und dass der Patient darunter nicht leidet. Ist es für einen Angehörigen schwierig, einfach nur da zu sein und die Situation auszuhalten, so kann man ihm beispielsweise ein gutes Öl geben, womit er die Hand des Patienten massieren kann. So wird es ihm gelingen, es besser auszuhalten.

## Gibt es Grenzen in der Palliative Care?

**Roland Kunz:** Ja, der Patient selber. Jemand, der bis zum Schluss kämpfen will, der lässt Palliative Care nicht an sich heran. Daher denke ich, dass alle Definitionen, wann Palliative Care beginnt, eigentlich nur Krücken sind. Denn letztlich ist der Patient derjenige, der entscheidet, ob er Palliative Care will oder nicht. Wir können sie nicht verschreiben, aber den Patienten darüber informieren. Wir können auf den Patienten zugehen und den Weg wählen, der für ihn gut ist. Bei den einen heisst meine Visite, ich nehme den Stuhl, sitze neben das Bett und spreche mit ihm. Andere muss man berühren, muss deren Bauch untersuchen, auch wenn sich keine Konsequenzen daraus ergeben – aber der Patient soll sich abgeholt fühlen. Das ist das Schöne an unserer Arbeit, diese unterschiedlichen Wege wählen und gehen zu können.

## Wenn der Leidensweg zum Sterbenswunsch wird



Resümee einer Podiumsdiskussion im Rahmen der Interessengruppe «Onkologie-Pflegende» Graubünden zum Thema «assistierter Suizid». Heidi Iller (Freitodbegleiterin von EXIT), Anna Martha Kreis (Fachliche Leitung Pflege der Palliativstation im Kantonsspital Graubünden [KSGR]) Karin Hohloch (Stv. Leitende Ärztin der Onkologie / Hämatologie im KSGR) und Christian Hörler (Spitalseelsorger und Vorstand der Hospizgruppe Sarganserland) diskutierten unter der Moderation von Domenika Schnider Neuweiler (MAS in ethischer Entscheidungsfindung). Dabei fand eine Auseinandersetzung über eigene Erfahrungen, den vermuteten Wissenstand in der Gesellschaft, über den Umgang mit divergierenden Haltungen und Wertvorstellungen sowie über Begrifflichkeiten und deren Interpretation statt.

### EXIT versus Palliative Care?

EXIT verzeichnet Rekordzahlen an neuen Mitgliedern - 11'500 im Jahr 2014. Letztes Jahr haben 583 Menschen die Freitodbegleitungen durch EXIT in Anspruch genommen. 44% der Personen waren von Krebs betroffen (Dialog Ethik, 2015; EXIT, 2015). Entsprechend sind Fachpersonen im Gesundheitswesen gefordert, sich mit ethischen und rechtlichen Aspekten der Thematik auseinanderzusetzen, ihre eigene Werthaltung kritisch zu reflektieren und sich Beratungskompetenz anzueignen. Nur so kann eine adäquate Begleit- und Unterstützungsfunktion wahrgenommen werden.

### EXIT – Selbstbestimmung im Leben und im Sterben

EXIT ist die erste Patientenverfügungs- und Sterbehilfe-Organisation der Schweiz, setzt sich seit 1982 für das Selbstbestimmungsrecht des Menschen im Leben und im Sterben ein und unterstützt die Mitglieder bei der Durchsetzung dieses Rechts. Die EXIT-Patientenverfügung setzt den Fokus auf den Wunsch der schwerkranken Person, «dass man am Lebensende oder bei einer schlechten bis aussichtslosen Prognose nicht unnötig künstlich am Leben erhalten werden will» (EXIT, 2015). Mit der EXIT-Stiftung «palliacura» engagiert sich die Organisation seit Jahren für den Bereich Palliative Care.

Die Non-Profit-Organisation umfasst über 82'000 Mitglieder, Tendenz steigend. Der Verein umfasst 28 Mitarbeitende und 30 ehrenamtliche Freitodbegleitpersonen. Das Angebot von EXIT beinhaltet die Beratung bei Fragestellungen zu Krankheit und Altersbeschwerden oftmals im Rahmen einer Krisenintervention, die Unterstützung beim Verfassen einer Patientenverfügung, Freitodbegleitung sowie die Suizidprävention, durch Aufklärung und Begleitung. Voraussetzung für eine Freitodbegleitung ist eine kostenpflichtige EXIT-Mitgliedschaft, die attestierte Urteils- und Handlungsfähigkeit der Person, ein autonomer konstanter wohlerwogener Sterbewunsch, die Bestätigung (idealerweise vom behandelnden Arzt) einer unheilbaren zum Tode führenden Krankheit sowie ein ärztliches Rezept für das Sterbemittel Natrium-Pentobarbital. Nach einer sorgfältigen Abklärung, welche im Minimum zwei Wochen in Anspruch nimmt, kann der assistierte Suizid durchgeführt werden.

Nach der Rezeptierung des Sterbemittels, kann der Patient das Sterbedatum selbst bestimmen. Das Rezept ist sechs Monate gültig. Die Freitodbegleitung findet gemäss EXIT zu 98% in der eigenen Wohnung statt, oft im Beisein von Familie oder Freunden. Bisher ermöglichten nur wenige Institutionen (Heime, Spitäler etc.) in der Schweiz den assistierten Suizid. Aus rechtlichen Gründen wird die Anwesenheit von mindestens zwei Personen verlangt. Die autonome Einnahme des Sterbemittels erfolgt in der Regel in oraler Form. In Ausnahmesituationen, falls der Patient nicht Schlucken kann, wird die Substanz intravenös, durch den Betroffenen selbst verabreicht, ggf. mit technischen Hilfsmitteln. Nach Eintreten des Todes wird die Polizei verständigt, welche sorgfältig den Sachverhalt anhand diverser Dokumente überprüft (unterschiedene Willenserklärung, Arztzeugnis, Rezept und Diagnoseliste, Protokoll der Sterbebegleitung sowie Mitgliederstammbaum).

Positive Erfahrungen stärken Palliative Care und nehmen dem Sterben den Schrecken. Die Angst vor qualvollen Leiden, vor Schmerzen und dem ausgeliefert sein am Lebensende, ist in vielen Köpfen stark präsent. Die Erfahrung aller Podiumsteilnehmenden zeigt, dass viele Patienten Angst äussern, auf Grund der Machbarkeit der Medizin, pflegebedürftig und «von Maschinen abhängig dahin zu vegetieren».

Trotz intensiver Öffentlichkeitsarbeit wissen ein Grossteil der Bevölkerung immer noch wenig über die Möglichkeiten von Palliative Care. Betroffene und ihre Angehörigen müssen aktiv von ihrem Behandlungsteam auf die Möglichkeiten von Palliative Care und die regionalen Angebote aufmerksam gemacht werden. Nur so können Palliative Care Angebote erfolgreich aufgebaut und genutzt werden, sagt Anna Martha Kreis. Umfragen zeigen, dass heute in der Gesellschaft in erster Linie Sterbehilfeorganisationen als Möglichkeit zur Wahrung der Selbstbestimmung am Lebensende wahrgenommen werden. Es scheint, dass die effektivste Vermittlung von Wissen rund um Palliative Care, die eigene positive Erfahrung ist. «Denn was ein Mensch erlebt, das zählt», meint Anna Martha Kreis.

Die Wissenslücke in der Bevölkerung in Bezug auf das Angebot von Palliative Care nimmt auch Heidi Iller von EXIT wahr. Viele Menschen würden sich wohl nicht an EXIT wenden, wenn ihnen das regionale Palliative Betreuungsnetz bekannt wäre und sie Ansprechpartner kennen würden, an die sie sich mit ihren Fragen und Ängsten wenden können. 2009 haben Bund und Kantone die «Nationale Strategie Palliative Care» verabschiedet, mit dem Ziel, die Palliative Care im schweizerischen Gesundheits- und Sozialwesen zu verankern. Hauptziel ist, dass «Schwerkranke und sterbende Menschen in der Schweiz ihren Bedürfnissen angepasste Palliative Care erhalten und ihre Lebensqualität verbessert wird» (BAG, 2015).

## Wie und wo wird in der Schweiz gestorben?

Hierzulande sterben jährlich rund 62'000 Menschen. Unter welchen Umständen jedoch und wie sie sterben, ist kaum bekannt (Zimmermann, 2012). Die Podiumsteilnehmenden stellten fest, dass ein Wandel bezüglich der Wahl des Sterbeortes stattfindet. Der Trend in den letzten Jahren zeigte eher eine Institutionalisierung des Sterbens. Die nationale Strategie Palliative Care 2013-2015 ist regional in verschiedenen Stadien der Implementierung. Unterstützungsangebote wie der palliative Brückendienst, spezialisierte Spitex u.ä. werden gefördert und ermöglichen, dass Patienten wieder vermehrt zu Hause im eigenen Umfeld sterben können.

Die eingangs erwähnten Zahlen legen dar, dass von den vielen EXIT-Mitgliedern letztendlich nur sehr wenige den assistierten Suizid in Anspruch nehmen. Die Gewissheit einen Ausweg zu haben, falls der Leidensweg zu steinig wird, kann Entlastung bringen. Viele Menschen kontaktieren EXIT in einer akuten Situation der Verzweiflung und finden im Beratungsgespräch, Unterstützung und Zuversicht. Oft ist der Wunsch nach, Suizid ein Türöffner, um ins Gespräch über das Sterben zu kommen und vorausschauend verschiedene Szenarien zu planen.

Verändert hat sich wohl auch eine Art «Konsum-Mentalität». Es scheint, dass EXIT in der Gesellschaft als eine Dienstleistung wahrgenommen wird. So komme es vermehrt dazu, dass Nicht-Mitglieder sehr kurzfristig die Freitodbegleitung anfordern wollen. Abklärungen müssten dann innert wenigen Tagen getroffen werden, welche üblicherweise Wochen dauerten. Dies stellt die Organisation vor neue Herausforderungen.

## Das Argument der Autonomie am Lebensende

Das Recht auf Selbstbestimmung ist relativ und eine Frage der Betrachtung. Komplette Autonomie ist wohl niemand. So führt eine Diagnose wie Krebs unweigerlich dazu, dass gewisse Umstände eintreten, welche die Autonomie massgebend einschränken. So kann wohl in einer Schmerzsituation beispielsweise bestimmt werden, ob das Analgetikum oral eingenommen werden möchte oder eher in Form einer Injektion. Kaum jemand würde sich jedoch grundsätzlich gegen ein Analgetikum entscheiden. Dies bedeutet, dass nicht das Selbstbestimmungsrecht an sich eingeschränkt ist, es haben sich nur die Rahmenbedingungen verändert. So kann die Autonomie im Falle einer fortschreitenden Krebserkrankung und zunehmende Pflegebedürftigkeit neu definiert werden und in veränderter Form wahrgenommen werden.

Gelingt es dem Patienten dies als Chance wahrzunehmen, sich den neuen Rahmenbedingungen anzupassen und innerhalb diesen Begebenheiten eine möglichst hohe Lebensqualität zu erreichen, kann dies Entlastung bringen.

Karin Hohloch formuliert dies sehr treffend: «Es gilt die kleinen Dinge zu respektieren, welcher der Patient unter den gegebenen Umständen bestimmen kann.»

## Wann ist Sterben würdevoll?

Wann das Sterben als «gut und würdevoll» wahrgenommen wird, kann kaum durch objektive Kriterien definiert werden. Es ist abhängig von individuellen Wertvorstellungen und Betrachtungsweisen. Die Wahrnehmungen von Betroffenen, Angehörigen und den Behandlungsteams sind häufig divergent. In einer Situation, in welcher sich die schwerkranke Person nicht mehr selbst äussern kann, ist die Werteerklärung als zentraler Bestandteil einer soliden Patientenverfügung klärend. Darin wird die persönliche Einstellung zum Leben und zum Sterben festgehalten.

Oftmals sind es die Umstände, welche die betroffenen Patienten würdelos empfinden und daher einer solchen Situation mit der Inanspruchnahme vom assistierten Suizid zuvorkommen möchten. Dem Begriff der «inhärenten Würde» folgend, kann Würde weder verloren gehen, noch erworben oder wiedergewonnen werden. Durch die symbolische Umhüllung mit einem passenden «Palliativ-Mantel» möchten Fachpersonen den Fokus bewusst auf die würdevolle Behandlung, Begleitung und Haltung lenken, welche die individuellen Wünschen und Bedürfnissen von Patienten und Angehörigen ins Zentrum der Aufmerksamkeit stellen. Gemäss Heidi Iller nehmen auch die Freitodbegleitenden das Hinscheiden mittels assistiertem Suizid, als würdiges und friedliches Sterben wahr, da mehrheitlich ein Abschied und eine Bereinigung ungeklärter Dinge zuvor noch stattfinden konnte und Betroffenen ganz bewusst bereit sind, zu Sterben. Sowie das Leben gestaltet sich auch das Sterben individuell. Gemäss Borasio (2012) geht es darum, «jedem Menschen die Möglichkeit zu geben, seinen eigenen Tod zu sterben».

## Die Individualität angesichts der Endlichkeit reflektieren und würdigen

Das Gespräch mit Patienten und Angehörigen ist das Wichtigste. Was meint «Lebensqualität bis ans Lebensende»? Und was bedeutet Würde für den Betroffenen? Entscheidend ist es, dass die Bedürfnisse des Individuums wahrgenommen werden und danach gehandelt wird. Dies bedingt, dass der Mut aufgebracht wird, bereits zu einem frühen Zeitpunkt über das Sterben zu sprechen.

Palliative Care und EXIT sollen nicht als Konkurrenzangebote für ein ‚gutes Sterben‘ betrachtet werden. Manifestiert sich der Wunsch nach dem assistierten Suizid, darf dies nicht als Versagen der Palliative Care gewertet werden. Beide Bereiche haben ihre definierten Kernkompetenzen, welchen unterschiedliche Wertsystemen zugrunde liegen.

Fachpersonen sind gefordert, Betroffenen in ihrer Entscheidungsfindung zu unterstützen. Für manch eine Fachperson bedeutet dies, die Diskrepanz auszuhalten und sich mit den eigenen Gefühlen und Wertvorstellungen zu befassen. Unterstützung in der Entscheidungsfindung meint, der betreffenden Person neutral und mit Empathie zu begegnen, deren Wunsch ernst zu nehmen und insbesondere die zugrundeliegenden Ängste und Beweggründe für den assistierten Suizid zu identifizieren.

Die Kunst des «guten Sterbens» scheint mit der Enttabuisierung zu beginnen. Gelingt es über das Sterben, den Tod und die Trauer offen und frühzeitig zu sprechen, besteht die Chance wirkliches Leiden zu lindern und die letzten Tage und Stunden am Sterbebett als wertvolles Geschenk anzuerkennen. «Was uns alle angeht, müssen wir alle miteinander angehen» (A. Heller).



### Cornelia Kern Fürer

Pflegeexpertin MAS Oncological Care,  
Onkologie/Hämatologie KSGR,  
cornelia.kernfuerer@ksgr.ch



### Diana Malin

Pflegefachfrau MAS Palliative Care,  
Rundum Onkologie, Sargans,  
dianamalin@icloud.com



### Georgina Colucello

Pflegefachfrau Höfa Onkologie 1, Onkologie /  
Hämatologie KSGR,  
georgina.colucello@ksgr.ch

# Assistierter Suizid – Palliative GR bezieht Position



Exit, Sterbehilfe, assistierter Suizid sind in aller Munde. Wie steht Palliative Graubünden dazu? Als einer der ersten Schweizer Fachvereine hat sich «palliative gr» diesem Thema angenommen. Nach einer Beratung durch den Ethiker Dr. Christof Arn hat der Vorstand ein Positionspapier zum assistierten Suizid verfasst. Am 2. Juli 2015 hat «palliative gr» seine Position dazu vorgestellt.



**Dr. Thomas Wieland**

Präsident «palliative gr»  
Stellvertretender medizinischer Chefarzt,  
Kantonsspital Graubünden

Der assistierte Suizid ist das Flaggschiff der Sterbehilfsorganisationen, in der Schweiz sind das Exit und Dignitas. Die Bewegung für die palliative Versorgung möchte den betroffenen Menschen in erster Linie Leiden und Sterbephase erleichtern und steht somit in einem genuinen Widerspruch zu den Interessen der Sterbehelfer.

Wir – damit meine ich «palliative gr» – müssen deshalb Position beziehen. Wichtig ist uns, diese bekannt zu machen und uns nicht in das dichotome entweder-oder-Schema pressen zu lassen. Wir werden die Wünsche der Betroffenen ernst nehmen – und falls ein Suizid-Wunsch geäußert wird, auf diesen eingehen, versuchen zu analysieren und schliesslich alternative Wege aufzuzeigen – natürlich mit konkreten Umsetzungsmöglichkeiten.

Wir werden einen betroffenen Menschen wegen seines Suizid-Wunsches nicht fallen lassen, allerdings kann es nicht unsere Aufgabe sein, ihm die ersehnte Beihilfe zu gewähren, das heisst quasi den Giftbecher zuzubereiten. Die Wünsche nach vorzeitiger Beendigung des eigenen Lebens und Vorstellungen darüber, wie die Schlussphase des Lebens ablaufen solle, ändern sich nicht selten im Verlauf einer ersten Erkrankung – Frau Susanna Meyer Kunz wird darauf eingehen.

## Warum ein solches Positionspapier?

Palliative ch hat noch kein solches Papier, unseres Wissens ist es aber in Erarbeitung. Wir wollten darauf aber nicht warten, sondern uns selbst mit der Thematik auseinandersetzen, denn wir realisierten, dass die Positionen der einzelnen Vorstandsmitglieder nicht einheitlich waren. So erarbeiteten wir diese Position an einem Workshop im November 2014, an dem alle Vorstandsmitglieder unter der Leitung des Ethikprofessors Christoph Arn teilnahmen. Das vorliegende Papier ist schlussendlich vom Gesamtvorstand verabschiedet worden. Dieses Vorgehen hat den Vorteil, dass jedes Vorstandsmitglied sich aktiv mit der Thematik befasst und an der Diskussion teilgenommen hat.

## Erfahrungsgemäss bietet die Abgrenzung der verschiedenen Begriffe rund um Sterbehilfe und ums Sterben immer wieder grösste Probleme. Dazu nur einige Grundsätze:

Die **Sterbebegleitung** meint die Begleitung in jeder Form während der Sterbephase. Sterbebegleitung ist nicht das Monopol der Suizidbeihilfeorganisationen. Palliative Care umfasst selbstverständlich auch die Sterbebegleitung. Sterbebegleitung ist folglich nicht gleichzusetzen mit Beihilfe zum Suizid, was aber in der Öffentlichkeit leider oft passiert.

Die **aktive Sterbehilfe** ist die Tötung eines kranken Menschen, sei es aus eigenem Antrieb oder auf dessen Verlangen. Diese ist strafbar und steht natürlich nicht zur Debatte.

Die **indirekte Sterbehilfe** bezeichnet die Inkaufnahme eines vorzeitigen Todes als Nebeneffekt einer symptom-orientierten Behandlung (in der Regel Schmerzbehandlung oder Sedation).

Die **passive Sterbehilfe** meint den bewussten Verzicht oder den Abbruch einer lebensverlängernden Therapie, obwohl diese grundsätzlich noch möglich wäre. Die passive Sterbehilfe ist im StGB nicht ausdrücklich geregelt, wird aber von der SAMW (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften) als zulässig erachtet.

Der **assistierte Suizid** ist jede Handlung, die es dem Kranken ermöglicht, seinem Leben aktiv ein Ende zu setzen. Er muss die letzte Handlung, in der Regel die Einnahme einer tödlichen Substanz, selbst vornehmen. Die Vorbereitung dazu wird als Beihilfe (Assistenz) zum Suizid bezeichnet. Unabdingbare Voraussetzung für die Ausführung des assistierten Suizides ist die Urteilsfähigkeit des Patienten.

Die **Urteilsfähigkeit** ist in Art. 16 im ZGB geregelt. Alle unsere Annahmen und Überlegungen gehen von der Urteilsfähigkeit des Patienten aus. Ein urteilsfähiger Patient muss

- verstehen können, was ihm das medizinische Personal erklärt
- überlegen können, ob er z.B. eine bestimmte Behandlung wünscht oder ablehnt
- auf die gewonnenen Erkenntnisse reagieren und sich verständlich äussern können

Wie eingangs erwähnt möchten wir den Willen des Patienten respektieren. Somit ist eine der Herausforderung in der palliativen Betreuung von schwerkranken Menschen und Ihren Angehörigen, diesen Willen überhaupt zu kennen resp. falls nötig zu erforschen. Schwerkranke sind nicht selten überfordert, wenn man sie einfach fragt, was sie nun möchten. Selbst wenn Möglichkeiten aufgezählt werden, bleibt die Wahl schwierig. In Gesprächen mit dem Patienten, mit Angehörigen, mit Nahestehenden muss oft über mehrere Male herausgefunden werden, was der Wille des Patienten ist.

Wenn Sie z.B. jemanden fragen, ob er am liebsten zu Hause sterben möchte, er aber noch gar nicht akzeptiert hat, dass er demnächst sterben muss, erhalten Sie natürlich keine brauchbare Antwort. Daraus können Sie sehen, dass nicht zu jedem Zeitpunkt auch eine einfach scheinende Frage beantwortet werden kann. Palliative Care macht unter anderem genau das aus.

Dazu kommt noch die gesamte Fachkompetenz der medizinischen, pflegerischen, seelsorgerischen und sozialen Betreuung des unheilbar kranken Menschen. Und da haben wir viel zu bieten. Den Wunsch nach Suizid respektieren wir, wären aber unglaublich, wenn wir dessen aktive Erfüllung betreiben würden.

Begriffsklärung

Urteilsfähiger Patient?

Palliative Care?

Die Sterbephase?

Die Sterbebegleitung?

Aktive Sterbehilfe?

Indirekte Sterbehilfe?

Passive Sterbehilfe?

Assistierter Suizid?

# Der Wille des Patienten ist nicht immer klar. Diesen zu finden ist unsere Aufgabe.



## Pfrn. Susanna Meyer Kunz

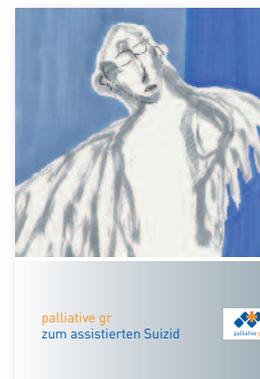
Vizepräsidentin «palliative gr»  
Seelsorgerin und psychoonkologische Beraterin  
am Kantonsspital Graubünden

Zum Willen des Patienten: «palliative gr» möchte, dass das geschieht, was der Betroffene wirklich will. Nur ist das anspruchsvoll zu erfassen. Es gibt keine Nullachtfünfzehn Lösungen. Der Wille der Betroffenen ist beeinflusst durch den Krankheitsverlauf, die Meinung anderer, durch Werte, Glaube und Religion. Ebenso durch Ängste, Verzweiflung, durch die Angehörigen von denen sich der Patient abhängig fühlt, durch gesellschaftliche Gründe (zur Last fallen) und durch die eigene Ambivalenz der Betroffenen.

Gerade weil der Wille des Patienten durch so viele Faktoren beeinflusst ist, braucht es eine differenzierte Wahrnehmung der Aussagen und der Befindlichkeit des Patienten. Fachleute wie ÄrztInnen, Pflegendе, NotfallpsychologInnen und Seelsorgende sollen primär zuhören. Weiter sollen sie dem Patienten verschiedene Möglichkeiten der Behandlung und Begleitung aufzeigen. Zum Beispiel sollen sie im Zusammenhang mit der Urteilsfähigkeit die Patientenverfügung als Instrument ansprechen. Weiter soll der Patient erfahren, was er im Bereich der Schmerzbehandlung und Symptomlinderung für Möglichkeiten hat. Zudem soll die Möglichkeit der palliativen Sedation angesprochen werden. Ich erlebe oft, dass die Leute gar nicht wissen, was das ist. Des weiteren sollen die Betroffenen Kenntnis erhalten, wie sie im Bereich der Palliative Care begleitet werden können. Palliativstation, Brückendienst, Tecum, etc. Als äusserst wichtig erachte ich die Begleitung der Angehörigen. Ihre Ängste, Sorgen und Befürchtungen sollen ernst genommen werden. Die Angehörigen sollen in ihrer eigenen Mundart aussprechen können, wovor sie sich fürchten. Sie sollen informiert werden wie der Sterbeprozess gehen könnte und welche körperlichen, seelischen und geistigen Veränderungen vor sich gehen. Deshalb hat «palliative gr» zu diesem Thema eine Broschüre mit dem Titel «Wenn ein naher Mensch stirbt» herausgegeben. Diese kann über die [www.palliative-gr.ch](http://www.palliative-gr.ch) bestellt oder heruntergeladen werden.

Im Rahmen der psychoonkologischen Sprechstunde lerne ich einen Mann mit einem metastasierten Lungentumor in einem fortgeschrittenen Stadium kennen. Ich begleite ihn mehr als ein halbes Jahr. Er ist ein sportlicher, eigenständiger Bergler. Gerne nimmt er die Begleitung an. Er bekräftigt jedoch von Anfang an, dass er Mitglied bei EXIT sei und wenn dann die Situation für ihn unerträglich sei, wolle er dann selber entscheiden, wann er seinem Leben durch den assistierten Suizid selber ein Ende bereite. Im Laufe der Gespräche stellte sich heraus, dass seine Angst vor dem Erstickten sein grösstes Problem war. Unter Einbezug des Palliativmediziners, adäquate Medikation und Instruktion der Ehefrau, was bei Atemnot zu tun sei, wurde der Wunsch nach Exit kleiner. Ich vermittelte ihm auf Wunsch die Kontakte zu den Sterbehelfern von Exit. Er traf sich einmal mit ihnen, entschied sich aber anschliessend, für die Behandlung und Begleitung auf die Palliativstation zu kommen. Er verstarb schliesslich im Beisein seiner Familie auf der Palliativstation.

Eine Frau mit einem Brustkrebs mit Hirnmetastasen war bei mir in der Begleitung um sich zum assistierten Suizid beraten zu lassen. Ihre grösste Sorge war, dass ihre Freunde und Verwandten sie in einem kognitiv veränderten Zustand vorfänden. Sie schämte sich, dass sie sich veränderte, sich Dinge nicht mehr merken konnte und das WC Bürsteli zum Zähne putzen brauchen wollte. Wir thematisierten schliesslich in mehreren Sitzungen das Thema Scham. Ebenso wurden die Freunde und Angehörigen in diesen therapeutischen Prozess einbezogen. Sie war sehr lange ambivalent. Schliesslich fasste sie in vielen kleinen Schritten das Vertrauen, dass sie nicht ausgelacht, nicht entblösst oder entwürdigt würde. Sie starb ebenfalls auf der Palliativstation.



Beziehen kann man das Positionspapier auf der Website unter [www.palliative-gr.ch](http://www.palliative-gr.ch)

Für weitere Informationen steht Ihnen die Geschäftsführerin zur Verfügung:  
Geschäftsstelle «palliative gr»  
Monika Lorez-Meuli  
Masanserstrasse 14, 7000 Chur  
Telefon 081 250 77 47  
[info@palliative-gr.ch](mailto:info@palliative-gr.ch)

# Ein Denkanstoss für die Gesellschaft



**Dr. Christof Arn**  
Ethiker, Scharans

Im November 2014 hat sich der Vorstand von «palliative gr» dazu entschlossen, sich vertieft mit seiner Haltung zum Thema «assistierter Suizid» auseinanderzusetzen. Der Ethiker Dr. Christof Arn hat den Vorstand in diesem Prozess begleitet. Was hat ihn dazu bewogen? Was ist Ethik und in welchem Kontext steht sie zur Palliative Care?

Palliative Care ist ein interdisziplinärer Fachbereich. Nebst Medizin, Seelsorge und sozialem Umfeld, ist auch die Ethik ein wichtiger Teil davon. Im Wissen darum, wie wertvoll diese Interdisziplinarität ist, hat sich der Vorstand von «palliative gr» diese für sich zu Nutzen gemacht. Im Gespräch und anhand dieses konkreten Beispiels erläutert Christof Arn den Beitrag der Ethik zur Palliative Care und zu Klärungsfragen.

## Welches war Ihr erster Gedanke, als der Verein palliative gr Sie für eine Zusammenarbeit angefragt hat?

**Christof Arn:** Freude. Ich habe mich wirklich gefreut. Freude darum, weil Palliative Care und deren Umgang mit assistiertem Suizid wichtige Themen sind. Und anspruchsvolle. Es hat sowohl für die Gesellschaft als auch für jeden Einzelnen Bedeutung. Hier mithelfen zu können, freut mich.

## Welches war Ihre Aufgabe?

**Christof Arn:** Der Vorstand wollte sich mit dem Thema «assistierter Suizid» befassen. Zunächst war noch unklar, wohin die Reise gehen würde – das ist auch gut so, denn im Zentrum stand vorerst die Meinungsbildung, persönlich ebenso wie gemeinsam. Der

Schwerpunkt lag also nicht auf Einigkeit, vielmehr galt es herauszufinden, wo die Vorstandsmitglieder einig sind und wo unterschiedlicher Meinung. Diesen Prozess zu moderieren war meine Aufgabe.

Mit der Zeit kristallisierte sich eine verbindende Diskussionsrichtung heraus und schliesslich der Wunsch nach einer schriftlich festgehaltenen Position.

## Eine Klärung von innen nach aussen?

**Christof Arn:** Ja, Ethik mit ihrem methodisch sorgfältigen Blick auf Werte beginnt oft innen, beim Nachdenken über eigene Werthaltungen. Reflexionsmethoden der Ethik können in solchen Klärungsprozessen sehr unterstützend sein. Während dieser (inneren) Klärungsphase zeigte sich immer mehr, dass es dem Vorstand wichtig ist, mit seiner Position gegenüber dem assistierten Suizid auch aktiv nach aussen zu gehen. Anstoss dafür gab unter anderem die präzise und wirkungsvolle Kommunikation der Suizidhilfeorganisationen.

## Wie sind Sie an das Thema «assistierter Suizid» herangegangen?

**Christof Arn:** Sehr offen und sehr aufmerksam. Grundlegend offen, aber auch mit dem grossen Wunsch, einen scharfen Blick auf das zu werfen, was gemeint ist.

## Was meinen Sie mit «scharfem Blick»?

**Christof Arn:** Genau denken. Auf den Punkt bringen, was man meint. Nicht um den heissen Brei herumreden. Ein Beispiel dazu: «Sterbehilfe» ist ein irreführendes Wort, aus zwei Gründen.

Erstens: Zusammengesetzte Worte mit «Hilfe» bezeichnen typischerweise «helfen bei», nicht «verhelfen zu». Pannenhilfe verhilft nicht zu einer Panne, sondern hilft bei einer Panne. Geburtshelfer verhelfen nicht zu einer Geburt, sondern helfen bei einer Geburt. Sogenannte Sterbehilfeorganisationen verhelfen zum Sterben: Das Gift ist tödlich.

Zweitens: Es geht um Suizid. Sterben ist nicht gleich Suizid. Alles in allem also: Die Bezeichnung «Sterbehilfe» drückt sich ums Thema herum. Klartext redet das Wort «Suizidhilfe». Fachliteratur verwendet immer häufiger diesen genaueren Begriff. Damit ist über die Bewertung der Suizidhilfe oder deren Organisation als Dienstleistung noch nichts gesagt. Aber man soll Suizid sagen, wenn es Suizid ist. Auf Klarheit im Reden miteinander zu achten gehört zu den Kernaufgaben als Ethiker.

## Was für Instrumente, was für Methoden bietet die Ethik?

**Christof Arn:** Aufgabe der Ethik ist es, über Werte nachzudenken. Über Werte, die von einer konkret anstehenden Frage tangiert werden. Konkret bedeutet das, Werte auf den Tisch zu bringen, sie also genau zu benennen: Was wird in uns angesprochen, beispielsweise beim Thema «Suizidhilfe»? Wo entstehen Wertekonflikte und wie kann man damit umgehen?

Ethik ist eine über 2000 Jahre alte, fundierte Tradition und hat damit die Übersicht über die wichtigsten Gruppen von Werten. Falls etwas untergehen könnte, kann sie darauf aufmerksam machen: Um was könnte es noch gehen bei den Fragen rund um Suizidhilfe zum Beispiel?

Sind dann die Werte auf dem Tisch, folgt das Gewichten dieser Werte und die gemeinsame Reflexion beginnt. Es ist nicht die Aufgabe eines Ethikers, fertige «richtige» Analysen vorzulegen, sondern den in der Praxis verantwortlichen Menschen methodische Unterstützung zu bieten.

## Welchen Stellenwert oder vielmehr welche Rolle nimmt die Ethik in der Palliative Care ein?

**Christof Arn:** Ethik kann dann helfen, wenn Konflikte zu klären sind. Diese gibt es aber nicht nur in der Palliative Care. Diese gibt es auch in der Geburtshilfe oder anderen Orten.

Gerade im Gesundheitswesen nehmen Konflikte und Dilemmata zu. Der Hauptgrund dafür ist die Zunahme an technischen Möglichkeiten. Zudem gibt es in diesem Berufszweig immer feinere Arbeitsteilungen und zusätzliche Berufe werden geschaffen. Die Zusammenarbeit wird komplexer. Ausserdem wächst die Pluralität von Werten und Haltungen, was auch mit der kulturellen Vielfalt zusammenhängt.

## Was bedeutet für Sie Palliative Care?

**Christof Arn:** Palliative Care als Tätigkeit ist ein Denkanstoss für unsere Leistungsgesellschaft. Den Wert «Leistung» haben wir stark verinnerlicht. Diesbezüglich ist unsere Gesellschaft nicht pluralistisch, sondern ideologisch. Generell und so gut wie überall gilt bei uns: Der Wert des Menschen wird an seiner Leistungsfähigkeit, Unabhängigkeit, Flexibilität, Nicht-Hilfsbedürftigkeit gemessen. In dieser Leistungsgesellschaft nimmt Palliative Care einen speziellen Platz ein: Sie interessiert sich für Menschen, die nicht mehr leisten können. Palliative Care sagt uns: Schau mal hier her! Hier hast Du einen blinden Fleck.



## Was ist Moral? Was ist Ethik?

«Ethik ist die Reflexion von Moral.» Reflektieren ist eine Tätigkeit. Ethik ist etwas, das man macht, also etwas Aktives.

Moral hingegen ist etwas, was einfach da ist. «Meine Moral ist die Gesamtheit der Werte, die ich in mir trage.» Meine Moral, mein Wertesystem ist nicht homogen, sondern im Laufe der Biographie gewachsen und kann daher spannungsvoll, ja widersprüchlich sein. Ein Reflexionsprozess – und damit Ethik – kann hier hilfreich sein. Moral gibt es nicht nur bei jedem Menschen, Wertesysteme haben auch alle Institutionen und alle Gesellschaften.

# Stationäres Hospiz im Kanton Graubünden



**Dr. Cristian Camartin**

Leitender Arzt, Palliative Care,  
Kantonsspital Graubünden

Ein Hospiz ist eine eigenständige Einrichtung, in welcher schwer kranke und sterbende Patienten in der Regel bis zu ihrem Tode verbleiben. Durch die demographischen Veränderungen mit Zunahme der älteren Bevölkerung und intensiverer medikamentöser Behandlungsmöglichkeiten muss von einer steigenden Zahl von palliativmedizinischen Patienten ausgegangen werden.

## Bedarfsabklärung

Gemäss internationalen Schätzungen (EAPC Standards 2009) schwankt der Bedarf von Hospiz- und Palliativbetten zwischen 50 bis 80, gemäss anderen Quellen bis zu 100 pro 1 Million Einwohner. Diese Berechnungen berücksichtigen jedoch ausschliesslich Tumorkranken und beachten zudem die steigende Prävalenz chronisch Kranker nicht. Empfohlen wird eine Aufteilung von 40% Hospizbetten und 60% Akutpalliativbetten. Die optimale Grösse einer Palliativeinheit wird mit 8 – 12 Betten angegeben. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Hospizen in der Schweiz ist sehr unterschiedlich (Lighthouse ZH 44.7 Tage im Jahr 2012, 41.9 Tage 2011; Hospiz im Park Arlesheim 13 Tage mit einer Bandbreite von 1 – 105 Tagen im Jahr 2012).

## Situation im Kanton Graubünden

In den letzten Jahren sind im Kanton Graubünden verschiedene palliativmedizinische Angebote geschaffen worden. Unter anderen wurde im Jahr 2009 die erste spezialisierte Palliativstation im KSGR gegründet. Hier zeigte sich, dass ein Bedarf für eine solche Einrichtung vorhanden ist, so dass die Abteilung sukzessive auf aktuell 14 Betten ausgebaut worden ist. In der Region Surselva, im Churer Rheintal sowie im

Unterengadin am Center da sandà in Scuol gibt es ein ambulantes palliativmedizinisches Angebot, den Brückendienst des Kantons Graubünden.

Im Kanton Graubünden leben (Stand 2012, Kantonale Verwaltung) 193'920 Einwohner. Somit muss von einem Bedarf von ca. 10 bis 20 Palliativbetten für den gesamten Kanton ausgegangen werden. Zum aktuellen Zeitpunkt gibt es am KSGR 14 Betten und am Center da sandà in Scuol 2 spezialisierte palliativmedizinische Betten. Dies sind jedoch Akutspitalbetten. Mit dem bestehenden Angebot kann bereits heute ein Grossteil der palliativen Patienten gut behandelt werden. Es zeigt sich, dass eine stationäre Einrichtung insbesondere für jüngere Patienten oder chronisch Kranke fehlt. Diese Lücke könnte durch ein Hospiz geschlossen werden.

## Fachliche Betreuung

Um die spezielle Betreuung komplexer palliativer Patienten gewährleisten zu können wird es unumgänglich sein geschultes Fachpersonal einzusetzen. Dies in allen Bereichen wie Pflege, Ärzte etc. Die ärztliche Betreuung in Hospizen erfolgt zumeist durch Hausärzte oder kooperierende Palliativmediziner. In der Schweiz gibt es aktuell keinen spezialisierten Facharztstitel für Palliativmedizin. Voraussichtlich wird im Jahr 2015 ein Fähigkeitsausweis zum Palliativmediziner geschaffen werden. Ein Palliativmediziner sollte unbedingt in die ärztliche Betreuung miteinbezogen werden. Die Finanzierung eines Hospizes wird sicherlich auch von Qualitätskriterien abhängig sein. Zum heutigen Zeitpunkt wird eine Zertifizierung vom Schweizerischen Verein für Qualität in Palliative Care angeboten.

## Eigene Erfahrungen

Auf der Palliativstation am KSGR wurde häufig deutlich, dass insbesondere für jüngere Patienten mit einer intensiven Betreuung jedoch nicht mehr bestehender Akutspitalbedürftigkeit keine optimale örtliche Weiterbetreuung möglich ist. Ein Hospiz könnte diese Lücke sicherlich schliessen. Wichtig sollte eine rasche Verfügbarkeit dafür sein.

### Offene Fragen

- Anzahl Bettenplätze
- Akzeptanz der Betroffenen für eine Behandlung im Hospiz
- Bereitschaft der Bündner Bevölkerung in ein Hospiz einzutreten, welches nicht am Wohnort ist
- Finanzierung
- Strukturen für Kurzaufenthalte oder weitere Angebote

## Zusammenfassend

Das Bedürfnis für ein Hospiz im Kanton Graubünden scheint vorhanden zu sein und ein Projekt sollte auf alle Fälle weiterverfolgt werden.

## «palliative gr» – ist für Sie da!

### Geschäftsstelle palliative gr



**Monika Lorez-Meuli**  
Leitung Geschäftsstelle «palliative gr»  
Pflegefachfrau NDS IPS und Palliative Care,  
Grossrätin



palliative gr  
Masanserstrasse 14  
7000 Chur  
Telefon 081 250 77 47  
info@palliative-gr.ch  
www.palliative-gr.ch

### Vorstand palliative gr



**Thomas Wieland**  
(Präsident)  
Stellvertretender Chefarzt  
Innere Medizin, Kantonsspital  
Graubünden



**Susanna Meyer Kunz** Pfrn.  
(Vizepräsidentin) Seelsorgerin und  
psychoonkologische Beraterin am  
Kantonsspital Graubünden



**Sr. Madlen Büttler**  
Dominikanerin Kloster Illanz,  
Leiterin Bildungshaus Kloster  
Illanz



**Peter Philipp**  
Direktor Flurstiftung, Prättigau



**Annemarie Stricker**  
Bereichsleiterin Pflege, Spital  
Oberengadin Samedan



**Gabi Nievergelt**  
Fachverantwortliche Pflege  
Spital & Spitex, Flury Stiftung,  
Prättigau



**Cristian Camartin**  
Dr. med. MSc Leitender Arzt  
Palliative Care im Kantonsspital  
Graubünden



**Hannes Graf**  
Leitender Arzt Palliativstation  
Scuol



**Annemarie Hänni**  
Pflegefachfrau, Ausbildungsver-  
antwortliche Pflege und  
Betreuung Evang. Alters- und  
Pfleheim, Thusis



## Mitgliedschaft palliative gr

### Möchten Sie unsere Arbeit aktiv unterstützen?

Dann werden Sie Mitglied beim Verein «palliative gr». Wenden Sie sich bitte an unsere Geschäftsstelle oder melden Sie sich über die Internetseite [www.palliative-gr.ch](http://www.palliative-gr.ch) an.

### Möchten Sie unsere Arbeit finanziell unterstützen?

Wir freuen uns über jede finanzielle Unterstützung.

Spendenkonto  
palliative gr  
Masanserstrasse 14  
7000 Chur

GKB 7002 Chur  
CH61 0077 4010 1082 0960 0  
PC 70-216-5

## Informations- und Begleitbroschüre von Palliative gr

Bestellung und Download der Broschüren unter: [www.palliative-gr.ch](http://www.palliative-gr.ch)



Informationsbroschüre  
«Palliative Care beginnt im Leben»  
Lebensqualität im Leben und im Sterben



Begleitbroschüre  
«Was im Leben und im Sterben trägt»  
Ausgewählte Texte



Begleitbroschüre  
«Wenn ein naher Mensch stirbt»  
Veränderungen am Ende des Lebens –  
Trauer – Trost

© 2015 Trägerschaft Verein «palliative gr»

**Konzept/Inhalt** Monika Lorez-Meuli

**Illustrationen** Verena Staggl, [www.verena-staggl.com](http://www.verena-staggl.com)

**Gestaltung** ccgrafik Anstalt, [www.ccgrafik.li](http://www.ccgrafik.li)

**Berichte und Interviews** Christina Buchser, Christian Ruch, Monika Lorez-Meuli

**Bilder** Shutterstock, [www.shutterstock.com](http://www.shutterstock.com) / pallitive gr, [www.palliative-gr.ch](http://www.palliative-gr.ch)

**Litho** Kunstbilder scantop AG, [www.scantop.ch](http://www.scantop.ch)

**Druck** Amedes Print & Media AG

«Es ist nicht wenig Zeit,  
die wir haben,  
sondern es ist viel Zeit,  
die wir nicht nützen.»

Lucius Annaeus Seneca



[www.palliative-gr.ch](http://www.palliative-gr.ch)