

In Winterthur betreut das Mobile Palliative Care Team Schwerkranke zuhause

Pflege für die Kranken, Sicherheit für die Angehörigen

Auf die Bedürfnisse unheilbar Kranker und ihrer Angehöriger hat sich das Mobile Palliative Care Team Spitalregion Winterthur spezialisiert. Zumindest vorderhand muss es ohne staatliche Unterstützung auskommen.

Von Barbara Steiner

Heute hat Frau K. einen guten Tag. Im Morgenrock öffnet sie die Tür. Ob er sie wieder plagen komme, fragt sie Pflegefachmann Christoph Schürch mit schelmischem Lachen. Er gibt ihr Chemotherapie-Tabletten und kontrolliert, ob sie die übrigen Medikamente korrekt eingenommen hat. Vor 15 Jahren diagnostizierten die Ärzte bei der heute 62-jährigen einen Gehirntumor. Dass sie noch lebt, sei eigentlich ein medizinisches Wunder, sagt Schürch. Doch die Krankheit fordert ihren Zoll. Letzte Woche erst hat Frau K. einen schweren epileptischen Anfall erlitten. Auch ihr Wesen hat sich verändert. Zuweilen brüskiert sie ihre Mitmenschen, attackiert sie verbal sehr grob. Nach dem letzten Spitalaufenthalt vor zwei Jahren verbrachte sie deshalb eine Weile in einer psychiatrischen Klinik. Jetzt hat sie ihr Leben daheim mehrheitlich im Griff. Fixpunkte sind die Besuche von Christoph Schürch und seinen Kolleginnen des Mobilen Palliative Care Teams (MPCT) für schwerkranke Menschen und ihre Angehörigen der Spitalregion Winterthur.

Zuerst Pilotprojekt, nun selbsttragend

Das MPCT Spitalregion Winterthur hat seine Tätigkeit Anfang 2008 aufgenommen. Träger ist der Verein Palliative Care Winterthur-Andelfingen, eine Regionalgruppe des Palliative Care Netzwerks Zürich/Schaffhausen. Zwei Jahre lang war das Team als Pilotprojekt mit finanzieller Unterstützung des Kantons tätig. Zusammen mit dem Schlussbericht hat das MPCT



Regelmässig als Dozent in Heimen zu Gast: Pflegefachmann und Ausbilder Christoph Schürch.

Foto: bas

Spitalregion Winterthur der Gesundheitsdirektion ein Betriebskonzept für mobile Palliative Care Teams im ganzen Kanton Zürich abgeliefert. Die Direktion hat nach Auskunft von Christoph Franck, Abteilungsleiter Planung und Investitionen, anschliessend Stellungnahmen verschiedener Akutspitäler zum MPCT und zu möglichen Organisationsmodellen eingeholt. Die Unterlagen seien intern noch nicht fertig verar-



Die Kontrolle der Medikamenteneinnahme gehört mit zu den Aufgaben des Palliative-Care-Teams.

Foto: zvg

beitet und verabschiedet worden, so Franck, für Aussagen zur Zukunft mobiler Teams sei es deshalb noch zu früh. Das MPCT Spitalregion Winterthur kommt jetzt mit Entschädigungen der Krankenversicherer für kassenpflichtige Leistungen, Spenden und Zuwendungen über die Runden, Verhandlungen für Leistungsverträge mit Gemeinden sind im Gang. Christoph Schürch, früherer Leiter des Pilotprojekts, bildet nun zusammen mit drei Pflegefachfrauen, zwei Hausärzten, die mehrheitlich im Hintergrund wirken, und einem Pool von Nachtwachen das Team und amtiert vorübergehend auch als Vereinspräsident. Die Pensen der Pflegenden im Dienst des MPCT bewegen sich durchschnittlich je zwischen 5 und 20 Stunden wöchentlich. Insgesamt dürften es 100 bis 120 Stellenprozente sein.

Von ihrem Bett aus sieht Frau L. direkt in den winterlichen Garten. Nach einem Schlaganfall ist sie teilweise gelähmt, zudem leidet sie an einer seltenen Nervenkrankheit. Ihr Mann pflegt die 70-Jährige aufopfernd daheim. Das MPCT kommt jeden Morgen vorbei, um Frau L. aufzunehmen, zu waschen, einzucremen und anzuziehen. Christoph Schürch kündigt ihr jeweils an, was er als Nächstes tun wird. Sie wiederholt die Sätze wieder und wieder und fügt an, sie wolle sich Mühe geben und mithelfen. Nach der Toilette folgt das tägliche Stehtraining. Im Rollstuhl fährt sie Schürch zu einer speziellen Konstruktion mit Bauchgurt. Gemeinsam mit dem Ehemann hebt er Frau L. hoch. Mehrmals erkundigt sie sich, wie lange sie heute stehen soll. 20 Minuten. Ja, sie wolle sich Mühe geben, sagt Frau L., und kündigt an, am Nachmittag werde sie wie immer nach draussen gehen: «Jeder Mensch braucht frische Luft, nicht wahr?» Nach ihrem Schlaganfall hatte Frau L. niemanden mehr erkannt und konnte auch nicht mehr sprechen. Selbst Christoph Schürch rechnete nicht damit, dass sie je wieder würde stehen können. Allerdings unterbrechen immer wieder Rückschläge den

Ein Gespräch am runden Tisch bietet den bestmöglichen Informationsaustausch.

Fortschritt Vor Kurzem brach sich Frau L. bei einem äusserst heftigen epileptischen Anfall beide Oberschenkelknochen. Die Ärzte rieten von der Heimkehr aus dem Spital ab. Herr L. bestand darauf. Er wisse, dass er das MPCT rund um die Uhr erreichen könne, zudem wohne Schürch ganz in der Nähe. Dies gebe ihm die nötige Sicherheit.

Manko bei den Schnittstellen

Manche Kundinnen und Kunden entscheiden sich laut Schürch aus purem Zufall für die Dienstleistungen des MPCT. Andere trafen diese Wahl bewusst, weil sie Wert darauf legten, nur mit wenigen Pflegefachkräften zu tun zu haben. Bei öffentlichen Spitex-Organisationen sei der Kreis involvierter Pfleger meist grösser. Zudem böten nicht alle einen Rund-um-die-Uhr-Service. Ursprünglich strebte das MPCT eine Zusammenarbeit mit Onko Plus an; die Stiftung bietet im ganzen Kanton Zürich Palliative Care zuhause und in Heimen an. Nach Konflikten gehen die beiden

Organisationen getrennte Wege. Als grossen Pluspunkt des MPCT betrachtet Schürch die starke Vernetzung in Winterthur und Umgebung. Die Zusammenarbeit mit Hausärzten und dem Kantonsspital sei sehr eng. Bei Spitalaustritten bemüht sich das MPCT um ein Gespräch am runden Tisch mit den zuständigen Fach- und den Bezugspersonen aus dem persönlichen Umfeld: «Dies gewährleistet den bestmöglichen Informationsaustausch.» In der Koordination zwischen den Leistungserbringern des Kantons wie dem Zentrum für Palliative Care des Kantonsspitals Winterthur, der Stadt, den Gemeinden sowie den Grundversorgern und spezialisierten Institutionen ortet Schürch dennoch Optimierungspotenzial. «Uns gelingt es im Moment nicht, diese selber postulierte Funktion umfassend zu übernehmen. Einerseits haben wir kaum Ressourcen dafür, andererseits ist das Interesse der Be- >>

Kanton Waadt finanziert mobile Palliative Care

Der Kanton Waadt gilt in der Schweiz als einer der beispielhaften Pioniere in der mobilen Palliative-Care-Versorgung. Vier Teams stehen im Einsatz, ein fünftes befasst sich speziell mit der Betreuung von Kindern. Die Teams erbringen ihre Leistungen für Kranke, Angehörige und Pflegefachleute. Das Ziel: Die kranke Person dort begleiten, wo sie zuhause ist oder wo sie sich zur Pflege aufhält.

Das Programm des Kantons Waadt zur Förderung der Palliative Care wurde im Januar 2003 lanciert. Es stützt sich auf ein Dekret, das der Grosse Rat ein halbes Jahr vorher verabschiedet hatte. Das Programm wurde parallel zu den Pflegenetzwerken entwickelt und fügt sich ideal in deren Projekte zur Sicherung der Kontinuität in der Pflege und der engen Zusammenarbeit der Praktiker ein. Das Ziel des Programms liegt im garantierten Zugang der ganzen Bevölkerung zu einer qualitativ hochstehenden Palliative Care.

Die mobilen Teams der Palliativpflege (Equipes mobiles de soins palliatifs EMSP) bilden einen Schwerpunkt im kantonalen Programm. Sie sind den vier regionalen Pflegenetzwerken im Kanton (Zentrum, Ost, West, Nord) angegliedert und werden ganz vom kantonalen Gesundheitsamt finanziert. Das Budget beträgt 1,8 Millionen Franken pro Jahr oder mehr als 2 Millionen Franken, wenn das Team für die Kinder mit einbezogen wird. Zu diesen interdisziplinären Teams gehören im Minimum eine Ärztin oder ein Arzt und eine Pflegefachperson, die beide in Palliative Care ausgebildet sind und

Erfahrung haben. Sie bieten Dienstleistungen in den Bereichen Evaluation, Beratung, Supervision und Zielsetzung an. Die Anfragen aus den Pflegeheimen des Kantons bilden gegen einen Viertel der Einsätze der EMSP. Sie entstammen einem Bedürfnis nach Unterstützung und Beratung bei der Bewältigung komplexer oder krisenartiger palliativer Situationen, bei der Symptombehandlung und bei der Verbesserung des Wissens und der Praxis. «Die EMSP ersetzen aber nicht die Fachleute im direkten Kontakt mit den Patienten», stellt Catherine Hoengen, Programmverantwortliche im Waadtländer Gesundheitsamt, klar. Und sie fügt bei, dass die Teams immer häufiger in den Institutionen Aufgaben in den Bereichen Bildung und Praxisanalyse übernehmen und sich an deren Überlegungen zur Umsetzung der Zielsetzungen der Palliative Care beteiligen. «Die Arbeit in den Pflegeheimen ist der Schwerpunkt in unserem Programm: Hier entsteht ein wichtiger Mehrwert.»

Das kantonale Programm zur Förderung der Palliativpflege wurde ursprünglich auf vier Jahre angelegt, dann aber für eine zweite Periode bis 2012 verlängert. «Im nächsten Jahr werden wir Bilanz ziehen, um zu sehen, wie es weitergehen soll. Es geht nicht um eine höhere Dotierung der EMSP, aber auch nicht darum, ihre Tätigkeit grundsätzlich in Frage zu stellen. Es geht vielmehr um das Wie bei der zukünftigen Arbeit. Es steht viel auf dem Spiel», sagt Catherine Hoengen. (amn)

teiligten eher gering.» Und: Allein schon die Finanzierung des MPCTs sei eine grosse Herausforderung. Für die Schnittstellenarbeit dürfte es noch schwieriger sein, Mittel aufzutreiben. Gefordert sind hier laut dem ehemaligen SP-Kantonsrat Schürch vor allem die Politiker: «Es kann ja nicht sein, dass alle Beteiligten Palliative Care zuhause gut – und günstig – finden, die öffentliche Hand aber nicht bereit ist, die Dienstleistungen mitzutragen.» Christoph Franck verweist auf das kantonale Konzept Palliative Care mit seinen verschiedenen Teilprojekten. Nebst der Definition von Kompetenzzentren und Aktivitäten in der Aus- und Weiterbildung umfassten die Arbeiten auch die Entwicklung von Schnittstellen-Tools wie Protokoll-Vorlagen: «Sie sollen einen Beitrag dazu leisten, dass aus den Schnittstellen Nahtstellen werden.»

Gleich drei Tageszeitungen liegen vor Herrn B. auf dem Tisch. Es interessiere ihn halt, was auf der Welt passiere, und Zeit zum Lesen habe er ja genug – speziell heute, wo er des Schnees wegen leider keinen Ausflug mit dem Elektrorollstuhl machen könne. Herr B. hat Prostatakrebs. Metastasen auf der Wirbelsäule schränken seine Bewegungsfreiheit massiv ein, gehen kann er nicht mehr. Aus dem Rollstuhl hievt er sich aufs Pflegebett in der Wohnstube – die Anstrengung steht ihm ins Gesicht geschrieben. Christoph Schürch überprüft den Katheder, der gemäss Beobachtung der Ehefrau am Tag

zuvor etwas verstopft schien. Schürch gibt Entwarnung – der Katheder ist in Ordnung und muss noch nicht ersetzt werden. Schürch klebt Herrn B. neue Morphiumpflaster auf. Die Schmerzen erfordern eine hohe Dosis. Nach den Turnübungen füllt Schürch das Tagesprotokoll aus. Es basiert auf dem «Edmonton Symptom Assessment System», ist detaillierter als ein herkömmliches Pflegeprotokoll und gibt auch Auskunft über subjektive Symptome wie Erschöpfung, Übelkeit, Depression, Besorgnis, Schläfrigkeit, Appetitlosigkeit und Atemnot. Die Hochs und Tiefs der einzelnen Symptome verlaufen beim 75-jährigen Herrn B. mehr oder weniger parallel. Im vergangenen Januar ging es Herrn B. nach einer Chemotherapie so schlecht, dass er ins Spital musste. Seine Tage schienen gezählt. Doch er erholte sich wieder, und seine Frau entschied sich nach einigem Zögern, ihn daheim weiterzupflegen, das MPCT aber stärker als vorher in die Betreuung einzubinden. Die Alternative wäre ein Pflegeheim gewesen.

Das Team könnte mit seinem spezialisierten Wissen auch Mitarbeitenden von Heimen unterstützend zur Seite stehen.

zuvor etwas verstopft schien. Schürch gibt Entwarnung – der Katheder ist in Ordnung und muss noch nicht ersetzt werden. Schürch klebt Herrn B. neue Morphiumpflaster auf. Die Schmerzen erfordern eine hohe Dosis. Nach den Turnübungen füllt Schürch das Tagesprotokoll aus. Es basiert auf dem «Edmonton Symptom Assessment System», ist detaillierter als ein herkömmliches Pflegeprotokoll und gibt auch Auskunft über subjektive Symptome wie Erschöpfung, Übelkeit, Depression, Besorgnis, Schläfrigkeit, Appetitlosigkeit und Atemnot. Die Hochs und Tiefs der einzelnen Symptome verlaufen beim 75-jährigen Herrn B. mehr oder weniger parallel. Im vergangenen Januar ging es Herrn B. nach einer Chemotherapie so schlecht, dass er ins Spital musste. Seine Tage schienen gezählt. Doch er erholte sich wieder, und seine Frau entschied sich nach einigem Zögern, ihn daheim weiterzupflegen, das MPCT aber stärker als vorher in die Betreuung einzubinden. Die Alternative wäre ein Pflegeheim gewesen.

Weiterbildung in Heimen

Auch in Pflegeinstitutionen könnte das MPCT theoretisch als Unterstützung des Heimpersonals zum Einsatz gelangen, wenn die Betroffenen, ihre Angehörigen oder die Einrichtung selber dies wünschten. Bisher sei das Team aber noch nie in ein Heim aufgeboden worden, sagt Schürch. Das Interesse an der Dienstleistung sei zwar vorhanden; komplexe Palliative-Care-Situationen stellten für die Mitarbeitenden von Heimen,



Für Aufgaben wie das Stecken von Infusionen sind die Angehörigen auf Fachpersonen angewiesen.

Foto: Robert Hansen

die im Alltag mit beschränkten Ressourcen ohnehin schon viel zu bewältigen hätten, zuweilen eine sehr grosse Herausforderung dar. Das MPCT könnte ihnen mit seinem spezialisierten Wissen zur Seite stehen. Das Problem sei auch hier die Finanzierung: Im stationären Setting kommen die Krankenkversicherer nicht für die Leistungen des Teams auf. Somit müssten die Heime oder die Betroffenen die Kosten übernehmen. Regelmässig in Heimen zu Gast ist Schürch, Ausbilder mit Fachausweis, indes als Dozent in internen Weiterbildungsveranstaltungen zu Palliative Care: «Das Bewusstsein für die Bedeutung von Palliative Care nimmt zu.»

Frau M. ringt um die Fassung. Soeben hat sie von Christoph Schürch erfahren, dass ihr Mann im Sterben liegt. Dass er krank ist, weiss der noch nicht 55-jährige Familienvater seit rund einem Jahr. Die Hoffnung, den Krebs besiegen zu können, liess das Ehepaar vor allem auch bei Alternativtherapeuten Hilfe suchen. Diverse schulmedizinische Massnahmen lehnte es aus religiösen Gründen ab. Mittlerweile hat der Krebs im ganzen Körper Ableger gebildet. Das Paar bot den MPCT in den letzten Monaten nur sporadisch auf, in den letzten Tagen forderte es intensivere Betreuung an. Schürch hat ein Pflegebett bestellt. Im Vordergrund stehen nun Schmerzlinderung und Abschiednehmen. Schürch weist Frau M. darauf hin, dass die Flüssigkeitszufuhr mittels Infusion den Sterbeprozess eher verlängert. Er bietet ihr an, Nachtwachen zu organisieren.

Palliative Care bietet den Angehörigen eine Chance, den Trauerprozess frühzeitig einzuleiten.

Frau M. weint. Für Schürch ist offen, ob Herr M. daheim sterben wird. Die Phase kurz vor dem Tod belastet die Angehörigen oft so stark, dass sie erwägen, den sterbenden Menschen entgegen der ursprünglichen Absicht in ein Spital zu bringen. Mit Unterstützung des MPCTs wagen es viele dann doch zuhause.

Die Hälfte stirbt daheim

Von den rund 60 Patientinnen und Patienten, die das MPCT in diesem Jahr betreut hat, ist laut Schürch zirka die Hälfte da-

heim gestorben. Der Durchschnitt liege in der Schweiz bei 20 Prozent. Für Schürch und seine Mitarbeiterinnen gehört der Tod zum Alltag. Als Belastung empfinde er dies nicht, sagt Schürch. Als zweites berufliches Standbein bietet er Dienstleistungen rund um die Bestattung an. Gefragt sei hier nicht in erster Linie organisatorische Unterstützung, sondern Abdankungs- und Trauerreden. Immer

mehr Menschen wünschten sich einen pietätvollen Abschied ohne kirchlichen Vertreter. Für Angehörige, welche in Palliative-Care-Situationen zuhause begleitet und in den Sterbeprozess einbezogen werden, sei die palliative Haltung eine Chance, den Trauerprozess frühzeitig und nachhaltig einzuleiten, fügt Schürch an. Er erwähnt nochmals Frau M.: «Heute, 14 Tage nach dem beschriebenen Besuch, ist sie bereits viel gefasster und gelassener und kann das Unvermeidliche annehmen.» ●