

Palliative Care und Psychische Erkrankungen

Versorgungsbericht

20. Juni 2014

zuhanden des Bundesamts für Gesundheit

Impressum

Empfohlene Zitierweise

Autor: Ecoplan
Titel: Palliative Care und Psychische Erkrankungen
Auftraggeber: Bundesamt für Gesundheit
Ort: Bern
Jahr: 2014

Begleitgruppe

Lea von Wartburg, Projektleiterin Nationale Strategie Palliative Care, BAG
Margreet Duetz Schmucki, Leiterin Sektion Nationale Gesundheitspolitik, BAG
Elvira Keller, Dossierverantwortliche Psychische Gesundheit, BAG
Regula Rička, Wissenschaftliche Mitarbeiterin Sektion Nationale Gesundheitspolitik, BAG
Esther Walter, Wissenschaftliche Mitarbeiterin Strategie Palliative Care, BAG

Projektteam Ecoplan

Eliane Kraft (Projektleitung)
Annick Baeriswyl
Marcel Buffat

Der Bericht gibt die Auffassung der Autoren wieder, die nicht notwendigerweise mit derjenigen des Auftraggebers oder der Begleitorgane übereinstimmen muss.

Ecoplan AG

Forschung und Beratung
in Wirtschaft und Politik

www.ecoplan.ch

Monbijoustrasse 14
CH - 3011 Bern
Tel +41 31 356 61 61
bern@ecoplan.ch

Schützengasse 1
Postfach
CH - 6460 Altdorf
Tel +41 41 870 90 60
altdorf@ecoplan.ch

Inhaltsübersicht

	Zusammenfassung	2
	Résumé.....	6
	Inhaltsverzeichnis	10
1	Einleitung	12
2	Patientengruppe 1: Patientinnen und Patienten mit einer schwerwiegenden psychischen Krankheit	14
3	Patientengruppe 2: Psychisch kranke Patientinnen und Patienten, die aufgrund von kurativ nicht behandelbaren somatischen Erkrankungen Palliative Care benötigen.....	30
4	Patientengruppe 3: Somatisch schwer erkrankte Patientinnen und Patienten in einer Palliative-Care-Situation mit psychischen Symptomen.....	38
5	Literaturverzeichnis	45
6	Anhang A: Gesprächspartner.....	47
7	Anhang B: Leitfaden für Experteninterviews.....	48
8	Anhang C: Befragung Psychiatrische Kliniken	52
9	Anhang D: Befragung Palliative Care Einrichtungen	57

Zusammenfassung

„Palliative Care umfasst die Betreuung und die Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten“ – so lautet die Definition in der „Nationalen Strategie Palliative Care“ von Bund und Kantonen. Dies kann auch chronisch psychisch kranke Menschen betreffen.

Um die Wissenslücke betreffend Palliative Care und psychischen Erkrankungen zu verkleinern und Informationen zur Versorgungssituation in der Schweiz darzulegen, hat das Bundesamt für Gesundheit EcoPlan mit der Durchführung von Experteninterviews sowie zwei Online-Befragungen bei psychiatrischen Kliniken und spezialisierten Palliative Care Einrichtungen in der gesamten Schweiz beauftragt. Der vorliegende Bericht fasst die Ergebnisse für die drei relevanten Zielgruppen des Mandats zusammen.

Patientengruppe 1: Patientinnen und Patienten, die sich aufgrund einer schwerwiegenden psychischen Krankheit in einer palliativen Situation befinden

Gemäss der Richtlinie Palliative Care der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW handelt es sich hierbei insbesondere um Patientinnen und Patienten mit

- therapierefraktären Depressionen mit wiederholtem Suizidwunsch
- Schizophrenien mit aus Sicht der Betroffenen ungenügender Lebensqualität
- schweren Anorexien
- Abhängigkeit von Suchtstoffen

a) Versorgungssituation

Die Versorgungssituation dieser Patientinnen und Patienten ist nach Krankheitsbild unterschiedlich: Gemäss Aussagen der befragten Expertinnen und Experten ist die Behandlungsrate bei Personen mit therapierefraktären Depressionen und Schizophrenien – aufgrund der damit häufig verbundenen Verhaltensauffälligkeiten sowie dem Risiko für Selbst- und Fremdgefährdung – klar höher als bei Anorexie-Patientinnen und -Patienten und bei Personen mit einer Suchtmittelabhängigkeit, die häufig keine Behandlung wünschen, keine Krankheitseinsicht haben bzw. deren Sucht (auch von Angehörigen) tabuisiert wird.

Schwer psychisch kranke Patientinnen und Patienten werden heute eher selten langfristig in der stationären Akutpsychiatrie betreut. Ein Grossteil der psychiatrischen Kliniken gibt an, dass diese Patientengruppe häufig in psychiatrischen Ambulatorien und Tageskliniken oder in spezialisierten Pflegeheimen und Angeboten für betreutes Wohnen versorgt würde. In spezialisierten Palliative Care Einrichtungen werden Patientinnen und Patienten mit therapierefraktären Depressionen oder Schizophrenien gemäss Angaben dieser Institutionen – mit wenigen Ausnahmen – nur in Einzelfällen behandelt.

b) Bedeutung der Palliative Care in Behandlung und Betreuung

Die Prinzipien der Palliative Care (Interprofessionalität, Multidimensionalität, Einbezug von nahestehenden Bezugspersonen u.a.) wie sie in der Nationalen Strategie formuliert sind, finden auch bei der Behandlung von chronisch psychisch kranken Patientinnen und Patienten Anwendung. Es wird aber i.d.R. nicht von Palliative Care gesprochen, da dieser Begriff mit dem Tod und der Sterbebegleitung in Verbindung gebracht wird und es in der Psychiatrie kaum objektive Befunde gibt, die zu einem natürlichen Tod führen. Unter den interviewten Expertinnen und Experten ist umstritten, ob der Begriff Palliative Care in der Psychiatrie verwendet werden soll resp. darf.

Bei anorektischen Patientinnen und Patienten, deren Krankheit mit schweren körperlichen Schäden einhergeht und daher somatisch zum Tod führen kann, findet das Konzept der Palliative Care in der Praxis selten Anwendung, da viele eine Behandlung verweigern.

In der Behandlung der Abhängigkeit von Suchtstoffen werden die Prinzipien der Palliative Care ebenfalls sinngemäss angewendet: Der Fokus der Therapie liegt nicht nur auf der Suchtmittelentwöhnung, sondern orientiert sich am Menschen in seiner Ganzheit.

c) Interprofessionalität und Kontinuität in der Behandlung

Bei der Versorgung von depressiven resp. schizophrenen Patientinnen und Patienten sind gemäss den befragten Expertinnen und Experten oft interprofessionelle Teams beteiligt. Die somatische Versorgung könnte jedoch verbessert werden, wenn häufiger Internisten in das Behandlungsteam integriert wären statt nur konsiliarisch beigezogen zu werden. Die Intensität der Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen ist bei allen Patientengruppen auch abhängig von den vorhandenen Ressourcen.

An der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung findet heute zwar häufig ein Austausch bzw. eine geregelte Übergabe zwischen den involvierten Fachpersonen statt. Eine Weiterbetreuung durch den/die bisher zuständige/n Psychiater/in gibt es hingegen selten.

d) Wahrung der Patientenrechte

Die richtige Balance zu finden zwischen der Wahrung der (durch die Psychopathologie oder eine Suchtmittelabhängigkeit eingeschränkten) Patientenautonomie auf der einen Seite und der Behandlungsverpflichtung auf der anderen Seite, ist laut Interviews eine Herausforderung für die behandelnden Personen. Guidelines könnten allenfalls aufzeigen, welche Partner miteinbezogen werden sollen, wenn es darum geht, den mutmasslichen Willen einer Patientin/eines Patienten zu ermitteln.

Das neue Erwachsenenschutzrecht werten die befragten Experten positiv: Die Vorgaben seien heute klarer und professioneller sowie gesamtschweizerisch einheitlicher.

Patientengruppe 2: Psychisch kranke Patientinnen und Patienten, die sich aufgrund von kurativ nicht behandelbaren somatischen Erkrankungen in einer palliativen Situation befinden

a) Versorgungssituation

Menschen mit einer psychiatrischen Vorgeschichte bzw. einer psychischen Störung, die aufgrund von kurativ nicht behandelbaren somatischen Erkrankungen Palliative Care benötigen, werden vorwiegend in Pflegeheimen oder – wenn aufgrund der fortgeschrittenen somatischen Erkrankung der Einsatz von starken Schmerzmitteln erforderlich ist – in spezialisierten Palliative Care Einrichtungen betreut. Patientinnen und Patienten, die zu Hause leben, werden durch Hausärzte, spezialisierte Spitex-Dienste (Psychiatrie/Palliative Care) und/oder niedergelassene Psychiater versorgt. Bei Komplikationen kann es zu einem Aufenthalt im Akutspital kommen. In psychiatrischen Kliniken werden diese Patientinnen und Patienten nur in Ausnahmefällen bis zum Lebensende versorgt. Wenn die somatische Erkrankung im Vordergrund steht, erfolgt in der Regel eine Verlegung.

Bei der Versorgung dieser Patientengruppe in Pflegeheimen und psychiatrischen Kliniken orten die befragten Expertinnen und Experten Defizite. Die beste Behandlung würde psychisch kranken Menschen mit kurativ nicht behandelbaren somatischen Erkrankungen in spezialisierten Palliative Care Einrichtungen zuteil, da dort das Personal die Strukturen und Abläufe der Palliative Care kenne und über spezifische Kompetenzen verfüge.

b) Besondere Erfordernisse für die palliative Behandlung und Betreuung dieser Patientengruppe

Palliative-Care-Fachpersonen, die psychisch kranke Menschen betreuen und behandeln, sollten nach Aussage der interviewten Expertinnen und Experten über ein Grundwissen zu den psychiatrischen Hauptdiagnosen, zu den Behandlungsmöglichkeiten psychischer Krankheiten und zur Psychopharmakologie verfügen und sich bewusst sein, dass viel Zeit in Gespräche und Beobachtungen investiert und der Kommunikation besondere Beachtung geschenkt werden müsse.

Im Weiteren wird empfohlen, dass im Hinblick auf mögliche Krisen vorgängig interprofessionelle Gefässe gebildet und die Zuständigkeiten geregelt werden, um im Ernstfall schnell und kompetent reagieren und Notfalleintritte ins Akutspital vermeiden zu können.

c) Interprofessionalität und Kontinuität in der Behandlung

In spezialisierten Palliative Care Einrichtungen wird die interprofessionelle Zusammenarbeit als gut beurteilt. Weniger gut scheint dies in den Pflegeheimen zu funktionieren, in denen aufgrund der zunehmenden Verknappung der Ressourcen die Zeit für Koordination fehlt und gerontopsychiatrische Konsiliardienste zu wenig beigezogen werden. Kritisch wird auch die interprofessionelle Zusammenarbeit in der ambulanten Versorgung eingeschätzt, wo das Gelingen eines Behandlungsnetzes häufig vom zuständigen Hausarzt abhängt.

Die Kontinuität der psychiatrischen Behandlung kann beim Wechsel zwischen Versorgungssettings häufig nicht gewährleistet werden. Bei einer Verlegung von einer psychiatrischen Klinik in ein somatisches Akutspital, auf eine spezialisierte Palliativstation, in ein Pflegeheim oder beim Austritt nach Hause werden die Patientinnen und Patienten nur in seltenen Fällen durch den zuständigen Psychiater der Klinik weiterbetreut.

Patientengruppe 3: Somatisch schwer erkrankte Patientinnen und Patienten in einer Palliative-Care-Situation mit psychischen Symptomen

a) Versorgungssituation

Die frühzeitige Erkennung psychischer Symptome, die bei schwer kranken Menschen am Lebensende häufig sind, ist eine Herausforderung und funktioniert gemäss den befragten Expertinnen und Experten nicht in allen Settings gleich gut:

- Auf einer **spezialisierten Palliativstation** ist das Personal sowohl für die somatische als auch die psychiatrische Seite sensibilisiert, daher werden psychische Symptome meist gut erkannt und adäquat behandelt.
- In der **allgemeinen Palliative Care Versorgung** (Pflegeheime, Spitex, Akutspital) besteht die Gefahr, dass psychische Symptome als Folge der körperlichen Erkrankung gesehen und deshalb bagatellisiert werden. Anspruchsvoll ist auch die Unterscheidung von medikamentösen Nebenwirkungen und psychischen Symptomen.

b) Indikationskriterien für den Beizug von Psychiatern / Psychotherapeuten

Die in den verschiedenen Befragungen gesammelten und in diesem Bericht enthaltenen Hinweise auf Indikationskriterien wurden in der Zwischenzeit im Rahmen eines Expertenworkshops zu „Empfehlungen zum Beizug von Fachpersonen aus dem Bereich der Psychiatrie / Psychotherapie in der allgemeinen Palliative Care“ weiterentwickelt. Diese Publikation kann ab Herbst 2014 beim Bundesamt für Gesundheit bezogen werden (www.bag.admin.ch/palliativecare).

Résumé

« Les soins palliatifs englobent le soutien et les traitements médicaux apportés aux personnes souffrant de maladies incurables, potentiellement mortelles et/ou chroniques évolutives ». Telle est la définition figurant dans la « Stratégie nationale en matière de soins palliatifs » commune à la Confédération et aux cantons. Elle peut également s'appliquer aux personnes atteintes d'une maladie psychique chronique.

Afin de combler les connaissances lacunaires concernant les soins palliatifs liés aux malades psychiques et d'informer sur la situation en Suisse, l'Office fédéral de la santé publique a chargé EcoPLAN de réaliser des entretiens auprès d'experts et d'effectuer deux enquêtes en ligne à l'échelle nationale dans des cliniques psychiatriques et des établissements spécialisés dans les soins palliatifs. Le présent rapport regroupe les résultats relatifs aux trois groupes ciblés dans le mandat.

Groupe 1 : Patients requérant des soins palliatifs en raison d'une maladie psychique grave

Selon les directives de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) relatives aux soins palliatifs, il s'agit notamment de patients souffrant :

- de dépressions réfractaires avec tentatives de suicide répétées,
- de schizophrénies entraînant une qualité de vie ressentie comme insuffisante par le patient,
- d'anorexies sévères,
- de toxicodépendance.

c) Les soins

La situation varie selon la pathologie : d'après les experts interrogés, il est clair que les personnes atteintes de dépression réfractaire ou de schizophrénie sont proportionnellement plus nombreuses à bénéficier d'un traitement (en raison des troubles du comportement ou du risque pour elles-mêmes et pour autrui qui accompagnent souvent ces maladies) que les patients toxicodépendants ou ceux souffrant d'anorexie. En effet, généralement, ces derniers ne souhaitent pas être traités, n'ont pas de vécu subjectif de la maladie ou leur dépendance est un sujet tabou (pour eux et pour leurs proches).

Actuellement, il est plutôt rare que des personnes affectées par une maladie psychique grave soient traitées, à long terme, dans des établissements de soins psychiatriques aigus. Une grande part des cliniques psychiatriques indiquent que ces groupes de patients bénéficient souvent de soins psychiatriques ambulatoires et en cliniques de jour, ou sont admis dans des EMS spécialisés ou dans des logements avec assistance. Selon ces institutions, les patients atteints de dépression réfractaire ou de schizophrénie ne sont pas traités dans des établissements de soins palliatifs, sauf cas particuliers (à de rares exceptions près).

d) Les soins palliatifs dans le traitement et l'encadrement

Les principes des soins palliatifs tels qu'ils figurent dans la stratégie nationale (interprofessionnalité, multidimensionnalité, implication des proches, entre autres) s'appliquent également au traitement des patients atteints de maladies mentales chroniques. Cependant, on ne parle généralement pas de soins palliatifs dans ce contexte, ce terme étant associé à la mort et à l'accompagnement en fin de vie, alors qu'en psychiatrie, les résultats d'examens laissant craindre une mort naturelle sont rares. Dès lors, doit-on (peut-on) parler de soins palliatifs en psychiatrie ? Les avis des experts divergent.

En pratique, le concept de soins palliatifs n'a pas sa place dans le traitement des personnes anorexiques bien que cette maladie s'accompagne de dommages corporels graves pouvant entraîner la mort par somatisation car, souvent, ces patients refusent d'être traités.

En revanche, les principes des soins palliatifs s'appliquent par analogie à la toxicodépendance, la thérapie ne mettant pas seulement l'accent sur le sevrage mais prenant en compte la personne dans sa globalité.

e) Interprofessionnalité et continuité dans le traitement

Selon les experts interrogés, des équipes pluridisciplinaires sont souvent parties prenantes dans les soins aux patients dépressifs ou schizophrènes. Cependant, le traitement des troubles somatiques pourrait être amélioré si des internes étaient plus souvent intégrés aux équipes soignantes au lieu d'être uniquement consultés pour des conseils. Le degré de collaboration entre les diverses professions dépend également, pour tous les groupes de patients, des ressources disponibles.

Aujourd'hui, un échange ou une transmission réglementée entre les diverses professions a souvent lieu à la jonction des traitements ambulatoire et résidentiel. Cependant, il est rare que le patient continue d'être suivi par le(s) psychiatre(s) qui en étai(en)t jusqu'alors responsable(s).

f) Respecter les droits du patient

Au vu des entretiens effectués, trouver le juste équilibre entre le respect de l'autonomie du patient d'une part (réduite par une psychopathologie ou une pharmacodépendance), et l'obligation de traiter cette personne d'autre part, représente un défi pour les soignants. Des lignes directrices pourraient peut-être définir les partenaires à impliquer lorsqu'il s'agit de déterminer la volonté présumée d'un patient.

Les experts interrogés estiment que le nouveau droit de la protection de l'adulte est positif : les mesures prévues sont plus claires, plus professionnelles et mieux uniformisées au niveau national.

Groupe 2 : Malades psychiques souffrant de maladies somatiques pour lesquelles aucun traitement curatif n'est possible

a) Les soins

Les patients ayant des antécédents psychiatriques ou des troubles psychiques nécessitant des soins palliatifs en raison du caractère incurable de leur maladie somatique sont généralement traités dans des établissements médico-sociaux (EMS) ou dans des établissements spécialisés en soins palliatifs (si l'évolution de la maladie impose la prise d'anti-douleurs puissants). Les personnes demeurant à leur domicile sont suivies par un médecin de famille, un service d'aide et de soins à domicile (spécialisé en psychiatrie ou en soins palliatifs) et/ou un psychiatre établi. En cas de complications, un séjour dans un hôpital de soins aigus peut être envisagé. Normalement, ces patients ne restent pas en cliniques psychiatriques jusqu'à la fin de leur vie, sauf cas exceptionnels. Lorsque le malade souffre essentiellement d'une pathologie somatique, il est généralement transféré.

Les experts interviewés relèvent des lacunes dans l'accompagnement de ce groupe de patients dans les EMS et les cliniques psychiatriques. Les établissements de soins palliatifs spécialisés proposeraient les traitements les mieux adaptés à ces malades, le personnel connaissant les structures et les procédures relatives aux soins palliatifs et disposant de compétences spécifiques.

b) Exigences concernant le traitement et l'encadrement de ce groupe de patients

Selon les experts, les professionnels en soins palliatifs chargés de traiter et d'encadrer des personnes souffrant de troubles psychiques devraient posséder des connaissances de base relatives aux principaux diagnostics psychiatriques, aux possibilités de traitement des maladies psychiques et à la psychopharmacologie. En outre, ces professionnels devraient savoir qu'il est nécessaire, dans ce domaine, de consacrer beaucoup de temps au patient lors d'entretiens et d'observations, et d'accorder une attention particulière à la communication.

Il est également recommandé de se préparer à d'éventuelles crises en créant des canaux interprofessionnels et en définissant les responsabilités au préalable afin de réagir vite et efficacement lorsqu'un cas grave se présente et d'éviter ainsi un transfert en urgence dans un hôpital de soins aigus.

c) Interprofessionnalité et continuité des soins

On considère que la coopération interprofessionnelle est bonne dans les établissements de soins palliatifs spécialisés. Il en va différemment des EMS, où le temps consacré à la coordination est insuffisant et où les services de consultation en gérontopsychiatrie sont trop rarement consultés en raison de coupes budgétaires de plus en plus fortes. La collaboration interprofessionnelle est également jugée critique dans le domaine des soins ambulatoires où l'efficacité du réseau thérapeutique dépendrait souvent du médecin traitant.

La continuité du traitement psychiatrique est souvent compromise lorsque le cadre dans lequel sont prodigués les soins change : quand le patient est transféré d'une clinique psychiatrique dans un hôpital de soins aigus spécialisé dans les pathologies somatiques, dans une unité de soins palliatifs, dans un EMS ou lorsqu'il regagne son domicile, il est rarement suivi par le psychiatre qu'il consultait à la clinique.

Groupe 3 : Personnes gravement atteintes par une maladie somatique dont l'état nécessite des soins palliatifs et qui présentent des symptômes psychiques

a) Les soins

Selon les experts, identifier suffisamment tôt les symptômes psychiques, fréquents chez les personnes gravement malades en fin de vie, est un défi plus ou moins difficile à relever, en fonction des structures :

- Dans une **unité de soins palliatifs spécialisée**, le personnel est sensibilisé aux troubles tant somatiques que psychiatriques ; les symptômes psychiques sont donc généralement bien identifiés et traités de manière appropriée.
- Dans les **services de soins palliatifs non spécialisés** (EMS, services spécialisés d'aide et de soins à domicile et hôpitaux de soins aigus), le risque est de minimiser les symptômes psychiques en considérant qu'ils découlent de la pathologie physique. Par ailleurs, il est délicat de distinguer les symptômes psychiques des effets secondaires provoqués par les médicaments.

b) Critères d'indication pour recourir à des psychiatres ou des psychothérapeutes

Les informations relatives aux critères d'indication recueillies lors des diverses enquêtes et présentées dans le présent rapport ont, dans l'intervalle, été approfondies lors d'un atelier d'experts ayant pour thème les recommandations concernant le recours à des professionnels en psychiatrie et psychologie dans le domaine des soins palliatifs non spécialisés. Cette publication pourra être commandée auprès de l'Office fédéral de la santé publique à partir de cet automne (www.bag.admin.ch/palliativecare).

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	2
Résumé.....	6
Inhaltsverzeichnis	10
1 Einleitung	12
1.2 Ausgangslage und Ziel.....	12
1.3 Methodisches Vorgehen.....	13
2 Patientengruppe 1: Patientinnen und Patienten mit einer schwerwiegenden psychischen Krankheit	14
2.1 Wie viele dieser Patientinnen und Patienten befinden sich in regelmässiger Behandlung?.....	14
2.2 Wo und durch welche Fachpersonen werden diese Patientinnen und Patienten heute behandelt bzw. betreut?	15
2.2.1 Therapierefraktäre Depressionen und Schizophrenien.....	15
2.2.2 Schwere Anorexien	18
2.2.3 Abhängigkeit von Suchtstoffen	19
2.3 Welche Bedeutung hat die Palliative Care bei der Betreuung und Behandlung dieser Patientengruppe?.....	20
2.3.1 Palliative Care und die Anwendung palliativer Prinzipien in der Psychiatrie.....	20
2.3.2 Therapierefraktäre Depressionen und Schizophrenien.....	22
2.3.3 Schwere Anorexien	23
2.3.4 Abhängigkeit von Suchtstoffen	23
2.4 Wie ausgeprägt ist die interprofessionelle Zusammenarbeit bei der Behandlung dieser Patientengruppe? Wie gut funktioniert der Informationsaustausch?	24
2.4.1 Therapierefraktäre Depressionen und Schizophrenien.....	24
2.4.2 Schwere Anorexien	24
2.4.3 Abhängigkeit von Suchtstoffen	24
2.5 Ist die Kontinuität der psychiatrischen Betreuung und Behandlung auch beim Übergang von der ambulanten zur stationären Behandlung (oder umgekehrt) sichergestellt?.....	25
2.6 Welche Herausforderungen gibt es bei dieser Patientengruppe im Umgang mit dem Patientenwillen?	27
2.7 Was hat sich mit dem neuen Erwachsenenschutzrecht verändert? Wie verbreitet sind Patientenverfügungen bei diesen Patienten?.....	29
3 Patientengruppe 2: Psychisch kranke Patientinnen und Patienten, die aufgrund von kurativ nicht behandelbaren somatischen Erkrankungen Palliative Care benötigen.....	30
3.1 Wo und durch welche Fachpersonen werden diese Patientinnen und Patienten heute in der Regel behandelt und betreut?.....	30
3.1.1 Psychiatrische Kliniken.....	30

3.1.2	Alters- und Pflegeheime sowie spezialisierte Palliative Care Einrichtungen.....	32
3.1.3	Akutspital.....	33
3.1.4	Ambulante Versorgung.....	33
3.2	Ist die psychiatrische Betreuung und Behandlung dieser Patientengruppe in den verschiedenen Settings adäquat?.....	33
3.3	Ist die Kontinuität der psychiatrischen Betreuung und Behandlung auch beim Wechsel zwischen unterschiedlichen Versorgungssettings sichergestellt?.....	34
3.4	Welche Herausforderungen stellen sich bei der palliativen Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten mit einer psychischen Krankheit in Bezug auf die somatische Versorgung?	35
3.5	Welche Herausforderungen gibt es in der Praxis im Umgang mit dem Selbstbestimmungsrecht dieser Patientinnen und Patienten?	35
3.6	Wie ausgeprägt ist die interprofessionelle Zusammenarbeit bei der Behandlung dieser Patientengruppe? Wie gut funktioniert der Informationsaustausch zwischen den verschiedenen involvierten Berufsgruppen?.....	36
3.7	Welche Kenntnisse brauchen Palliative-Care-Fachpersonen über psychische Erkrankungen? Welche Kompetenzen benötigen sie zum angemessenen Umgang mit Patientinnen und Patienten mit einer psychiatrischen Vorgeschichte?.....	37
4	Patientengruppe 3: Somatisch schwer erkrankte Patientinnen und Patienten in einer Palliative-Care-Situation mit psychischen Symptomen.....	38
4.1	Wo und durch welche Fachpersonen werden diese Patientinnen und Patienten heute in der Regel behandelt und betreut?.....	38
4.1.1	Stationäre Angebote	38
4.1.2	Ambulante Angebote.....	39
4.2	Werden psychische Symptome oder Störungen in diesen Betreuungs- und Behandlungssettings zuverlässig erkannt und adäquat behandelt? In welchen Settings funktioniert dies besser, in welchen weniger?.....	39
4.3	Welche Kenntnisse brauchen Palliative-Care-Fachpersonen über die Erkennung und Behandlung von psychischen Störungen?	42
4.4	Wie funktioniert die interprofessionelle Zusammenarbeit mit der Psychiatrie? Wie verbreitet sind psychiatrische Konsiliardienste?.....	42
4.5	Lassen sich Indikationskriterien definieren, wann psychiatrische Fachpersonen beizuziehen sind?	43
5	Literaturverzeichnis	45
6	Anhang A: Gesprächspartner.....	47
7	Anhang B: Leitfaden für Experteninterviews.....	48
8	Anhang C: Befragung Psychiatrische Kliniken	52
9	Anhang D: Befragung Palliative Care Einrichtungen	57

1 Einleitung

1.2 Ausgangslage und Ziel

Seit 2010 liegt eine „Nationale Strategie Palliative Care“ von Bund und Kantonen vor. Im Oktober 2012 wurde die Strategie um weitere drei Jahre bis 2015 verlängert um das erarbeitete Fundament weiter ausbauen zu können.

In der Strategie wird Palliative Care folgendermassen definiert:¹ „Palliative Care umfasst die Betreuung und die Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten.“ Dies kann auch chronisch psychisch kranke Menschen betreffen. Wie aus bestehenden Grundlagen² und Informationsplattformen³ hervorgeht, hat man sich bisher aber in erster Linie mit somatischen Erkrankungen befasst. Das Ziel des vorliegenden Berichts ist es, die Wissenslücke betreffend Palliative Care und psychischen Erkrankungen zu verkleinern und Informationen zur Versorgungssituation in der Schweiz darzulegen. Es werden dabei Aussagen zu folgenden drei Patientengruppen gemacht:

- **Patientengruppe 1:** Patientinnen und Patienten, die sich aufgrund einer schwerwiegenden psychischen Krankheit in einer palliativen Situation befinden. Gemäss der Richtlinie Palliative Care der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW handelt es sich hierbei insbesondere um Patientinnen und Patienten mit⁴
 - therapierefraktären Depressionen mit wiederholtem Suizidwunsch⁵
 - Schizophrenien mit aus Sicht der Betroffenen ungenügender Lebensqualität
 - schweren Anorexien
 - Abhängigkeit von Suchtstoffen
- **Patientengruppe 2:** Menschen mit einer psychiatrischen Vorgeschichte bzw. einer psychischen Störung, die sich aufgrund von kurativ nicht behandelbaren somatischen Erkrankungen in einer palliativen Situation befinden
- **Patientengruppe 3:** Somatisch schwer kranke Menschen am Lebensende, die aufgrund ihrer palliativen Situation psychische Symptome entwickeln

¹ BAG/GDK (2012), Nationale Strategie Palliative Care 2013–2015, S. 6.

² z.B. BAG/palliative ch/GDK (2012), Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz.

³ z.B. www.palliative.ch

⁴ Aus Sicht einiger Experten, die an der mündlichen Befragung teilgenommen haben, wäre es sinnvoll, weitere Krankheitsbilder wie Demenz, Persönlichkeitsstörungen, Angststörungen, posttraumatische Belastungsstörungen und bipolare Störungen in die Patientengruppe 1 aufzunehmen.

⁵ Eine therapierefraktäre Depression liegt vor, wenn „zwei Behandlungsversuche mit chemisch differenten Antidepressiva in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer keine adäquate Besserung erbrachten“. Folglich gibt es in der Psychotherapie keine einheitliche Definition für eine therapierefraktäre Depression, weil es keinen Konsens über die ausreichende Dosierung und Dauer einer adäquaten Behandlung gibt (vgl. Lenz et al. (2011), Chronische Depression).

1.3 Methodisches Vorgehen

In einem ersten Schritt wurden 21 **Experteninterviews** mit Vertreterinnen und Vertretern der stationären und ambulanten Psychiatrie, der allgemeinen Palliative Care sowie der spezialisierten Palliative Care durchgeführt (vgl. Liste der Gesprächspartner in Anhang A). Die Gespräche fanden mehrheitlich telefonisch statt (ein Interview wurde persönlich durchgeführt) und folgten einem standardisierten Leitfaden (für Leitfaden vgl. Anhang B). Die protokollierten Interviews wurden anschliessend im Hinblick auf die vom BAG im Pflichtenheft formulierten Leitfragen des Mandats qualitativ ausgewertet, nach denen auch der vorliegende Bericht strukturiert ist. Zu beachten ist, dass es in der Realität teils grosse interkantonale sowie interinstitutionelle Unterschiede gibt, die mit dieser Anzahl Interviews nicht vollständig erfasst werden konnten.

In einem zweiten Schritt wurden zwei **Online-Befragungen** bei 72 psychiatrischen Kliniken und 42 spezialisierten Palliative Care Einrichtungen in der gesamten Schweiz durchgeführt (für Fragebögen vgl. Anhang C und D). Die Fragebögen standen auf Deutsch und Französisch zur Verfügung. Die zuständigen Chefärztinnen und Chefärzte resp. – bei spezialisierten Palliative Care Einrichtungen – die jeweiligen Kontaktpersonen des BAG, wurden persönlich per E-Mail zur Teilnahme an der Befragung eingeladen und zweimal erinnert. Schliesslich nahmen an der Befragung 27 psychiatrische Kliniken⁶ und 23 spezialisierte Palliative Care Einrichtungen teil, was einem Rücklauf von 38 Prozent bei den psychiatrischen Kliniken und 55 Prozent bei den spezialisierten Palliative Care Einrichtungen entspricht. Die Ergebnisse der beiden Online-Befragungen, die (mit einer Ausnahme) ausschliesslich geschlossene Fragen enthalten haben, wurden deskriptiv-statistisch ausgewertet. Die Auswertungen wurden in diesem Bericht passend zu den Leitfragen platziert. So konnten die qualitativen Einschätzungen der Experten mit quantitativen Ergebnissen zur Versorgungssituation ergänzt werden.

Die Sichtung der vom BAG zur Verfügung gestellten **Literatur** hat bezüglich der konkreten Versorgungssituation in der Schweiz keine Erkenntnisse ergeben und in den Experteninterviews konnten keine Hinweise auf entsprechende Literatur gemacht werden. 2013 ist im «Schweizerischen Medizin-Forum» ein Artikel von Mühlstein und Riese erschienen, der das Thema aus klinischer Sicht behandelt.⁷ Eine systematische Literaturrecherche wurde im Rahmen des Mandats nicht durchgeführt.

⁶ In einer Psychiatrischen Klinik wurde der Fragebogen von zwei Personen vollständig ausgefüllt. Bei der Auswertung wurden beide Antworten berücksichtigt.

⁷ Mühlstein/Riese (2013), Psychische Störungen und Palliative Care.

2 Patientengruppe 1: Patientinnen und Patienten mit einer schwerwiegenden psychischen Krankheit

2.1 Wie viele dieser Patientinnen und Patienten befinden sich in regelmässiger Behandlung?

Aufgrund der weiterhin stark verbreiteten Tabuisierung psychischer Erkrankungen, sind die Behandlungsraten von psychisch erkrankten Menschen niedrig.⁸ Eine aktuelle Untersuchung aus Deutschland kam zum Ergebnis, dass knapp 43% der von einer psychischen Krankheit Betroffenen deswegen Kontakt zum professionellen Gesundheitssystem hatten.⁹

Gestützt auf die geführten Interviews lassen sich zu den Krankheitsbildern, die in der Befragung im Vordergrund standen, die folgenden Aussagen machen:

- **Therapierefraktäre Depressionen mit wiederholtem Suizidwunsch und Schizophrenien:** Im Vergleich zu leicht ausgeprägten Depressionen und Schizophrenien dürfte die Behandlungsrate bei einer stärkeren Ausprägung höher sein. Erstens sind bei schweren psychischen Erkrankungen vermehrt Verhaltensauffälligkeiten festzustellen. Zweitens besteht bei schweren Depressionen und Schizophrenien ein grösseres Risiko für Selbst- und Fremdgefährdungen. Genaue Angaben, wie viele Patientinnen und Patienten sich in einer regelmässigen Behandlung befinden, können dennoch nicht gemacht werden.
- **Schwere Anorexien:** Die chronische Form der Magersucht ist therapeutisch schwer zugänglich.¹⁰ Viele Anorexie-Patientinnen und -Patienten wünschen keine Behandlung. Es ist daher davon auszugehen, dass die Behandlungsraten tief sind.
- **Abhängigkeit von Suchtstoffen:** Die Behandlungsrate bei Personen mit einer Suchtmittelabhängigkeit ist niedrig, denn die Krankheit wird häufig tabuisiert. Die Angehörigen zeigen sich in vielen Fällen tolerant, so dass eine Behandlung oft erst nach einem längeren Krankheitsverlauf in Angriff genommen wird. Somatische Komplikationen als Folge des Suchtmittelkonsums werden im Akutspital behandelt. Die Suchterkrankung steht dabei allerdings nicht im Vordergrund. Meistens wird den Patientinnen und Patienten zwar eine Therapie nahegelegt, diese beruht aber immer auf freiwilliger Basis.

⁸ Fasel/Baer/Frick (2010), Dynamik der Inanspruchnahme bei psychischen Problemen, S. 5.

⁹ Jachertz (2013), Psychische Erkrankungen: Hohes Aufkommen, niedrige Behandlungsrate.

¹⁰ SGVT/SSTCC: <http://www.sgvt-sstcc.ch/de/ratgeber-fuer-patientinnen/psychische-stoerungendes-erwachsenenalters/magersuchtanorexie/index.html>

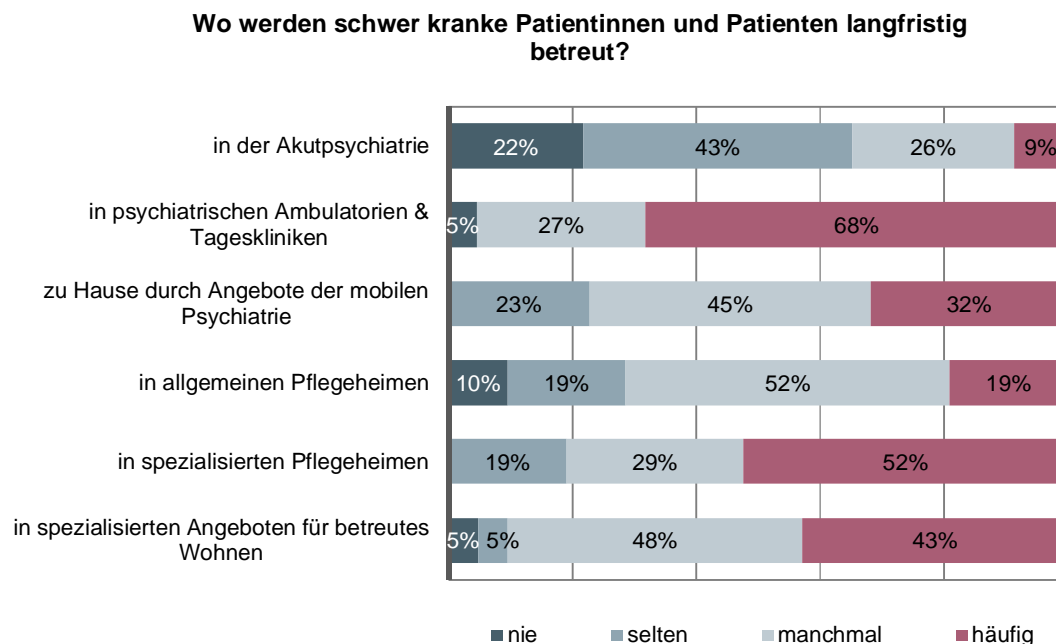
2.2 Wo und durch welche Fachpersonen werden diese Patientinnen und Patienten heute behandelt bzw. betreut?

2.2.1 Therapierefraktäre Depressionen und Schizophrenien

In der Online-Befragung haben die psychiatrischen Kliniken den Anteil an schwerkranken Patientinnen und Patienten („persistent mental illness“) abgeschätzt, bei denen trotz intensiver Behandlung keine anhaltende Symptomreduktion erzielt werden konnte, sondern dauerhafte Alltagsbehinderungen bestehen (GAF-Skala ≤ 50). Im Durchschnitt wurde angegeben, dass diese Patientengruppe knapp ein Fünftel aller Patientinnen und Patienten ausmacht (erfragt wurde der Stand 2012).

Langfristig werden schwer psychisch kranke Patientinnen und Patienten jedoch eher selten in der **stationären Akutpsychiatrie** behandelt wie aus der Darstellung in Abbildung 2-1 hervorgeht: Knapp 2/3 der befragten psychiatrischen Kliniken gaben an, dass dies selten bis nie der Fall ist. Dieses Ergebnis deckt sich mit den Informationen, die wir in den Experteninterviews gewonnen haben: Eine Hospitalisierung erfolgt nur in Krisensituationen und dauert in der Regel einige Tage bis maximal einige Wochen. Der Eintritt in eine stationäre Einrichtung erfolgt entweder freiwillig (Selbsteinweisung oder Überweisung durch den Hausarzt bzw. niedergelassenen Psychiater) oder unfreiwillig im Rahmen der fürsorgerischen Unterbringung (FU). Die Bedingungen für eine fürsorgerische Unterbringung sind i.d.R. bei einer drohenden Selbst- oder Fremdgefährdung erfüllt. Die Patientinnen und Patienten befinden sich nur solange in der Akutpsychiatrie, bis eine Stabilisierung erreicht werden kann. Dann erfolgt – abhängig vom Krankheitsverlauf und dem persönlichen Umfeld – ein Wechsel in ein **teilstationäres oder ambulantes Angebot**. Ein Austritt aus der Akutpsychiatrie kann auch dann erfolgen, wenn keine Fortsetzung der Behandlung gewünscht wird. Die Behandlung kann jederzeit abgebrochen werden, vorausgesetzt es liegt keine unmittelbare Fremd- oder Selbstgefährdung vor.

Abbildung 2-1: Langfristige Betreuung von schwer kranken Patientinnen und Patienten



Quelle: Befragung Psychiatrische Kliniken, EcoPlan (2013); N = 21-23.

Gemäss Abbildung 2-1 befinden sich schwer psychisch kranke Patientinnen und Patienten häufig in **psychiatrischen Ambulatorien und Tageskliniken**. Der Eintritt in ein ambulantes Psychiatrieangebot kann entweder als Übergangslösung zwischen einer (teil-) stationären Behandlung und der Selbstständigkeit oder als erster Behandlungsansatz beim Auftreten von psychischen Symptomen erfolgen. Teilstationäre Angebote werden i.d.R. bei einer vorliegenden Überforderung in der Strukturierung des Alltags in Anspruch genommen. Dies kann beim Übergang von einer stationären Behandlung in die Selbstständigkeit des angestammten Umfelds der Fall sein. Möglich ist auch, dass die ambulante Behandlung ausgedehnt werden muss und mit der teilstationären Behandlung eine stationäre Behandlung vermieden werden kann. Voraussetzung für die Aufnahme in ein teilstationäres Angebot ist, dass keine akute Selbst- oder Fremdgefährdung sowie keine akute psychotische Symptomatik vorliegen.

Nur knapp ein Drittel der an der Online-Befragung Teilnehmenden gibt an, dass diese Patientengruppe häufig langfristig **zu Hause über Angebote der mobilen Psychiatrie**¹¹ betreut wird.

¹¹ Bei mobilen Angeboten der Psychiatrie werden die Patientinnen und Patienten durch psychiatrische Fachpersonen zu Hause aufgesucht und betreut.

Noch weniger häufig als diese Patientinnen und Patienten zu Hause durch mobile psychiatrische Dienste betreut werden, sind sie in **allgemeinen Pflegeheimen** anzutreffen.

Neben den psychiatrischen Ambulatorien und Tageskliniken gehören **spezialisierte Pflegeheime** und **spezialisierte Angebote für betreutes Wohnen** zu den am häufigsten beanspruchten Versorgungsangeboten.

In **spezialisierten Palliative Care Einrichtungen** sind Patientinnen und Patienten mit therapierefraktären Depressionen oder Schizophrenie eher selten vertreten:

- In der Online-Befragung gaben 40 resp. 50 Prozent dieser Einrichtungen an, 2012 überhaupt keine Patientinnen und Patienten mit diesen Störungen behandelt zu haben.
- Bei rund 40 Prozent wurden 2012 1-5 Patientinnen und Patienten mit therapierefraktären Depressionen oder Schizophrenie behandelt.
- In wenigen Einrichtungen waren es mehr als 5 Patientinnen und Patienten. Bei den therapierefraktären Depressionen gibt es drei spezialisierte Palliative Care Einrichtungen, die 2012 20-25 Patientinnen und Patienten mit therapierefraktären Depressionen betreut haben.

Es wurde zusätzlich nachgefragt, wie viele Patientinnen und Patienten im Jahr 2012 mit folgenden Primärindikationen behandelt wurden: bipolare Störungen, Persönlichkeitsstörungen oder posttraumatische Belastungsstörungen. Letztere Diagnose kommt am seltensten vor: 70 Prozent der spezialisierten Palliative Care Einrichtungen hatten keine Patientinnen und Patienten mit dieser Indikation. Bei bipolaren Störungen und Persönlichkeitsstörungen trifft dies nur auf 45 resp. 40 Prozent der Einrichtungen zu. In gut der Hälfte der Palliative Care Stationen waren 2012 zwischen 1 und 5 Personen mit diesen Primärindikationen hospitalisiert.

Aus den Experteninterviews ging hervor, dass in die Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten mit therapierefraktären Depressionen und Schizophrenien in (teil-) stationären Angeboten und Ambulatorien i.d.R. folgende **Fachpersonen** involviert sind: Psychiater/-innen, Psychotherapeuten/-therapeutinnen, (Psychiatrie-)Pflegernde und Sozialarbeitende. Falls innerhalb der Einrichtung nicht alle Berufsgruppen vertreten sind, können externe Fachpersonen beigezogen werden.

Werden Personen zu Hause betreut, ist gemäss Experteninterviews im Minimum der Hausarzt involviert. Je nach Bedarf und Krankheitsverlauf sind auch niedergelassene Psychiater/innen oder die (Psychiatrie-)Spitex beteiligt. Aus Sicht der befragten Hausärzte ist die Verfügbarkeit von psychiatrischen Fachpersonen insbesondere am Wochenende gering, dies weil die meisten Psychiater nur an Werktagen arbeiten. Zudem nehmen die niedergelassenen Psychiater i.d.R. keine Hausbesuche vor.

2.2.2 Schwere Anorexien

Die befragten Experten halten fest, dass gemäss ihrer Erfahrung, die meisten Patientinnen und Patienten mit einer schweren Anorexie keine Behandlung wünschen. Einige werden durch ihre/n Hausarzt/Hausärztin begleitet. Falls eine somatisch bedrohliche Situation eintritt, kommt es zur Einweisung in ein Akutspital. Dort erfolgt eine somatische Behandlung. Für eine Psychotherapie werden die Patientinnen und Patienten weiter verwiesen.

In der Befragung erwähnten die Experten, dass folgende Behandlungssettings in Frage kommen:

- **Stationäre Behandlungen** von anorektischen Patientinnen und Patienten werden i.d.R. in psychiatrischen Kliniken resp. in Abteilungen mit einer Spezialisierung auf Essstörungen angeboten. Die Aufenthaltsdauer ist unterschiedlich.¹² Der Eintritt in ein stationäres Angebot ist freiwillig, da für eine erfolgreiche Behandlung der Wille der Patientinnen und Patienten ausschlaggebend ist. Für die Aufnahme in ein stationäres Angebot ist es aber i.d.R. notwendig, dass zuvor im Rahmen einer ambulanten Therapie nicht genügend Fortschritte erzielt werden konnten. Darüber hinaus müssen die Patientinnen und Patienten wieder ein Minimalgewicht erreichen, damit sie überhaupt für eine Psychotherapie zugänglich sind (Stichwort Krankheitseinsicht).
- Als Ergänzung zu den stationären Angeboten stehen zur Behandlung der Anorexie auch **teilstationäre Angebote** zur Verfügung. I.d.R. folgen teilstationäre Behandlungen auf eine intensive stationäre Therapie. Das Ziel ist es, die erreichten Therapieerfolge zu stabilisieren und weiterzuführen. Bei teilstationären Angeboten handelt es sich i.d.R. um teiltreute Wohngemeinschaften.
- Bei den **ambulanten Angeboten** handelt es sich um Gruppen- und Einzeltherapien sowie betreute Mittagstische.
- In Einzelfällen befinden sich schwer anorektische Patientinnen und Patienten in einem Hospiz oder in einer **spezialisierten Palliative Care Einrichtung**. Die Online-Befragung bei diesen Einrichtungen hat ergeben, dass 2012 80 Prozent von ihnen keine solchen Patientinnen und Patienten behandelt haben. Drei Einrichtungen haben einen Patienten / eine Patientin mit schwerer Anorexie behandelt. Eine Palliativstation hat hingegen mehr als 30 Patientinnen und Patienten mit dieser Diagnose betreut.

Als **Fachpersonen** sind für die Versorgung anorektischer Patientinnen und Patienten in erster Linie Hausärztinnen/Hausärzte, Psychologinnen/Psychologen und Ernährungsberaterinnen/Ernährungsberater zuständig. Zudem sind im Akutspital Internisten und Intensivmediziner, unter Umständen auch psychosomatische Konsiliar- und Liasondienste, in die Behandlung involviert.

¹² Das Universitätsspital Zürich geht z.B. von einer Behandlungsdauer von 3 bis 6 Monaten aus (Universitätsspital Zürich: <http://www.psychiatrie.usz.ch/PatientenUndBesucher/Spezialangebote/Seiten/StationaereTherapie.aspx>)

2.2.3 Abhängigkeit von Suchtstoffen

Für therapiewillige alkohol- oder drogenabhängige Personen gibt es gemäss den befragten Experten folgende Behandlungsoptionen:

- Sie können sich einer stationären Behandlung in einer **spezialisierten Suchtklinik** unterziehen. Dafür ist Eigeninitiative erforderlich.
- Für Heroinabhängige stehen auch **Substitutionsprogramme** zur Verfügung.

Neben Alkohol und Drogen spielen in der Suchtproblematik auch Arzneimittel - insbesondere Benzodiazepine – eine wichtige Rolle. Zudem ist häufig auch eine Polytoxikomanie anzutreffen.

In Notfallsituationen kommt es zu Hospitalisierungen:

- Bei akut auftretenden somatischen Reaktionen als Folge des Suchtmittelkonsums gelangen suchtkranke Menschen ins **Akutspital**.
- Bei drohender Selbst- oder Fremdgefährdung kann es zum Eintritt in die stationäre **Psychiatrie** kommen.

Wenn suchtkranke Menschen eine langfristige Betreuung suchen bzw. aufgrund der körperlichen Schädigungen infolge ihres Suchtmittelkonsums pflegebedürftig sind, gibt es ebenfalls verschiedene Versorgungssettings, wie die befragten Experten erklärten:

- Menschen, die zu Hause leben, werden i.d.R. von ihrem **Hausarzt** sowie von der **Spitex** betreut.
- In einigen Kantonen bestehen spezielle **Wohngruppen** für suchtkranke Menschen.
- In **Institutionen der Langzeitpflege** wird der Anteil an suchterkrankten Menschen auf ca. 5 bis 10 Prozent geschätzt.

Menschen mit Abhängigkeit von Suchtstoffen sind auch in **spezialisierten Palliative Care Einrichtung** vertreten, wie die Befragung bei diesen Einrichtungen zeigt: Nur gut 35 Prozent hatten 2012 keine solchen Patientinnen und Patienten. In 45 Prozent der Einrichtungen wurden hingegen 1 bis 5 Suchtpatientinnen/-patienten behandelt. In einem knappen Fünftel der befragten Einrichtungen waren es teilweise deutlich mehr.

2.3 Welche Bedeutung hat die Palliative Care bei der Betreuung und Behandlung dieser Patientengruppe?

2.3.1 Palliative Care und die Anwendung palliativer Prinzipien in der Psychiatrie

Aus den Experteninterviews ging hervor, dass der Begriff Palliative Care in der Psychiatrie aus mehreren Gründen nicht gebräuchlich ist:

- **Chronisch psychische Erkrankungen führen nicht zum Tod:** Der Begriff Palliative Care wird oft mit dem Tod und der Sterbebegleitung bei somatischen Erkrankungen in Verbindung gebracht. In der Psychiatrie gibt es aber kaum objektive Befunde, dass Symptome zu einem natürlichen Tod führen. Es werden zwar schwer kranke, aber nicht sterbende Menschen behandelt.
- **Palliative Phasen, aber keine palliativen Situationen:** Der Verlauf von chronisch psychischen Erkrankungen ist schwer vorhersehbar: Störungen, die im jungen Alter auftreten, können im mittleren Alter an Intensität verlieren. Phasen, in denen die Patientinnen und Patienten gut auf eine Therapie ansprechen, wechseln sich mit Phasen ab, bei denen die Therapie keine Wirkung erzielt. Daher gibt es eigentlich keine palliativen Situationen, sondern nur palliative Phasen.
- **Historische Befangenheit:** In den Experteninterviews wurde auch erwähnt, dass aus historischen Gründen in der Psychiatrie häufig eine Hemmung der Palliative Care gegenüber besteht: Zur Zeit des Nationalsozialismus sind in Deutschland mit dem Ziel der Rassenhygiene und der Vernichtung von lebensunwertem Leben mindestens 250'000 psychisch Kranke und Behinderte einem Euthanasieprogramm zum Opfer gefallen. Wenn Ärzte Schizophrene, Epileptiker, Manisch-Depressive etc. als „unheilbar“ krank erklärten, bedeutete dies ab 1939 den sicheren „Gnadentod“.¹³

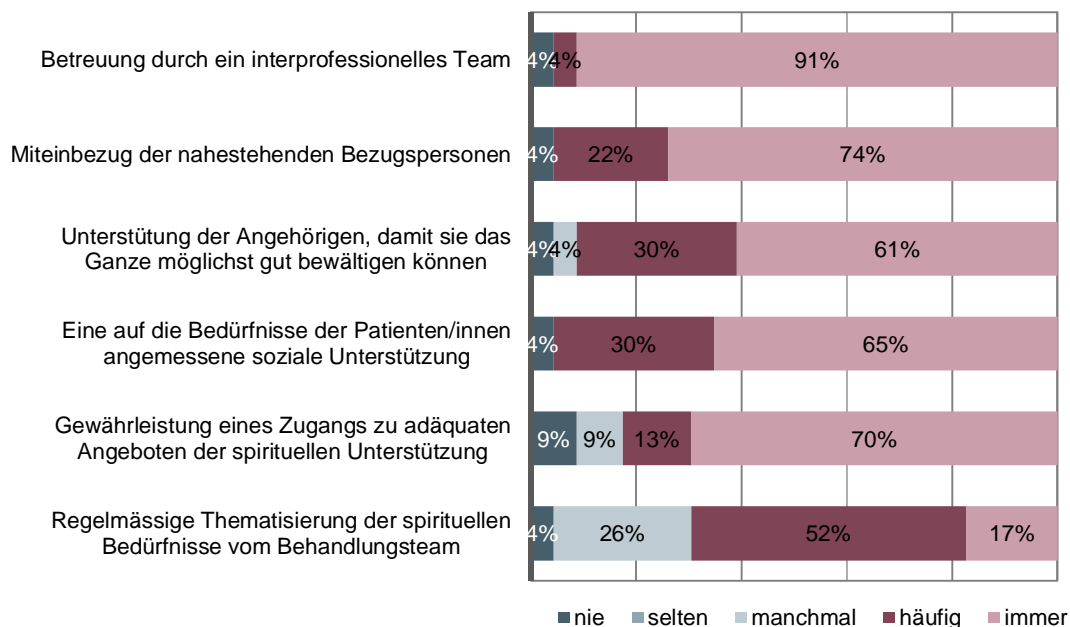
In der schriftlichen Befragung gaben die psychiatrischen Kliniken an, wie sich die Betreuung und Behandlung von Patientinnen und Patienten am Lebensende gestaltet. Aus Abbildung 2-2 geht hervor, dass **palliative Prinzipien**, wie sie in der Nationalen Leitlinie Palliative Care von BAG/BGK formuliert sind, auch in psychiatrischen Settings von hoher Bedeutung sind.¹⁴

¹³ DGPPN (2014), Psychiatrie im Nationalsozialismus.

¹⁴ Vgl. BAG/GDK (2010), Nationale Leitlinie Palliative Care, S. 11ff.

Abbildung 2-2: Palliative Prinzipien bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten am Lebensende

Wie gestaltet sich die Betreuung und Behandlung von Patientinnen und Patienten am Lebensende?



Quelle: Befragung Psychiatrische Kliniken, EcoPlan (2013); N = 23.

Die Meinungen, ob der Begriff Palliative Care in der Psychiatrie verwendet werden soll resp. darf, gehen auseinander. Die (Langzeit-) Betreuung von chronisch psychisch kranken Patientinnen und Patienten folgt zwar häufig palliativen Prinzipien, wird jedoch nicht als Palliative Care bezeichnet. Die Verwendung des Begriffs Palliative Care in psychiatrischen Settings verlangt zumindest nach einer genauen Definition und nach einer klaren Abgrenzung von der Sterbebegleitung.

Während sich einige der befragten Experten klar gegen die Verwendung des Begriffs Palliative Care in psychiatrischen Settings äussern, unterscheiden andere die Bedeutung der Palliative Care in Bezug auf die verschiedenen Krankheitsbilder. Erläuterungen hierzu sind nachfolgend zusammengefasst.

2.3.2 Therapierefraktäre Depressionen und Schizophrenien

Die Prinzipien der Palliative Care haben insbesondere bei chronisch psychisch kranken Patientinnen und Patienten Bedeutung, bei denen trotz Behandlung keine anhaltende Symptomreduktion erzielt werden kann. Die psychiatrische Behandlung dieser Patientinnen und Patienten stimmt mit den Prinzipien der Palliative Care weitgehend überein, d.h. das Behandlungsziel ist nicht Heilung, sondern Stabilisierung respektive Symptomreduktion. Im Recovery-Ansatz wird z.B. das Ziel verfolgt, den Betroffenen trotz ihrer Krankheit ein erfülltes und zufriedenes Leben zu ermöglichen (vgl. Kasten unten).

Exkurs: Recovery und Empowerment¹⁵

Das **Recovery-Konzept** ist aus der Beobachtung entstanden, dass es psychisch kranken Patientinnen und Patienten mit negativer Prognose immer wieder gelingt, ein psychisch stabiles und zufriedenes Leben zu führen und beruflich erfolgreich zu sein. Während die klassische Psychiatrie auf Symptomreduktion, Rückfallprophylaxe und berufliche Rehabilitation fokussiert, stehen im Recovery-Ansatz Zufriedenheit, Wohlbefinden, eine positive Auseinandersetzung mit der eigenen Krankheitserfahrung, eine vollständige gesellschaftliche Integration und Gesundheit im Zentrum der Therapie. Patientinnen und Patienten sollen trotz anhaltenden psychischen Symptomen ein erfülltes und zufriedenes Leben führen können, indem sie den Einfluss der Krankheit überwinden. Obwohl Recovery ein sehr individueller Prozess ist, gibt es einige zentrale Elemente:

- Hoffnung
- Gewinnung einer positiven Identität
- Loslösung von psychiatrischen Labels
- Beeinflussung von Symptomen
- Aufbau eines Unterstützungssystems
- Gewinnung von Sinn und Bedeutung im Leben

Insbesondere der Hoffnung auf Gesundheit wird im Recovery-Konzept ein sehr hoher Stellenwert zugeschrieben. Zudem werden auch im Recovery-Ansatz medikamentöse Behandlungen eingesetzt.

Ein wichtiger Bestandteil im Recovery-Konzept ist **Empowerment**: Durch Selbsthilfe und Selbstbestimmung erlernen die Betroffenen eine positive Auseinandersetzung mit ihrer Erkrankung. Dazu gehört, dass sie Selbstverantwortung übernehmen und erkennen, welchen Anteil sie selbst an die Aufrechterhaltung der Erkrankung leisten.

¹⁵ Knuf (2004): http://www.promentesana.ch/page.php?language=de&pages_id=243

2.3.3 Schwere Anorexien

Im Gegensatz zu Depressionen und Schizophrenien kann Anorexie mit schweren körperlichen Schäden einhergehen und daher somatisch zum Tod führen (die Sterberate liegt bei ca. 10 Prozent der Betroffenen). Allerdings meistern viele anorektische Patientinnen und Patienten ihr Leben erstaunlich gut und verweigern eine Behandlung, so dass das Konzept der Palliative Care in der Praxis selten Anwendung findet. Bei Betroffenen mit einem chronischen Krankheitsverlauf kann eine palliative Betreuung mit Fokus auf eine verbesserte Lebensqualität Anwendung finden.

2.3.4 Abhängigkeit von Suchtstoffen

Auch bei der Behandlung der Abhängigkeit von Suchtstoffen wird der Begriff Palliative Care zwar nicht explizit verwendet, dennoch die Prinzipien der Palliative Care sinngemäss angewendet:

- Abstinenz (d.h. Enthaltensamkeit/Verzicht) ist zwar das Behandlungsziel und wichtig für die Dynamik, der Ausgang der Therapie bleibt jedoch offen. Im besten Fall wird die Abstinenz erreicht. Eine Behandlung ist aber auch dann erfolgreich, wenn der Konsum reduziert und stabilisiert wird oder eine Überführung in ein Substitutionsprogramm stattfinden kann. Rückfälle führen nicht zu einem Abbruch der Therapie, sondern gelten als Bestandteil der Therapie.
- Eine Abhängigkeit von Suchtstoffen beeinflusst auch das soziale Umfeld der Betroffenen und deren Selbstachtung. Der Fokus der Therapie liegt daher nicht nur auf der Suchtmittelentwöhnung, sondern orientiert sich am Menschen in seiner Ganzheit. Die bei der Erbringung von Palliative Care geltenden Prinzipien der offenen und angemessenen Kommunikation, der Unterstützung bei Entscheidungsprozessen, des Einbezugs des persönlichen Umfelds sowie der Multidimensionalität tragen daher auch bei der Behandlung von suchterkrankten Personen massgeblich zum Erfolg bei.

Fazit: Die Prinzipien der Palliative Care finden auch bei der Behandlung von chronisch psychisch kranken Patientinnen und Patienten Anwendung. Es wird aber i.d.R. nicht von Palliative Care gesprochen.

2.4 Wie ausgeprägt ist die interprofessionelle Zusammenarbeit bei der Behandlung dieser Patientengruppe? Wie gut funktioniert der Informationsaustausch?

2.4.1 Therapierefraktäre Depressionen und Schizophrenien

Bei der Versorgung von depressiven resp. schizophrenen Patientinnen und Patienten sind gemäss den befragten Experten oft interprofessionelle Teams beteiligt, d.h. je nach Fall sind Ärzte, Psychologen, Pflegefachkräfte, Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Kunsttherapeuten und Seelsorger involviert. In ambulanten Settings übernehmen i.d.R. Hausärzte die wichtigste Rolle.

Der Informationsaustausch zwischen den involvierten Berufsgruppen funktioniert grundsätzlich gut, vorausgesetzt es sind genügend Ressourcen vorhanden. Dennoch gibt es Unterschiede zwischen den einzelnen Institutionen. Bemängelt wird insbesondere die Zusammenarbeit zwischen den Psychiatern und den Internisten. Für die somatische Versorgung der psychisch kranken Patientinnen und Patienten muss häufig ein externer Internist beigezogen oder die Betroffenen auf eine gerontopsychiatrische Abteilung bzw. in ein Akutspital verlegt werden. Besser wäre es laut den Experten, wenn Internisten in das Team integriert würden. Dasselbe gilt für die psychiatrischen Pflegefachkräfte, welche häufig über zu wenig (zeitgemässes) Wissen zur somatischen Versorgung der Patientinnen und Patienten verfügen.

2.4.2 Schwere Anorexien

Wie bereits erwähnt begeben sich anorektische Patientinnen und Patienten selten in eine spezialisierte psychotherapeutische Behandlung, so dass die Thematik der interprofessionellen Zusammenarbeit marginal ist. Bei der Betreuung haben die Hausärzte meist die wichtigste Rolle, vor allem wenn sich die Patientinnen und Patienten nicht (mehr) in einem stationären oder teilstationären Setting befinden. Eine wichtige Aufgabe der Hausärzte ist es, Risikokonstellationen durch Organschäden rechtzeitig zu erkennen und die Betroffenen in ein Spital einzuweisen.

2.4.3 Abhängigkeit von Suchtstoffen

Bei der Behandlung von Suchterkrankten werden neben Psychiatern sowie Psychiatriepflegerinnen auch Sozialarbeiter sowie Therapeuten aus den Bereichen Kunst, Physiotherapie, Sport und Spiritualität eingesetzt. Daneben sind auch Psychologen mit psychotherapeutischer Zusatzausbildung im Team vertreten. Fokussiert die Institution auf die Behandlung von Suchterkrankten ohne körperliche Folgeschäden, sind keine Internisten in die Therapie involviert.

Grundsätzlich sind alle involvierten Akteure der Meinung, dass Zusammenarbeit besser ist als Alleingang. Der Grad der Zusammenarbeit hängt allerdings von den verfügbaren Ressourcen ab. Insbesondere bei komplexen Fällen hat es sich bewährt, dass bei der Übergabe zwischen einzelnen Leistungserbringern alle involvierten Player anwesend sind. So kann

sichergestellt werden, dass die Patientinnen und Patienten ihr Behandlungsnetzwerk kennen und sich von diesem getragen fühlen. Bei einfacheren Fällen – manchmal leider aber auch aus Ressourcengründen – findet die Übergabe via Telefon statt.

2.5 Ist die Kontinuität der psychiatrischen Betreuung und Behandlung auch beim Übergang von der ambulanten zur stationären Behandlung (oder umgekehrt) sichergestellt?

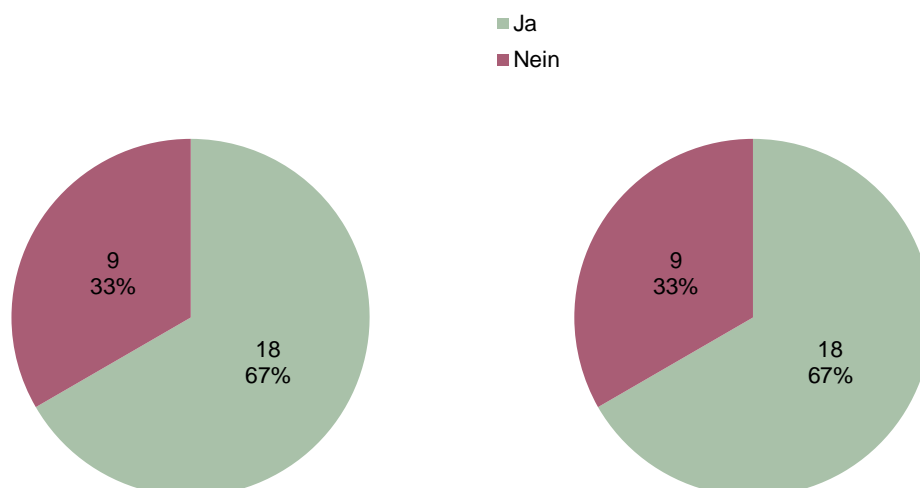
Wie gut die Kontinuität beim Übergang von einem Setting zu einem anderen gewährleistet ist, hängt stark von der Institution ab. Eine Rolle spielt unter anderem, welche Versorgungsstrukturen in einem Kanton zur Verfügung stehen. Je nach Kontext kann es aber vorkommen, dass ein neuer Psychiater für die Patientin oder den Patienten zuständig ist, der bei der Behandlung wieder mehr oder weniger von vorne beginnen muss.

Mobile Angebote für die temporäre oder langfristige Betreuung zu Hause ermöglichen es einer Klinik, die Patientinnen und Patienten auch nach einem stationären Aufenthalt weiter zu begleiten. 67 Prozent der an der Befragung teilnehmenden psychiatrischen Kliniken verfügen über Angebote dieser Art (vgl. Abbildung 2-3).

Abbildung 2-3: Temporäre Angebote zur Betreuung der Patientinnen und Patienten zu Hause

Kennt Ihre Klinik/Abteilung mobile Angebote, um psychisch schwerkranke Menschen nach einem Klinikaufenthalt **zu Hause temporär** weiter zu betreuen?

Kennt Ihre Klinik/Abteilung mobile Angebote, um psychisch schwerkranke Menschen nach einem Klinikaufenthalt **zu Hause langfristig** weiter zu betreuen?



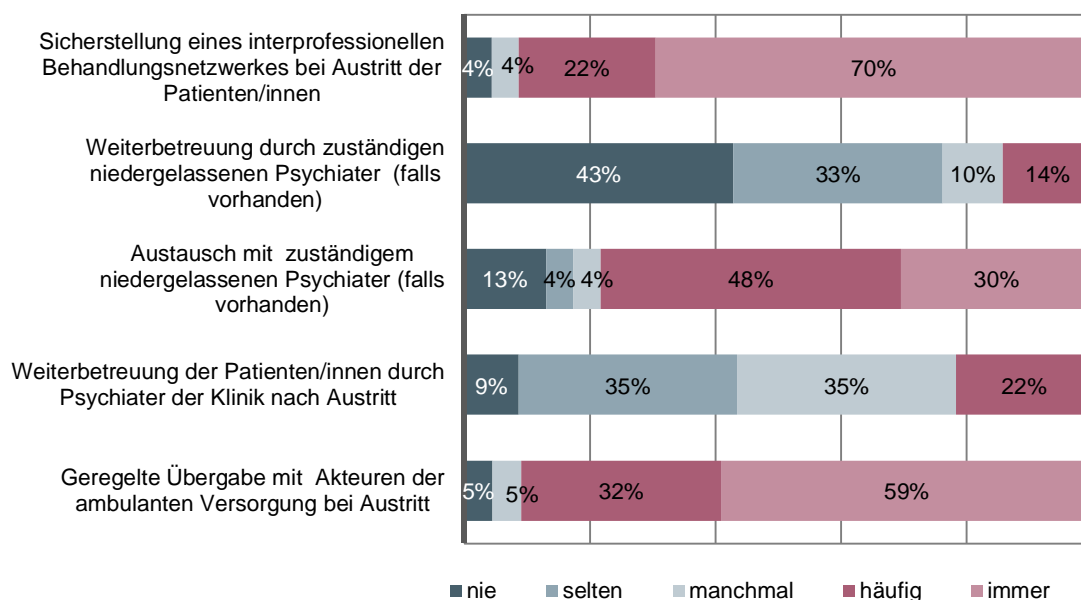
Quelle: Befragung Psychiatrische Kliniken, EcoPlan (2013); N = 27.

Kommentar: Obwohl die Zahlen der beiden Kreisdiagramme übereinstimmen, handelt es sich nicht um dieselben Einrichtungen, welche mobile Angebote für die temporäre und die langfristige Betreuung von Patientinnen und Patienten zu Hause kennen.

Zudem zeigt Abbildung 2-4, dass sich die psychiatrischen Kliniken häufig aktiv um die Gewährleistung der Kontinuität in der Betreuung und Behandlung ihrer Patientinnen und Patienten kümmern. So findet bei einem Eintritt häufig ein Austausch mit dem zuständigen niedergelassenen Psychiater statt und beim Austritt wird meist ein interprofessionelles Behandlungsnetzwerk sichergestellt sowie für eine geregelte Übergabe mit den Akteuren der ambulanten Versorgung gesorgt. Seltener findet hingegen eine Weiterbetreuung durch den zuständigen Psychiater statt, dies betrifft sowohl den Eintritt als auch den Austritt der Patientinnen und Patienten.

Abbildung 2-4: Kontinuität bei der Betreuung und Behandlung von Patientinnen und Patienten am Lebensende

Wie gestaltet sich die Betreuung und Behandlung von Patientinnen und Patienten am Lebensende?



Quelle: Befragung Psychiatrische Kliniken, EcoPlan (2013), N = 21-23.

2.6 Welche Herausforderungen gibt es bei dieser Patientengruppe im Umgang mit dem Patientenwillen?

a) Therapierefraktäre Depressionen und Schizophrenien

In den Interviews betonten die Experten, dass bei psychisch schwer kranken Menschen der freie Wille durch die Psychopathologie eingeschränkt sein kann. Die Schwierigkeit besteht für die behandelnden Personen dann darin, die richtige Balance zwischen der Wahrung der eingeschränkten Autonomie auf der einen Seite sowie der Behandlungsverpflichtung auf der anderen Seite zu finden. Dazu müsse der mutmassliche Wille der Patientinnen und Patienten ermittelt werden, was nach Möglichkeit in einem interprofessionellen Team gemeinsam mit den Angehörigen erfolgt.

Insbesondere bei Zwangseinweisungen und Zwangsmassnahmen kommt die Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten an Grenzen. Im Umgang mit dem Selbstbestimmungsrecht ist die Urteilsfähigkeit zentral. Die Abklärung der Urteilsfähigkeit ist nicht immer einfach, wie die folgenden Beispiele der befragten Experten verdeutlichen:

- Die Urteilsfähigkeit der Patientinnen und Patienten kann zeitlich und themenbedingt fluktuieren. Sie ist folglich nicht dauerhaft.
- Von der Diagnose kann nicht direkt auf die Urteilsfähigkeit geschlossen werden. So ist z.B. ein schizophrener Patient nicht in jedem Fall urteilsunfähig.

Ist die Urteilsfähigkeit gegeben, werden die Entscheidungen der Patientinnen und Patienten stets akzeptiert, auch bei einer Verweigerung von Medikamenten oder Behandlungen. Allerdings ist Selbstbestimmung nicht mit „gewähren lassen“ gleichzusetzen, sondern es bleibt nach wie vor wichtig, die Motivation der Patientin resp. des Patienten zu fördern.

b) Schwere Anorexien

Ein grosses Problem bei Anorexiepatientinnen und -patienten liegt gemäss Auskunft der befragten Experten in der fehlenden Krankheitseinsicht. Vor allem bei der Durchführung von Zwangsernährungen wird das Selbstbestimmungsrecht der Patientinnen und Patienten tangiert. So werden Zwangsernährungen häufig nur bei Vorliegen einer akuten Lebensgefahr durchgeführt. Das von den Experten erwähnte Dilemma widerspiegelt sich z.B. in folgendem Fallbeispiel:¹⁶ Eine 18-Jährige Patientin, die seit ihrem 11. Lebensjahr an einer schweren Anorexie leidet und bei welcher 10 Klinikaufenthalte zu keiner Besserung führen konnten, äussert den Wunsch, auf eine palliative Einrichtung verlegt zu werden. Sie möchte „in Ruhe gelassen werden“ und nimmt dabei bewusst den Tod in Kauf. Ihre Eltern erwarten von den Ärzten hingegen, dass diese alles unternehmen, damit ihre Tochter wieder ein stabiles Gewicht erreicht. Erschwerend hinzu kommen Faktoren wie z.B. dass die Patientin zusätzlich an einer Depression und an einer Zwangsstörung leidet, sehr manipulativ mit dem Personal

¹⁶ Springer-Verlag (2010): <http://www.ethikkomitee.de/downloads/fall2010-2.pdf>

umgeht und äusserst viele Ressourcen des Personals in Anspruch nimmt, die dann bei der Betreuung von anderen Patientinnen und Patienten fehlen.

c) Abhängigkeit von Suchtstoffen

Ein missbräuchlicher Konsum kann – je nach Suchtpotenzial einer Substanz – früher oder später in eine Abhängigkeit münden. Nach der internationalen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) liegt eine Abhängigkeit vor, wenn drei oder mehr der folgenden Kriterien zutreffen:

- Innerer Zwang zum Konsum: Verminderte Kontrollfähigkeit über den Konsum
- Körperliche Entzugssymptome, wenn der Konsum gestoppt oder reduziert wird
- Toleranzbildung: Dosis muss erhöht werden, um die gleiche Wirkung zu erzielen
- Andere Interessen werden vernachlässigt, erhöhter Zeitaufwand für die Beschaffung, für den Konsum oder für die Erholung vom Konsum
- Trotz Wissen um bereits vorliegende Gesundheitsschäden wird weiter konsumiert

Die Diagnose einer Abhängigkeit kann nur eine Fachperson (Arzt/Ärztin, Psychologe/-in, Sozialarbeiter/-in etc.) mit entsprechender Fachausbildung stellen.

Um das Selbstbestimmungsrecht so gut wie möglich zu wahren, wird laut den befragten Experten i.d.R. wie folgt vorgegangen:

- In einem ersten Schritt wird versucht zumindest eine gewisse Abstinenz zu erreichen, damit die suchterkrankte Person ihre Situation analysieren und einen selbstbestimmten Entscheid fällen kann.
- Ist dies nicht möglich, wird versucht, mit den Angehörigen die Situation zu besprechen und einen Entscheid zu fällen.
- Falls keine Angehörigen verfügbar sind, wird ein Entscheid innerhalb des Behandlungs- und Betreuungsnetzwerks in einem interdisziplinären Team gefällt.

Guidelines darüber, wie das Selbstbestimmungsrecht gewahrt werden soll resp. in welchen Fällen Entscheide gegen den Willen der suchterkrankten Person gefällt werden dürfen, sind den Befragten nicht bekannt. Eventuell könnten Guidelines, die aufzeigen, welche Partner für einen Entscheid einbezogen werden sollen, hilfreich sein. Das Finden von allgemeingültigen Kriterien dürfte sich allerdings als schwierig erweisen.

2.7 Was hat sich mit dem neuen Erwachsenenschutzrecht verändert? Wie verbreitet sind Patientenverfügungen bei diesen Patienten?

Insgesamt fällt das Urteil der befragten Experten zum neuen Erwachsenenschutzrecht positiv aus. Die Abläufe wurden zwar komplizierter und die kurzen zeitlichen Fristen führen vermehrt zu Zeitdruck. Aus Sicht der Befragten sind die Vorgaben heute aber klarer und professioneller sowie gesamtschweizerisch einheitlich. Auffallend ist der hohe Stellenwert der Patientenverfügungen. Einzig in der fürsorglichen Unterbringung sind die Patientenverfügungen „nur“ zu berücksichtigen, in allen anderen Bereichen müssen sie hingegen zwingend angewendet werden. Die fürsorgliche Unterbringung muss heute gut begründet und regelmässig überprüft werden. Das neue Erwachsenenschutzrecht kennt insgesamt strengere Anforderungen.

Allerdings muss auch berücksichtigt werden, dass das neue Erwachsenenschutzrecht erst im Januar 2013 in Kraft getreten ist und daher zum Befragungszeitpunkt noch nicht viele Erfahrungen damit gesammelt werden konnten.

Heute seien Patientenverfügungen im psychiatrischen Kontext noch eher selten, wie die befragten Experten erklären. Dennoch sei die Tendenz steigend, nicht zuletzt weil das Thema heute auch vermehrt in der Öffentlichkeit ist. Verbreitet sind sie vor allem bei jenen Patientinnen und Patienten, welche sich schon länger in einer Behandlung befinden, vermutlich weil sie durch Fachpersonen darauf aufmerksam gemacht wurden.

3 Patientengruppe 2: Psychisch kranke Patientinnen und Patienten, die aufgrund von kurativ nicht behandelbaren somatischen Erkrankungen Palliative Care benötigen

3.1 Wo und durch welche Fachpersonen werden diese Patientinnen und Patienten heute in der Regel behandelt und betreut?

3.1.1 Psychiatrische Kliniken

a) Stationäre und teilstationäre Angebote

Aus den Experteninterviews ging hervor, dass nur wenige psychisch kranke Personen, die aufgrund einer somatischen Erkrankung Palliative Care benötigen, in stationären oder teilstationären psychiatrischen Einrichtungen betreut werden. Folgende Gründe werden dafür angegeben:

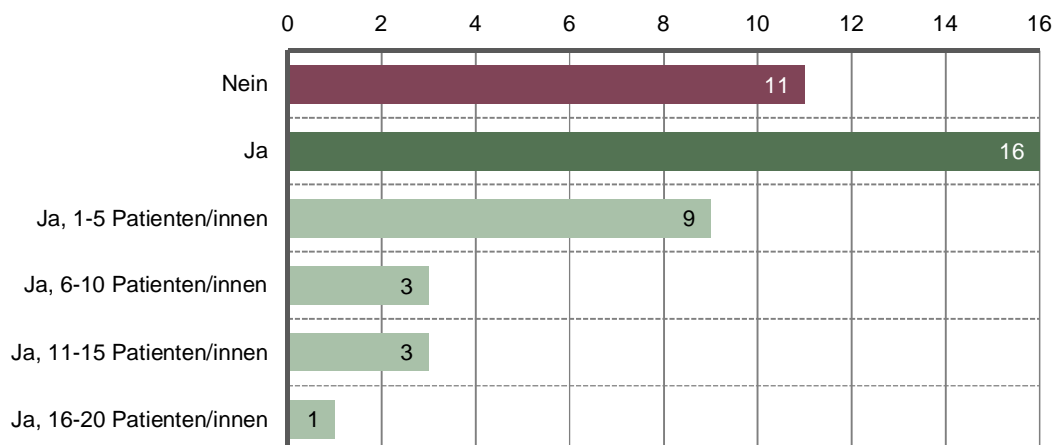
- Abteilungen für Langzeitaufenthalte werden in (teil-) stationären Einrichtungen zunehmend aufgelöst. Chronisch psychisch kranke Personen werden deshalb häufig über ambulante Settings betreut oder befinden sich bei Pflegebedürftigkeit in einem Heim.
- Die psychiatrischen Kliniken sind nicht auf die Behandlung und insbesondere auf die Medikation (z.B. Morphin) von schweren somatischen Erkrankungen ausgerichtet. Sobald die somatische Erkrankung im Vordergrund steht, erfolgt ein Wechsel in ein anderes Setting.

Laut Experten kommt es in Ausnahmefällen vor, dass Patientinnen und Patienten mit schweren somatischen Erkrankungen vorübergehend in die Psychiatrie verlegt werden, um psychische Symptome zu behandeln und eine Stabilisierung herbeizuführen. Dort werden sie entweder über einen eigenen internistischen Dienst somatisch versorgt oder es müssen externe Internisten beigezogen werden. Häufig handelt es sich um Konsiliardienste aus dem Akutspital, die mit den Prinzipien der Palliative Care wenig vertraut sind. Diese Dienste können daher keine adäquate palliative Versorgung sicherstellen. Palliative Konsiliardienste sind ihrerseits nicht auf die Behandlung von psychisch kranken Personen ausgerichtet.

In der schriftlichen Befragung gaben 16 psychiatrische Kliniken an, dass bei ihnen im Jahr 2012 auch psychisch Kranke mit einer somatisch nicht heilbaren Erkrankung behandelt wurden (vgl. Abbildung 3-1). Der Anteil dieser Patientinnen und Patienten, der in der psychiatrischen Klinik verstarb, war allerdings sehr klein. 5 der 16 Kliniken hatte im Jahr 2012 keinen solchen Fall, in 6 Kliniken verstarb 1 bis 6 Prozent der somatisch nicht heilbaren erkrankten Patientinnen und Patienten und in zwei Kliniken 6 bis 10 Prozent. Eine psychiatrische Klinik gab an, dass 11 bis 15 Prozent dieser Patientinnen und Patienten bei ihnen verstarb, eine weitere 81 bis 85 Prozent und eine 86 bis 90 Prozent. Die Befunde deuten darauf hin, dass die Mehrheit der Patientinnen und Patienten mit einer somatisch nicht heilbaren Erkrankung, die sich in einer psychiatrischen Klinik befinden, am Lebensende verlegt werden.

Abbildung 3-1: Behandlung von psychisch Kranken mit einer somatisch nicht heilbaren Erkrankung in psychiatrischen Kliniken

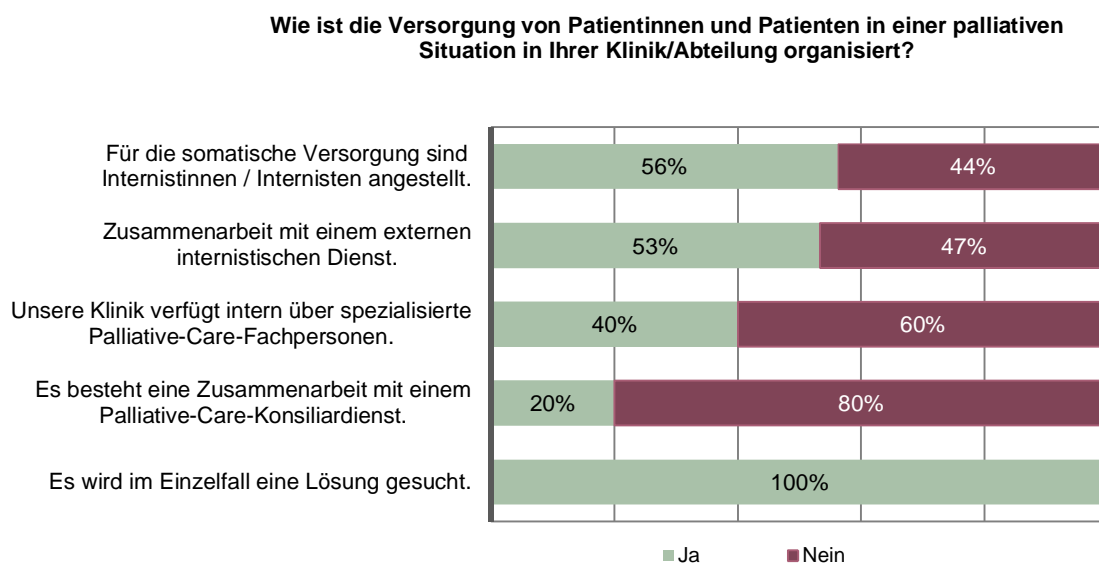
Wurden in Ihrer Klinik auch psychisch Kranke behandelt, die sich aufgrund einer nicht heilbaren somatischen Erkrankung in einer palliativen Situation befanden? Falls ja, wie viele solche Patienten/innen wurden im Jahr 2012 in Ihrer Klinik behandelt?



Quelle: Befragung Psychiatrische Kliniken, Ecoplan (2013), N = 27.

Rund die Hälfte der Psychiatrischen Kliniken gab in der schriftlichen Befragung an, dass für die somatische Versorgung der Patientinnen und Patienten in einer palliativen Situation Internistinnen und Internisten angestellt sind und rund die Hälfte, dass ein externer internistischer Dienst beigezogen wird. Wie aus Abbildung 3-2 ersichtlich ist, verfügen 40 Prozent der Psychiatrischen Kliniken intern über spezialisierte Palliative-Care-Fachpersonen und bei weiteren 20 Prozent der Kliniken besteht eine Zusammenarbeit mit einem Palliative-Care-Konsiliardienst. Dennoch berichteten alle Psychiatrischen Kliniken, dass sie im Einzelfall nach einer geeigneten Lösung suchen.

Abbildung 3-2: Organisation der Versorgung von Patientinnen und Patienten in einer palliativen Situation



Quelle: Befragung Psychiatrische Kliniken, Ecoplan (2013), N = 14-16.

Kommentar: Die Frage wurde nur von jenen Kliniken beantwortet, die psychisch kranke Patientinnen und Patienten mit einer somatisch nicht heilbaren Erkrankung aufnehmen.

b) Ambulante Angebote

Gemäss Experten werden psychisch kranke Patientinnen und Patienten, die aufgrund von kurativ nicht behandelbaren somatischen Erkrankungen Palliative Care benötigen, häufig ambulant psychiatrisch betreut. Damit die Akteure nicht überfordert sind, ist es vorteilhaft, das bestehende Behandlungsnetzwerk mit einzubeziehen. Mögliche Angebote sind die Psychiatriespitex, welche für die psychiatrische Medikation zu Hause sorgt oder psychiatrische Konsiliardienste, welche verantwortlich für die psychiatrische Behandlung in anderen stationären Einrichtungen sind. Über ambulante Angebote kann sichergestellt werden, dass sowohl die psychiatrischen als auch die somatischen Komponenten der Erkrankung abgedeckt sind.

3.1.2 Alters- und Pflegeheime sowie spezialisierte Palliative Care Einrichtungen

Vorwiegend werden Patientinnen und Patienten mit einer psychiatrischen Vorgeschichte in Alters- und Pflegeheimen oder in spezialisierten Palliative Care Einrichtungen behandelt. Ein Wechsel von einem Heim in eine spezialisierte Palliative Care Einrichtung erfolgt i.d.R. dann, wenn aufgrund der fortgeschrittenen somatischen Erkrankung der Einsatz von starken Schmerzmitteln erforderlich ist.

3.1.3 Akutspital

Ein Aufenthalt in einem Akutspital erfolgt bei Komplikationen aufgrund der somatischen Erkrankung. Die meisten Patientinnen und Patienten haben einen Aufenthalt in einem Akutspital hinter sich, wenn sie in ein Heim oder in eine Palliative Care Einrichtung eintreten.

3.1.4 Ambulante Versorgung

Patientinnen und Patienten, die zu Hause betreut werden, sind i.d.R. in ein Behandlungsnetzwerk integriert. Die ambulante Versorgung wird primär durch die Hausärzte, die (Psychiatrie respektive die Palliative Care) Spitex und die niedergelassenen Psychiater abgedeckt.

3.2 Ist die psychiatrische Betreuung und Behandlung dieser Patientengruppe in den verschiedenen Settings adäquat?

Bei der Behandlung und Betreuung der Patientengruppe 2 scheint es laut Experten Defizite zu geben:

- Insgesamt gibt es in der Schweiz nur wenige Einrichtungen, die sich für die Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen kombiniert mit schweren somatischen Erkrankungen eignen. Je nach dem ob die somatische oder die psychische Erkrankung im Vordergrund steht, müssen Nachteile bei der Behandlung der anderen Erkrankung in Kauf genommen werden.
- Die **Psychiatrischen Kliniken** sind primär auf die Behandlung von psychiatrischen Erkrankungen ausgerichtet. Die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer zusätzlichen, unheilbaren somatischen Erkrankung, könnte durch den Beizug von Palliative Care Konsiliardiensten verbessert werden.
- Ob in **Alters- und Pflegeheimen** die palliativen Patientinnen und Patienten mit einer psychiatrischen Vorgeschichte adäquat betreut werden, ist unsicher. Die befragten Experten sind der Ansicht, dass das Erkennen und auch die Behandlung von psychischen Symptomen dann gut funktioniert, wenn in einem Heim Geriater oder Gerontopsychiater angestellt sind.

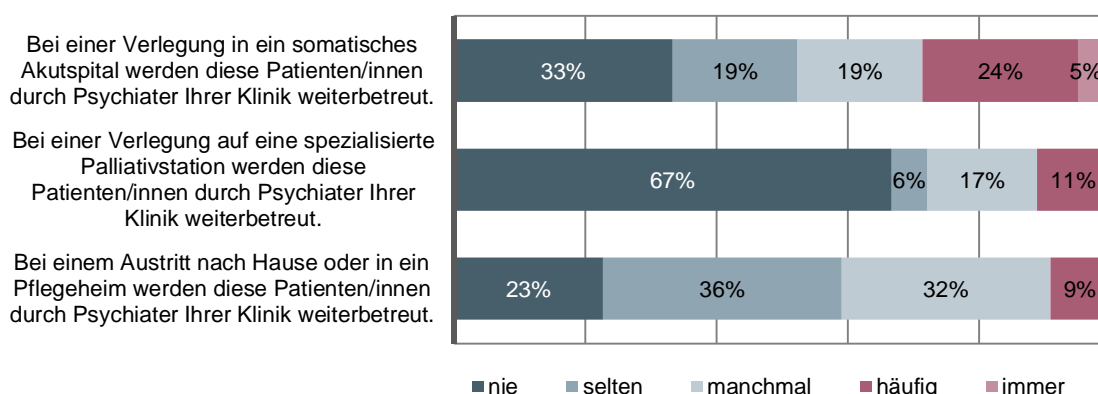
Für die Behandlung von psychisch kranken Patientinnen und Patienten mit kurativ nicht behandelbaren somatischen Erkrankungen sind nach Ansicht der Experten **spezialisierte Palliative Care Einrichtungen** am besten geeignet. Dort kennt das Personal die Strukturen und Abläufe der Palliative Care und verfügt über spezifisches Wissen und Kompetenzen der Palliative Care.

3.3 Ist die Kontinuität der psychiatrischen Betreuung und Behandlung auch beim Wechsel zwischen unterschiedlichen Versorgungssettings sichergestellt?

In den Experteninterviews wurde geäußert, dass in der Psychiatrie eine kontinuierliche Betreuung der Patientinnen und Patienten sowie der Aufbau einer Beziehungskonstanz von hoher Bedeutung sind. Diese Kontinuität kann jedoch nicht immer gewährleistet werden. Der Wechsel zwischen ambulanten und stationären Settings geht meist mit einem Zuständigkeitswechsel und daher einem Wissensverlust einher. Dies geht auch aus der Online-Befragung der Psychiatrischen Kliniken (vgl. Abbildung 3-3) hervor. Nur in seltenen Fällen werden die Patientinnen und Patienten bei einer Verlegung in ein somatisches Akutspital, auf eine spezialisierte Palliativstation, in ein Pflegeheim oder beim Austritt nach Hause durch den zuständigen Psychiater der Klinik weiterbetreut.

Abbildung 3-3: Weiterbetreuung der Patientinnen und Patienten nach dem Austritt aus der psychiatrischen Klinik

Werden Patientinnen und Patienten in einer palliativen Situation nach einem Austritt durch Ihre Klinik / Abteilung weiterbetreut?



Quelle: Befragung Psychiatrische Kliniken, Ecoplan (2013), N = 18-22.

In den vergangenen Jahren ist es gelungen, die Kontinuität der psychiatrischen Betreuung und Behandlung insgesamt zu erhöhen. Dies ist insbesondere auf die bessere Zusammenarbeit zwischen den stationären und den ambulanten Einrichtungen zurückzuführen. Ausschlaggebend für diese Entwicklung ist die kürzere Aufenthaltsdauer der Patientinnen und Patienten in den stationären Kliniken. Um einen unerwünschten Drehtüreffekt zu vermeiden, ist eine gute Betreuung und Behandlung nach dem stationären Aufenthalt von enormer Wichtigkeit.

3.4 Welche Herausforderungen stellen sich bei der palliativen Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten mit einer psychischen Krankheit in Bezug auf die somatische Versorgung?

Psychisch kranke aber stabile Patientinnen und Patienten unterscheiden sich grundsätzlich nicht von jenen, die „nur“ an einer unheilbaren somatischen Erkrankung leiden. Dennoch gilt es aus Sicht der befragten Experten bei der Betreuung und Behandlung Folgendes zu berücksichtigen:

- Im Hinblick auf mögliche Krisen sind interprofessionelle Gefässe mit Krisenregelungen zu bilden. So werden die Zuständigkeiten bereits geregelt, bevor eine Krisensituation eintritt. Solche Vorkehrungen ermöglichen im Ernstfall eine schnelle und kompetente Reaktion.
- Häufig sind Patientinnen und Patienten mit Depressionen und Schizophrenien sehr sensible Menschen. Bei der Kommunikation ist daher speziell darauf zu achten, dass die Patientinnen und Patienten genau einordnen können, was mit ihnen passiert.
- Psychisch kranke Menschen haben häufig ein anderes Schmerzerleben als gesunde und können Schmerzen weniger gut einordnen. Dadurch besteht die Gefahr, dass sie erst Hilfe in Anspruch nehmen, wenn die somatische Erkrankung bereits weit fortgeschritten ist.
- Bei der Medikation bzw. Schmerztherapie ist insbesondere zu beachten, dass Psychopharmaka die Blutwerte verändern und unter Umständen zu Kreislaufproblemen führen. Zudem summieren sich sedierende Medikamente auf. Arzneimittelinkompatibilitäten sind den betroffenen Fachpersonen jedoch bekannt.

3.5 Welche Herausforderungen gibt es in der Praxis im Umgang mit dem Selbstbestimmungsrecht dieser Patientinnen und Patienten?

Auf die Herausforderungen im Umgang mit dem Selbstbestimmungsrecht wurde bereits im Kapitel 2.6 eingegangen. Für die Patientengruppe 2 gibt es keine spezifischen Ergänzungen.

3.6 **Wie ausgeprägt ist die interprofessionelle Zusammenarbeit bei der Behandlung dieser Patientengruppe? Wie gut funktioniert der Informationsaustausch zwischen den verschiedenen involvierten Berufsgruppen?**

In den Gesprächen betonten die Experten, dass eine interprofessionelle Zusammenarbeit und ein gut funktionierender Informationsaustausch in jedem Setting wichtig sind. Allerdings funktioniert dies nicht in allen Bereichen gleich gut:

- **Spezialisierte Palliative Care:** Palliative Care Fachleute sind sich gewohnt, interprofessionell zusammenzuarbeiten. Die Zusammenarbeit funktioniert daher meist gut.
- **Alters- und Pflegeheime:** In Alters- und Pflegeheimen führt die zunehmende Verknappung der Ressourcen häufig dazu, dass beim Pflegepersonal und den Ärzten die Zeit für die Koordination der Betreuung und Behandlung fehlt. Dadurch kann kein interprofessionelles Case Management aufgebaut werden. Zudem fehlen häufig Krisenregelungen, was dazu führt, dass Patientinnen und Patienten in Krisensituationen über Notfalleintritte in Akutspitäler überführt werden müssen.
- **Ambulante Versorgung:** Ausserhalb des Spitals muss für die ambulante Versorgung ein Behandlungsnetz aufgebaut werden, auf dessen Zusammensetzung die Patientinnen und Patienten jedoch nicht immer Einfluss haben. Das gute Gelingen dieses Behandlungsnetzes hängt oft vom zuständigen Arzt ab. Folgende Faktoren führen zu einer Erschwerung der interprofessionellen Zusammenarbeit:
 - Der Arzt benötigt zur Bildung des Betreuungsnetzes Fertigkeiten, die er systembedingt nicht erlernt.
 - Es handelt sich um wenige Fälle, was das Sammeln von Erfahrungswerten erschwert.
 - Die Zeit für Koordination wird im Tarmed zum niedrigsten Tarif abgegolten, was gemäss Aussagen der befragten Gesprächspartner Aufgaben dieser Art wenig attraktiv macht.

Gemäss den Interviews tragen folgende Faktoren zu einer gut funktionierenden Zusammenarbeit bei:

- Persönliche Beziehung zwischen Ärzten der beiden Fachdisziplinen (Psychiatrie und Somatik)
- Interne Anstellung von Fachpersonen
- Interdisziplinäre Behandlungs- und Betreuungsteams
- Psychiatrische Schulung von Pflegefachkräften durch den betreuenden Psychiater (z.B. in Form von Kurzvorträgen oder im Rahmen einer Supervision). Wichtig ist, dass das Pflegepersonal die Möglichkeit hat, Fragen und Beobachtungen mit dem Psychiater zu besprechen.

3.7 Welche Kenntnisse brauchen Palliative-Care-Fachpersonen über psychische Erkrankungen? Welche Kompetenzen benötigen sie zum angemessenen Umgang mit Patientinnen und Patienten mit einer psychiatrischen Vorgeschichte?

Palliative-Care-Fachpersonen sollten die psychiatrischen Hauptdiagnosen kennen (u.a. Depressionen, Angststörungen, Panikattacken, somatische Symptome von psychischen Erkrankungen, akute vs. chronische Symptome) und wissen, welche Krankheiten häufig verwechselt resp. verkannt werden (z.B. werden Angststörungen häufig mit kardialen Problemen und Depressionen mit Demenz verwechselt). Sie sollten über ein Grundwissen zu den Behandlungsmöglichkeiten psychischer Krankheiten verfügen und den Grundstock der Psychopharmakologie beherrschen. Der grösste Unterschied zur somatischen Behandlung besteht darin, dass viel Zeit in Gespräche und Beobachtungen investiert werden muss, was sowohl personale als auch zeitliche Ressourcen bindet.

Des Weiteren wurden in den Interviews folgende Kenntnisse bzw. Kompetenzen aufgezählt, über welche Palliative-Care-Fachpersonen verfügen sollten:

- Hohe psychische Belastbarkeit
- Empathisches Verständnis für die Auswirkungen der Erkrankung auf das alltägliche Leben
- Empathisches Verständnis für die individuelle Situation der Patienten
- Auseinandersetzung mit Themen wie:
 - Psychologie des sterbenden Menschen
 - Lebenssinn
 - Selbstbestimmung
 - Entscheidungsfindung
 - Fehlende Krankheitseinsicht
 - Suizidalität

Wichtig ist auch, dass Palliative-Care-Fachpersonen erkennen, wann der Beizug einer psychiatrischen Fachperson notwendig ist.

4 Patientengruppe 3: Somatisch schwer erkrankte Patientinnen und Patienten in einer Palliative-Care-Situation mit psychischen Symptomen

4.1 Wo und durch welche Fachpersonen werden diese Patientinnen und Patienten heute in der Regel behandelt und betreut?

4.1.1 Stationäre Angebote

Aus den Interviews ging hervor, dass somatisch schwer kranke Menschen am Lebensende mehrheitlich stationär betreut werden. Die Betreuung kann in folgenden Settings erfolgen:

- **Spezialisierte Palliative Care:** Zu den stationären spezialisierten Palliative Care Angeboten gehören Palliativstationen und Hospize. Das Ziel von **Palliativstationen** ist es, schwerkranke oder sterbende Menschen mit komplexen instabilen Problemen rasch wieder zu stabilisieren. Sobald die Patientinnen und Patienten medikamentös richtig eingestellt sind, werden sie auf eine andere Station verlegt bzw. nach Hause entlassen. Bei der Behandlung kommt ein interprofessionelles Team zum Einsatz und neben der Schmerzbehandlung erfolgt auch eine Behandlung von psychischen Symptomen (insbesondere depressiven). Für die stationäre palliative Langzeitversorgung von Patientinnen und Patienten mit komplexen Problemen sind spezialisierte Einrichtungen, sogenannten **Hospize**, zuständig.
- **Allgemeine Palliative Care:** In der allgemeinen Palliative Care übernehmen **Alters- und Pflegeheime** die stationäre palliative Langzeitbetreuung von Patientinnen und Patienten, allerdings nur bei Vorliegen von nicht allzu komplexen Symptomen. Palliative Patientinnen und Patienten mit psychiatrischen Symptomen werden situativ über psychiatrische Konsiliar- und Liaisondienste betreut. Bei Auftreten von somatischen Komplikationen werden die Patientinnen und Patienten in ein **somatisches Akutspital** verlegt.

Bei der Betreuung und Behandlung dieser Patientengruppe sind gemäss den befragten Experten verschiedenste Fachpersonen involviert. Dazu zählen Ärzte, Pflegefachkräfte, Psycho(onko)logen, spezialisierte Palliative-Care-Fachpersonen, Physiotherapeuten, Ergonomen, Sozialdienste, Kunsttherapeuten, Bewegungstherapeuten und Seelsorger. Psychiater werden im Normalfall nur zu Beginn beigezogen, bis die Patientinnen und Patienten stabil sind. Danach erfolgt die psychiatrische Versorgung auf Konsiliarbasis.

4.1.2 Ambulante Angebote

Auch bei der ambulanten Versorgung kann zwischen spezialisierten Angeboten der Palliative Care und der allgemeinen Palliative Care unterschieden werden:

- **Spezialisierte Palliative Care:** Die **Spitex** spezialisiert sich zunehmend auf die palliative Behandlung und Betreuung von Menschen am Lebensende. Ebenfalls zum Einsatz kommt die **spitalexterne Onkologiepflege (SEOP)**, welche auf die onkologische und palliative Betreuung der Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen spezialisiert ist.
- **Allgemeine Palliative Care:** In der allgemeinen Palliative Care sind gemäss den Aussagen der Befragten primär die **Hausärzte** und die **Spitex** für die Versorgung dieser Patientinnen und Patienten zuständig.

4.2 Werden psychische Symptome oder Störungen in diesen Betreuungs- und Behandlungssettings zuverlässig erkannt und adäquat behandelt? In welchen Settings funktioniert dies besser, in welchen weniger?

30 bis 50 Prozent der Patientinnen und Patienten auf einer Palliativstation weisen psychische Symptome auf. Eine frühzeitige Erkennung und Behandlung der Symptome ist laut den befragten Experten wichtig, auch weil die Lebensqualität stark mit der psychischen Befindlichkeit zusammenhängt. Das Erkennen der psychischen Symptome stellt allerdings eine Herausforderung dar, wie folgende genannte Beispiele unterstreichen:

- Einerseits besteht die Gefahr, dass psychische Symptome als Folge der körperlichen Erkrankung gesehen und deshalb bagatellisiert werden.
- Andererseits kann die medikamentöse Behandlung Symptome wie z.B. Verwirrheitszustände hervorrufen. Die Unterscheidung, ob es sich um die Nebenwirkung eines Medikaments oder um ein psychisches Symptom handelt, ist teilweise schwierig.

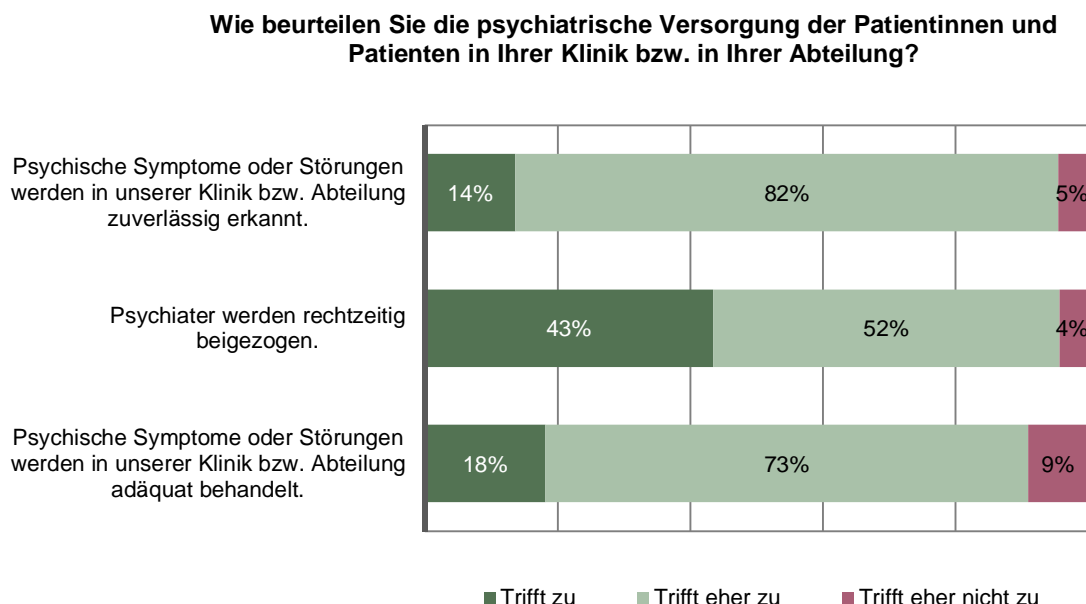
Wie gut die Symptomerkennung im Einzelfall funktioniert, hängt unter anderem mit dem Betreuungssetting zusammen:

- Auf einer **Palliativstation** ist das Personal sowohl für die somatische als auch die psychiatrische Seite sensibilisiert, daher werden psychische Symptome meist gut erkannt und adäquat behandelt. Aus der Online-Befragung der Palliative Care Einrichtungen zeigt sich übereinstimmend, dass gemäss Einschätzung der Befragten psychische Symptome oder Störungen meist zuverlässig erkannt, Psychiater/innen rechtzeitig beigezogen und die psychischen Symptome oder Störungen adäquat behandelt werden (vgl. Abbildung 4-1).
- In der **allgemeinen Palliative Care** ist die Gefahr, dass psychische Symptome nicht erkannt werden, respektive nicht adäquat damit umgegangen werden kann, höher. Gemäss Einschätzung der Befragten liegt ein möglicher Grund in der zu wenig auf diesen Punkt ausgerichteten Ausbildung des Personals.
- Bei der **ambulanten Betreuung** besteht die Gefahr, dass Angehörige aus Schamgefühl keinen psychiatrischen Dienst in Anspruch nehmen. Erst bei einer Eskalation erhalten die Patientinnen und Patienten dann eine psychiatrische Behandlung und Betreuung.

- Problematisch ist gemäss den befragten Experten zudem, wenn nach einer abgebrochenen somatischen Behandlung kein Übergang in die Palliative Care stattfindet. Dies sei besonders bei jenen Krankheiten der Fall, bei denen ein Abbruch der Behandlung gesellschaftlich nicht akzeptiert wird. Davon betroffen sind z.B. Personen mit einer Nierenerkrankung. Der Abbruch der Dialysebehandlung ist grundsätzlich gleichzusetzen mit dem Beginn der palliativen Phase. Nicht immer erfolgt aber beim Austritt eine entsprechende Vorbereitung respektive Übergabe an Fachpersonen. Es ist daher möglich, dass bei diesen Personen psychische Symptome nicht erkannt werden und keine adäquate Behandlung erfolgt.

Für die Erkennung von psychischen Erkrankungen können verschiedene Instrumente eingesetzt werden, darunter verschiedene Screenings und Skalen (z.B. Mini Mental Status, Geriatric Depression Scale). Diese ermöglichen zwar keine Diagnosestellung, können aber auf psychische Probleme hinweisen. Die Herausforderung besteht darin, die Screenings richtig anzuwenden. Aus diesem Grund sollten die Tests durch Fachleute durchgeführt werden, was in der Praxis leider nicht immer der Fall ist. Allerdings weisen einige Experten auch darauf hin, dass eine psychiatrische Diagnose bei Patientinnen und Patienten am Lebensende nicht in jedem Fall erforderlich ist. An erster Stelle stehe die Symptombekämpfung und nicht das präzise Diagnostizieren einer psychischen Erkrankung.

Abbildung 4-1: Beurteilung der psychiatrischen Versorgung von Patientinnen und Patienten in spezialisierten Palliative Care Einrichtungen



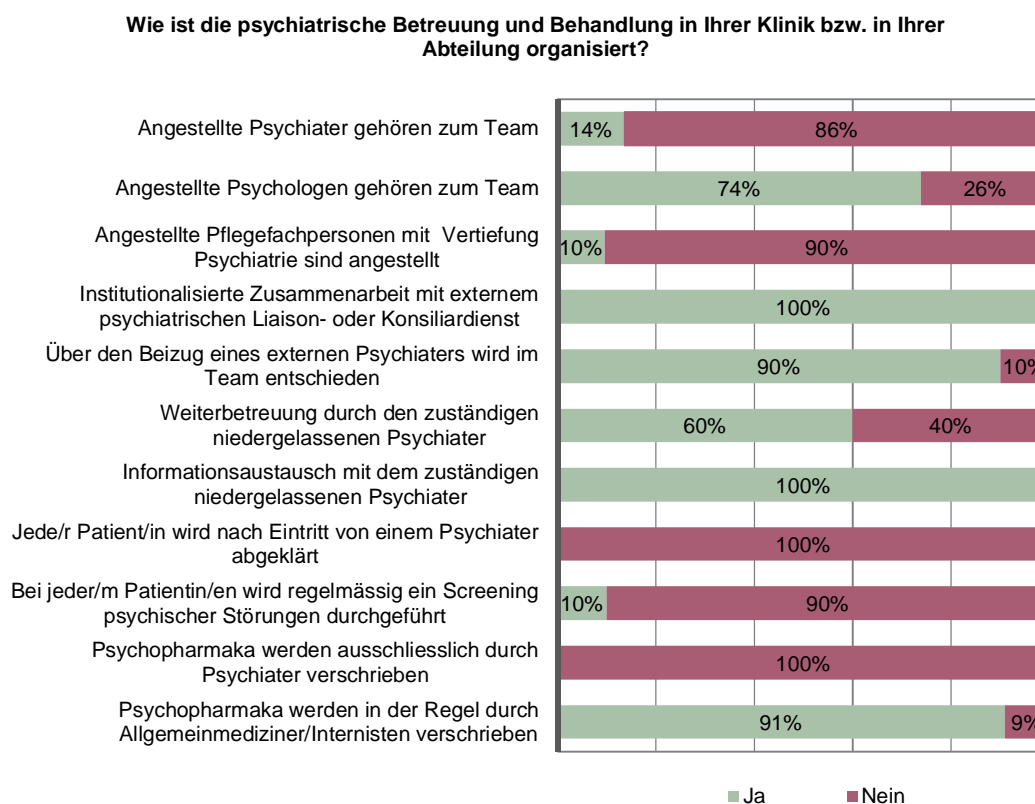
Quelle: Befragung Palliative Care Einrichtungen, Ecoplan (2013); N = 22-23.

Die psychiatrische Betreuung und Behandlung der Patientinnen und Patienten in den Palliative Care Einrichtungen ist folgendermassen organisiert (vgl. Abbildung 4-2):

- In 74 Prozent der Kliniken gehören angestellte Psychologen zum Team.
- Über eine institutionalisierte Zusammenarbeit mit einem externen psychiatrischen Liaison- oder Konsiliardienst verfügen alle befragten Einrichtungen.
- 90 Prozent der Einrichtungen entscheiden im Team über den Beizug eines externen Psychiaters.
- In 60 Prozent der Kliniken werden die Patientinnen und Patienten durch den zuständigen niedergelassenen Psychiater weiterbetreut. Falls dies nicht möglich ist, erfolgt zumindest in allen befragten Einrichtungen ein Informationsaustausch.
- Im Normalfall werden Psychopharmaka durch Allgemeinmediziner oder Internisten verschrieben.

Hingegen werden nur selten Psychiater oder Pflegefachpersonen mit Vertiefung Psychiatrie angestellt. Weder die Abklärung aller Patientinnen und Patienten bei Eintritt durch einen Psychiater noch die regelmässige Durchführung von Screenings ist üblich. Zudem werden Psychopharmaka wie bereits erwähnt nicht nur durch Psychiater verschrieben.

Abbildung 4-2: Organisation der psychiatrischen Betreuung und Behandlung



Quelle: Befragung Palliative Care Einrichtungen, EcoPlan (2013), N = 20-23.

4.3 Welche Kenntnisse brauchen Palliative-Care-Fachpersonen über die Erkennung und Behandlung von psychischen Störungen?

Welche Kenntnisse Palliative-Care-Fachpersonen über die Erkennung und Behandlung von psychischen Störungen mitbringen sollten, wurde bereits bei der Patientengruppe 2 diskutiert (Punkt 0). Diese gelten auch für die Patientengruppe 3.

4.4 Wie funktioniert die interprofessionelle Zusammenarbeit mit der Psychiatrie? Wie verbreitet sind psychiatrische Konsiliardienste?

Die interprofessionelle Zusammenarbeit funktioniert nicht in jedem Setting gleich gut. Auf Basis der Experteninterviews zeigt sich folgendes Bild:

- **Spezialisierte Palliative Care:** In der spezialisierten Palliative Care (Palliativstationen und Hospize) funktioniert die interprofessionelle Zusammenarbeit gut, weil die Abläufe, Strukturen und Kompetenzen dem Auftrag entsprechend vorhanden sind. In diesen Einrichtungen sind psychiatrische und teilweise psychosomatische Konsiliardienste recht verbreitet.
- **Alters- und Pflegeheime:** In Alters- und Pflegeheimen ist das Funktionieren der interprofessionellen Zusammenarbeit abhängig von den verfügbaren Kapazitäten der Ärzte. Dort, wo ein Hausarzt fest angestellt ist, sind i.d.R. genügend Kapazitäten vorhanden, damit der Arzt die interprofessionelle Zusammenarbeit organisieren kann. In Pflegeheimen, wo der Arzt nur für eine kurze Visite das Heim besucht, kommt die interprofessionelle Zusammenarbeit tendenziell eher zu kurz, weil zu wenig Zeit für die Koordination zur Verfügung steht. Darüber hinaus wird die interprofessionelle Zusammenarbeit dadurch erschwert, dass nur wenige gerontopsychiatrischen Konsiliardienste zur Verfügung stehen, die vom Heim beugezogen werden können. Zudem werden diese zu sehr unterschiedlichen Zeitpunkten beugezogen (d.h. manchmal bereits zu Beginn der palliativen Betreuung, manchmal erst in der Endphase).
- **Ambulante Versorgung:** Wie gut die interprofessionelle Zusammenarbeit bei der ambulanten Versorgung funktioniert, hängt vom Behandlungsnetzwerk des Arztes und der Akteure innerhalb dieses Netzwerks ab. In der spezialisierten Spitex (Palliative Care Spitex) funktioniert die interprofessionelle Zusammenarbeit grundsätzlich besser als in der allgemeinen Spitex. Der Beizug von psychiatrischen Konsiliardiensten scheint eher wenig verbreitet zu sein.

4.5 Lassen sich Indikationskriterien definieren, wann psychiatrische Fachpersonen beizuziehen sind?

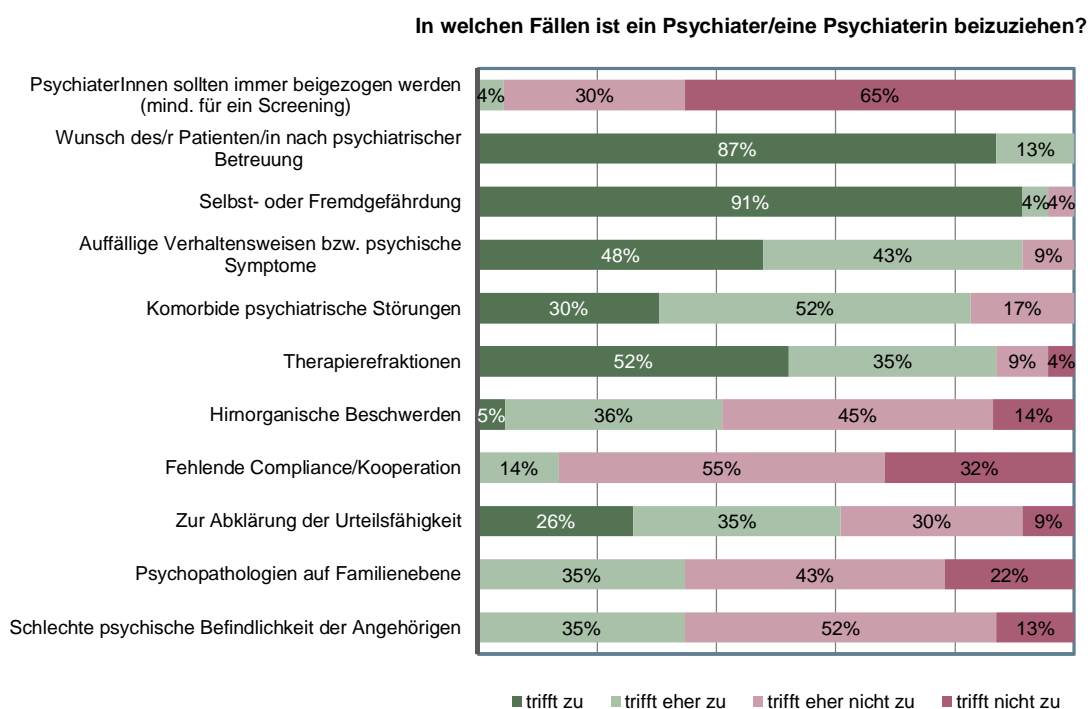
Einige der Gesprächspartner sind der Ansicht, dass Psychiater bei der Betreuung von palliativen Patientinnen und Patienten immer beigezogen werden müssten, zumindest um ein Screening durchzuführen. Zudem gewährleistet die Integration eines Psychiaters in das Team eine adäquate Erkennung und Behandlung der psychischen Symptome.

Falls kein Psychiater in das Team integriert ist, nannten die Gesprächspartner folgende Indikationskriterien für den Beizug einer psychiatrischen Fachperson:

- Selbst- und Fremdgefährdung
- Auffällige Verhaltensweisen bzw. psychische Symptome (z.B. Depression, Schizophrenie, Angststörungen, Delir, aggressive Zustände, Suchtprobleme, Verslossenheit, Unruhe, Weinen, hirngorganische Beschwerden, Suizidalität)
- Fehlende Adhärenz/Kooperation
- Abklärung der Urteilsfähigkeit
- Überforderung des familiären Umfelds

Wird eine Patientin oder ein Patient über längere Zeit betreut, ist es wichtig, sofort auf Veränderungen zu reagieren. Da nicht alle Patientinnen und Patienten stationär behandelt werden, ist die Gewährleistung eines niederschweligen und individualisierten Zugangs zu psychiatrischen Angeboten wichtig.

Abbildung 4-3: Beizug von Psychiater/innen in palliative Care Einrichtungen



Quelle: Befragung Palliative Care Einrichtungen, EcoPlan (2013), N = 22-23.

Die in den mündlichen Befragungen genannten Indikationskriterien für den Beizug einer psychiatrischen Fachperson wurden in der Online-Befragung aufgelistet, so dass die Vertreterinnen und Vertreter der Palliative Care Einrichtungen ihre Zustimmung resp. Ablehnung ausdrücken konnten. Die Ergebnisse dazu sind in Abbildung 4-3 dargestellt. Die stärkste Zustimmung erhielten die folgenden Kriterien:

- Wunsch des Patienten/der Patientin nach psychiatrischer Betreuung
- Selbst- oder Fremdgefährdung
- Therapierefraktionen
- Auffällige Verhaltensweisen resp. psychische Symptome
- Komorbide psychiatrische Störungen
- Abklärung der Urteilsfähigkeit

Als weniger zutreffend wurden hingegen folgende Kriterien eingeschätzt:

- Psychiater/innen immer beiziehen (mindestens für ein Screening)
- Fehlende Adhärenz / Kooperation
- Hirnorganische Beschwerden
- Psychopathologien auf Familienebene
- Schlechte psychische Befindlichkeit der Angehörigen

Ergänzend wurden folgende Kriterien hinzugefügt:

- Sehr hohe zeitliche Beanspruchung für die psychiatrische Betreuung
- Sehr komplexe psychiatrische Situation
- Beratung des Teams betreffend „schwierigen“ Patientinnen und Patienten
- Supervision des Teams

5 Literaturverzeichnis

- BAG Bundesamt für Gesundheit, GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (2012)
Nationale Strategie Palliative Care 2013-2015. Bern.
- BAG Bundesamt für Gesundheit, GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (2010)
Nationale Leitlinien Palliative Care. Bern.
- BAG Bundesamt für Gesundheit, palliative ch, GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (2012)
Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz. Bern.
- DGPPN (2014)
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde. Psychiatrie im Nationalsozialismus. Im Internet:
<http://www.dgppn.de/dgppn/geschichte/nationalsozialismus.html> (19.06.2014).
- Fasel Tanja, Baer Niklas, Frick Ulrich (2010)
Dynamik der Inanspruchnahme bei psychischen Problemen. Soziodemographische, regionale, krankheits- und systembezogene Indikatoren (Obsan Dossier 13). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Jachertz Norbert (2013)
Psychische Erkrankungen: Hohes Aufkommen, niedrige Behandlungsrate. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 10, Heft 7, S. 269-270.
- Knuf Andreas (2004)
Vom demoarlisierenden Pessimismus zum vernünftigen Optimismus. Eine Annäherung an das Recovery-Konzept. Im Internet:
http://www.promentesana.ch/_files/Downloads/Recovery/Recovery_Anaeherung_Knuf.pdf (19.06.2014).
- Lenz Gerhard, Hofbauer Petra, Hulle-Wegl Petra (2011)
Chronische Depression. In: Der Mediziner, Nr. 6/2011, S. 6-11.
- Mühlstein Vinzenz, Riese Forian (2013)
Psychische Störungen und Palliative Care. In: Schweizerisches Medizin-Forum, Nr. 33/2013, S. 626-630.
- palliative ch (2014)
Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung. Im Internet:
www.palliative.ch (19.06.2014).
- SGVT/SSTCC (2014)
Schweizerische Gesellschaft für kognitive Verhaltenstherapie: Magersucht oder Anorexie. Im Internet: <http://www.sgvt-sstcc.ch/de/ratgeber-fuer-patientinnen/psychische-stoerungendes-erwachsenenalters/magersuchtanorexie/index.html> (19.06.2014).

Springer-Verlag (2010)

Behandlungsabbruch bei Anorexie? Ethik Med, 22, S. 131-132. Im Internet:
<http://www.ethikkomitee.de/downloads/fall2010-2.pdf> (19.06.2014).

Universitätsspital Zürich, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie (2014)

Essstörungen, stationäre Therapie. Im Internet:
<http://www.psychiatrie.usz.ch/PatientenUndBesucher/Spezialangebote/ZentrumfuerEssstoerungen/Seiten/StationaereTherapie.aspx> (19.06.2014).

6 Anhang A: Gesprächspartner

Name	Institution
Psychiatrie	
Stationär	
Dr. med. Dorothea Ferrari	Privatklinik Wys
Prof. Dr. med. Dr. phil. Paul Hoff	Psychiatrische Universitätsklinik Zürich PUKZH, Klinik für Soziale Psychiatrie und Allgemeinpsychiatrie
PD Dr. med. Josef Jenewein	Universitätsklinik Zürich, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Regula Lüthi	Psychiatrische Dienste Thurgau
Dr. med. Ramin Mansour	Sanatorium Kilchberg
Dr. med. Jacqueline Minder	Integrierte Psychiatrie Winterthur - Zürcher Unterland IPW
Dr. med. Vinzenz Mühlstein	Psychiatrische Dienste Thurgau, Klinik St. Katharinental
Dr. med. Brigitte Schüpbach	Universitäre Psychiatrische Dienste Bern UPD, Direktion Alterspsychiatrie
Prof. Dr. med. Friedrich Stiefel	Centre hospitalier universitaire vaudois CHUV
Spezialisierung Anorexie	
Dr. med. Andreas Körner	Sanatorium Kilchberg, Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Spezialisierung Suchterkrankungen	
Thomas Krebs	Klinik Südhang
Ambulant	
Lioba Schober	Spitex Zürich Limmat AG
Prof. Dr. med. Gabriela Stoppe	MentAge
Allgemeine Palliative Care	
Hausärzte	
Dr. med. Andreas Gerber	Hausarzt mit eigener Praxis / Heimarzt diaconis
Dr. med. Brigitte Zirbs Savagny	Hausärztin mit eigener Praxis
Langzeitpflege	
Dr. med. Regula Schmitt	tilia Stiftung für Langzeitpflege
Dr. med. Gabriela Bieri-Brüning	Pflegezentren der Stadt Zürich
Spezialisierte Palliative Care	
Stationär	
Dr. med. Heike Gudat Keller	Hospiz im Park
Dr. med. Yves Philippin	Hôpital de Bellerive, HUG
Nelly Simmen	diaconis
Ambulant	
Barbara Steiner	Spitex Zürich Limmat AG

7 Anhang B: Leitfaden für Experteninterviews

Einführung

Seit 2010 liegt die „Nationale Strategie Palliative Care“ von Bund und Kantonen vor. Diese hat sich bisher in erster Linie mit somatischen Krankheiten befasst. Das Bundesamt für Gesundheit will nun die Wissenslücke betreffend Palliative Care und psychische Erkrankungen schliessen. Dazu wurden folgende Zielgruppen identifiziert, auf die sich auch diese Befragung konzentriert:

- **Patientengruppe 1:** Patientinnen und Patienten, die sich aufgrund einer schwerwiegenden psychischen Krankheit in einer palliativen Situation befinden, insbesondere Patientinnen und Patienten mit
 - therapierefraktären Depressionen mit wiederholtem Suizidwunsch
 - schweren Schizophrenien mit aus Sicht des Patienten ungenügender Lebensqualität
 - schwersten Anorexien
 - Abhängigkeit von Suchtstoffen
- **Patientengruppe 2:** Menschen mit einer psychiatrischen Vorgeschichte bzw. einer psychischen Störung, die sich aufgrund von kurativ nicht behandelbaren somatischen Erkrankungen in einer palliativen Situation befinden
- **Patientengruppe 3:** Somatisch schwer kranke Menschen am Lebensende, die aufgrund ihrer palliativen Situation psychische Symptome entwickeln

In der Nationalen Strategie wird unter Palliative Care die Betreuung und Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronischen Krankheiten verstanden. Palliative Care

- bezieht sich auf die Phase einer Krankheit, in der die Heilung als nicht mehr möglich erachtet wird und kein primäres Ziel mehr darstellt
- gewährleistet Patientinnen und Patienten eine ihren Bedürfnissen angepasste optimale Lebensqualität bis zum Tod
- beugt Leiden und Komplikationen vor
- umfasst medizinische Behandlungen, Pflege sowie psychologische, soziale und spirituelle Unterstützung

Leitfragen zur Patientengruppe 1

Patientengruppe 1: Patientinnen und Patienten, die sich aufgrund einer schwerwiegenden psychischen Krankheit in einer palliativen Situation befinden, insbesondere Patientinnen und Patienten mit

- therapierefraktären Depressionen mit wiederholtem Suizidwunsch
- schweren Schizophrenien mit aus Sicht des Patienten ungenügender Lebensqualität
- schwersten Anorexien
- Abhängigkeit von Suchtstoffen

1. Haben Sie in Ihrer beruflichen Tätigkeit mit Patientinnen und Patienten zu tun, die einer dieser vier Gruppen zugerechnet werden können?

→ Falls nein, können wir direkt mit Frage 10 fortfahren.

2. Wo (ambulant/stationär) und durch welche Fachpersonen werden die erwähnten vier Gruppen von Patientinnen und Patienten heute behandelt bzw. betreut? Wie viele dieser Patientinnen und Patienten befinden sich überhaupt in regelmässiger Behandlung?
3. Ist Palliative Care – so verstanden wie sie auf S. 1 definiert ist – auch ein Thema bei der Betreuung und Behandlung dieser vier Patientengruppen? Ab wann ist eine auf Palliation ausgerichtete Behandlung angezeigt? Wie verändert sich die Behandlung mit der Ausrichtung auf Palliation?
4. Wie ausgeprägt ist die interprofessionelle Zusammenarbeit bei der Behandlung dieser Patientengruppen? Wie gut funktioniert der Informationsaustausch zwischen den verschiedenen involvierten Berufsgruppen?
5. Ist die Kontinuität der Betreuung und Behandlung auch beim Übergang von der ambulanten zur stationären Behandlung (oder umgekehrt) sichergestellt?
6. Werden auch spezialisierte Palliative Care-Fachpersonen beigezogen? Falls ja, um welche Personen mit welchem fachlichen Hintergrund handelt es sich?
7. Zu den Grundwerten der Palliative Care gehört die Selbstbestimmung. Welche Herausforderungen gibt es im Umgang mit dem Patientenwillen bei den erwähnten vier Patientengruppen? Wann kommt die umfassende Selbstbestimmung an Grenzen? Was bedeutet es in diesen Situationen zum Wohl dieser Patienten zu handeln bzw. ihr Patienteninteresse wahrzunehmen?
8. Was hat sich mit dem neuen Erwachsenenschutzrecht verändert? Wie verbreitet sind Patientenverfügungen bei diesen Patienten (bzw. der neue Vorsorgeauftrag)?
9. Was braucht es respektive, welche Empfehlungen sind zu berücksichtigen, damit dieser Zielgruppe eine bestmögliche palliative Versorgung zuteilwird?

Leitfragen zur Patientengruppe 2

Patientengruppe 2: Menschen mit einer psychiatrischen Vorgeschichte bzw. einer psychischen Störung, die sich aufgrund von kurativ nicht behandelbaren somatischen Erkrankungen in einer palliativen Situation befinden

10. Haben Sie in Ihrer beruflichen Tätigkeit mit solchen Patientinnen und Patienten zu tun?

→ Falls nein, können wir direkt mit Frage 19 fortfahren.

11. Wo (ambulant/stationär) und durch welche Fachpersonen werden diese Patientinnen und Patienten heute in der Regel behandelt und betreut?

12. Ist die psychiatrische Betreuung und Behandlung dieser Patientengruppe in den verschiedenen Settings adäquat?

13. Ist die Kontinuität der psychiatrischen Betreuung und Behandlung auch beim Übergang von der ambulanten zur stationären Behandlung (oder umgekehrt) sichergestellt?

14. Welche Herausforderungen stellen sich bei der palliativen Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten mit einer psychischen Krankheit in Bezug auf die somatische Versorgung?

15. Welche Herausforderungen gibt es in der Praxis im Umgang mit dem Selbstbestimmungsrecht dieser Patientinnen und Patienten?

16. Wie ausgeprägt ist die interprofessionelle Zusammenarbeit bei der Behandlung dieser Patientengruppe? Wie gut funktioniert der Informationsaustausch zwischen den verschiedenen involvierten Berufsgruppen?

17. Welche Kenntnisse brauchen Palliative-Care-Fachpersonen über psychische Erkrankungen? Welche Kompetenzen benötigen sie zum angemessenen Umgang mit Patientinnen und Patienten mit einer psychiatrischen Vorgeschichte?

18. Welche Empfehlungen sind zu berücksichtigen, damit dieser Zielgruppe eine bestmögliche palliative Versorgung zuteilwird?

Leitfragen zur Patientengruppe 3

Patientengruppe 3: Somatisch schwer kranke Menschen am Lebensende, die aufgrund ihrer palliativen Situation psychische Symptome entwickeln

19. Haben Sie in Ihrer beruflichen Tätigkeit mit solchen Patientinnen und Patienten zu tun?

→ Falls nein, wir danken Ihnen für dieses Gespräch!

20. Wo (ambulant/stationär) und durch welche Fachpersonen werden diese Patientinnen und Patienten heute in der Regel behandelt und betreut?

21. Werden psychische Symptome oder Störungen in diesen Betreuungs- und Behandlungssettings zuverlässig erkannt und adäquat behandelt? In welchen Settings funktioniert dies besser, in welchen weniger?

22. Welche Kenntnisse brauchen Palliative-Care-Fachpersonen über die Erkennung und Behandlung von psychischen Störungen?

23. Wie funktioniert die interprofessionelle Zusammenarbeit mit der Psychiatrie? Wie verbreitet sind psychiatrische Konsiliardienste?

24. Lassen sich Indikationskriterien definieren, wann psychiatrische Fachpersonen beizuziehen sind?

Besten Dank für Ihre Unterstützung!

8 Anhang C: Befragung Psychiatrische Kliniken

Intro

Menschen mit psychischen Erkrankungen am Lebensende

Seit 2010 liegt die „Nationale Strategie Palliative Care“ von Bund und Kantonen vor. Diese hat sich bisher in erster Linie mit somatischen Krankheiten befasst. Das Bundesamt für Gesundheit will nun die Wissenslücke betreffend Palliative Care und psychische Erkrankungen schliessen. Mit der Teilnahme an dieser Umfrage tragen Sie dazu bei.

Der Fragebogen enthält max. 13 Fragen zu Patientinnen und Patienten am Lebensende, zu Patientinnen und Patienten mit dauerhaften Alltagsbehinderungen sowie zu Patientinnen und Patienten mit unheilbaren somatischen Erkrankungen.

Die Antworten sind mehrheitlich zum Ankreuzen und Sie benötigen max. 10 Minuten, um alle Fragen zu beantworten. Alle Angaben werden vertraulich behandelt und anonym ausgewertet.

Bitte beantworten Sie die Fragen bis zum **20. Dezember 2013**.

Fragebögen

1. Wie viele Patientinnen und Patienten wurden im Jahr 2012 in Ihrer psychiatrischen Klinik/Abteilung insgesamt behandelt?

_____ offenes Zahlenfeld

2. Wie viele Patientinnen und Patienten sind im Jahr 2012 in Ihrer Klinik/Abteilung verstorben (exkl. Suizide)?

_____ Dropdown: Bitte wählen, keine Antwort, 0,1-5, 6-10, 11-15, 16-20, 21-25, 26-30, 31-35, 36-40, 41-45, 46-50, 51-55, 56-60, 61-65, 66-70, >70

3. Wie gestaltet sich die Betreuung und Behandlung von Patientinnen und Patienten am Lebensende?

	nie	selten	manchmal	häufig	immer	Keine Antwort
Betroffene Personen werden darauf angesprochen, wie sie ihre letzten Lebensmonate verbringen möchten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Während des Aufenthalts in Ihrer Klinik werden diese Personen durch ein interprofessionelles Team betreut (Ärzte, Therapeuten, Pflegefachpersonen, Seelsorger, Sozialarbeiter/-pädagogen etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Bei einem Austritt dieser Personen engagiert sich Ihre Klinik aktiv für die Sicherstellung eines interprofessionellen Behandlungsnetzwerkes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Während des Aufenthalts in Ihrer Klinik werden diese Patientinnen und Patienten durch die zuständige niedergelassene Psychiaterin / den zuständigen niedergelassenen Psychiater weiterbetreut (falls vorhanden).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Bei einem Klinikaufenthalt findet ein Austausch mit der zuständigen niedergelassenen Psychiaterin / dem zuständigen niedergelassenen Psychiater statt (falls vorhanden).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Bei einem Austritt werden diese Patientinnen und Patienten durch Psychiaterinnen/Psychiater Ihrer Klinik weiterbetreut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Bei einem Austritt findet eine geregelte Übergabe mit den Akteuren der ambulanten Versorgung statt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Die nahestehenden Bezugspersonen werden miteinbezogen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Die Angehörigen werden unterstützt, damit sie das Ganze möglichst gut bewältigen können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Diese Patientinnen und Patienten erhalten neben der medizinischen und psychologischen Betreuung eine ihren Bedürfnissen angemessene soziale Unterstützung .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Der Zugang zu adäquaten Angeboten der spirituellen Unterstützung ist für diese Patientinnen und Patienten gewährleistet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Die spirituellen Bedürfnisse werden vom Behandlungsteam regelmässig thematisiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

4. Wie gross war 2012 der Anteil schwerkranker Patientinnen und Patienten („persistent mental illness“) bei denen trotz intensiver Behandlung keine anhaltende Symptomreduktion erzielt werden konnte, sondern dauerhafte Alltagsbehinderungen bestehen (GAF-Skala ≤ 50)? Falls Ihnen dazu die Datengrundlagen fehlen, nehmen Sie bitte eine grobe Schätzung vor.

_____ Prozent Dropdown: Bitte wählen → keine Antwort; 0 Prozent, 1-5 Prozent, 6-10 Prozent, 11-15 Prozent...96-100 Prozent

5. Wo werden solche schwerkranken Patientinnen und Patienten langfristig betreut?

	nie	selten	manchmal	häufig	immer	Keine Antwort
in der Akutpsychiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
in psychiatrischen Ambulatorien & Tageskliniken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
zu Hause durch Angebote der mobilen Psychiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
in allgemeinen Pflegeheimen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
in spezialisierten Pflegeheimen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
in spezialisierten Angeboten für betreutes Wohnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

6. Kennt Ihre Klinik/Abteilung mobile Angebote, um psychisch schwerkranke Menschen nach einem Klinikaufenthalt **zu Hause temporär** weiter zu betreuen (z.B. im Rahmen einer poststationären Übergangsbehandlung während max. drei Monaten)?
- Ja
 Nein
7. Kennt Ihre Klinik/Abteilung mobile Angebote, um psychisch schwerkranke Menschen nach einem Klinikaufenthalt **zu Hause langfristig** weiter zu betreuen (z.B. im Rahmen eines langfristigen Case Managements)?
- Ja
 Nein
8. Wären Sie an einem Erfahrungsaustausch zum Thema „Mobile psychiatrische Versorgung von Langzeitpatienten“ interessiert?
- Ja
 Nein

9. Wurden in Ihrer Klinik/Abteilung im Jahr 2012 auch psychisch Kranke behandelt, die sich aufgrund einer nicht heilbaren somatischen Erkrankung in einer palliativen Situation befinden?

- Ja
 Nein

10. (Falls Frage 9 mit „Ja“ beantwortet wurde) Wie viele solcher Patientinnen und Patienten wurden im Jahr 2012 in Ihrer Klinik/Abteilung behandelt?

_____ Dropdown: Bitte wählen, keine Antwort, 0,1-5, 6-10, 11-15, 16-20, 21-25, 26-30, >30

11. (Falls Frage 9 mit „Ja“ beantwortet wurde) Wie gross war der Anteil dieser Patientinnen und Patienten, die in Ihrer Klinik/Abteilung bis zum Tod behandelt und betreut wurden? Falls Ihnen dazu die Datengrundlagen fehlen, nehmen Sie bitte eine grobe Schätzung vor.

_____ Prozent Dropdown: Bitte wählen → keine Antwort; 0 Prozent, 1-5 Prozent, 6-10 Prozent, 11-15 Prozent...96-100 Prozent

12. (Falls Frage 9 mit „Ja“ beantwortet wurde) Wie ist die Versorgung von Patientinnen und Patienten in einer palliativen Situation in Ihrer Klinik/Abteilung organisiert?

	Ja	Nein	Keine Antwort
Für die somatische Versorgung sind Internistinnen/Internisten angestellt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Für die somatische Versorgung besteht eine Zusammenarbeit mit einem externen internistischen Dienst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Unsere Klinik verfügt intern über spezialisierte Palliative-Care-Fachpersonen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Es besteht eine Zusammenarbeit mit einem Palliative-Care-Konsiliardienst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Es wird im Einzelfall eine Lösung gesucht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

13. Werden diese Patientinnen und Patienten nach einem Austritt durch Ihre Klinik/Abteilung weiterbetreut?

	nie	selten	manchmal	häufig	immer	Keine Antwort
Bei einer Verlegung in ein somatisches Akutspital werden diese Patientinnen und Patienten durch Psychiaterinnen/Psychiater Ihrer Klinik weiterbetreut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Bei einer Verlegung auf eine spezialisierte Palliativstation werden diese Patientinnen und Patienten durch Psychiaterinnen/Psychiater Ihrer Klinik weiterbetreut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Bei einem Austritt nach Hause oder in ein Pflegeheim werden diese Patientinnen und Patienten durch Psychiaterinnen/Psychiater Ihrer Klinik weiterbetreut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

14. Was ist Ihre persönliche Funktion in dieser Klinik/Abteilung?

Besten Dank für Ihre Unterstützung!

9 Anhang D: Befragung Palliative Care Einrichtungen

Intro

Palliative Care und psychische Erkrankungen

Seit 2010 liegt die „Nationale Strategie Palliative Care“ von Bund und Kantonen vor. Diese hat sich bisher in erster Linie mit somatischen Krankheiten befasst. Das Bundesamt für Gesundheit will nun die Wissenslücke betreffend Palliative Care und psychische Erkrankungen schliessen. Mit der Teilnahme an dieser Umfrage tragen Sie dazu bei.

Der Fragebogen enthält 10 Fragen zu Ihren Patientinnen und Patienten und zur psychiatrischen Behandlung in Ihrer Klinik bzw. Ihrer Abteilung.

Die Antworten sind mehrheitlich zum Ankreuzen und Sie benötigen rund 10 Minuten, um alle Fragen zu beantworten. Alle Angaben werden vertraulich behandelt und anonym ausgewertet.

Bitte beantworten Sie die Fragen bis zum **20. Dezember 2013**.

Fragebögen

1. Wie viele Patientinnen und Patienten wurden im Jahr 2012 in Ihrer Klinik bzw. auf Ihrer Abteilung insgesamt behandelt?

_____ offenes Zahlenfeld

2. Wie viele dieser Patientinnen und Patienten verfügten über eine psychiatrische Vorgeschichte bzw. eine psychische Störung? *Falls Ihnen dazu die Datengrundlagen fehlen, nehmen Sie bitte eine grobe Schätzung vor.*

_____ Dropdown: Bitte wählen, keine Antwort, 0,1-5, 6-10, 11-15, 16-20, 21-25, 26-30, 31-35, 36-40, 41-45, 46-50, >50

3. Wie viele Patientinnen und Patienten mit folgenden Primärindikationen wurden im Jahr 2012 in Ihrer Klinik bzw. auf Ihrer Abteilung behandelt? *Falls Ihnen dazu die Datengrundlagen fehlen, nehmen Sie bitte eine grobe Schätzung vor.*

Dropdown: Bitte wählen, keine Antwort, 0,1,2,...30, >30

Schwere Anorexien	_____
Abhängigkeit von Suchtstoffen	_____
Therapieresistente Depressionen	_____
Bipolare Störungen	_____
Schizophrenien	_____
Persönlichkeitsstörungen	_____
Posttraumatische Belastungsstörungen	_____

4. Wie viele Anfragen von Patientinnen und Patienten mit folgenden Primärindikationen hat Ihre Klinik bzw. Ihre Abteilung im Jahr 2012 abgelehnt? *Falls Ihnen dazu die Datengrundlagen fehlen, nehmen Sie bitte eine grobe Schätzung vor.*

Dropdown: Bitte wählen, keine Antwort, 0,1,2,...30, >30

Schwere Anorexien	_____
Abhängigkeit von Suchtstoffen	_____
Therapieresistente Depressionen	_____
Bipolare Störungen	_____
Schizophrenien	_____
Persönlichkeitsstörungen	_____
Posttraumatische Belastungsstörungen	_____

5. Nimmt Ihre Klinik bzw. Ihre Abteilung auch Patientinnen und Patienten auf, die sich im Zustand einer akuten psychischen Dekompensation befinden?

- Ja
 Nein

6. Wie ist die psychiatrische Betreuung und Behandlung in Ihrer Klinik bzw. in Ihrer Abteilung organisiert?

	Ja	Nein	Keine Antwort
Angestellte Psychiaterinnen/Psychiater gehören zum Ärzteteam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Angestellte Psychologinnen/Psychologen gehören zum Team.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Es sind Pflegefachpersonen mit der Vertiefung Psychiatrie angestellt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Es besteht eine institutionalisierte Zusammenarbeit mit einem externen psychiatrischen Liaison- oder Konsiliardienst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Über den Beizug einer externen Psychiaterin/eines externen Psychiaters wird im Team entschieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Patientinnen und Patienten mit einer psychiatrischen Vorgeschichte werden durch die zuständige niedergelassene Psychiaterin / den zuständigen niedergelassenen Psychiater weiterbetreut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Bei Patientinnen und Patienten mit einer psychiatrischen Vorgeschichte findet ein Informationsaustausch mit der zuständigen niedergelassenen Psychiaterin/dem zuständigen niedergelassenen Psychiater statt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Jede Patientin / jeder Patient wird nach Eintritt von einer Psychiaterin / einem Psychiater abgeklärt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Bei jeder Patientin / jedem Patienten wird in regelmässigen Abständen ein Screening psychischer Störungen durchgeführt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Psychopharmaka werden ausschliesslich durch Psychiater verschrieben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Psychopharmaka werden in der Regel durch Allgemeinmediziner/Internisten verschrieben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

7. Wie beurteilen Sie die psychiatrische Versorgung der Patientinnen und Patienten in Ihrer Klinik bzw. in Ihrer Abteilung?

	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft zu	Keine Antwort
Psychische Symptome oder Störungen werden in unserer Klinik bzw. Abteilung zuverlässig erkannt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Psychiater/innen werden rechtzeitig beigezogen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Psychische Symptome oder Störungen werden in unserer Klinik bzw. Abteilung adäquat behandelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

8. In welchen Fällen ist eine Psychiaterin/ein Psychiater beizuziehen? *Mehrere Antworten sind möglich.*

	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft zu	Keine Antwort
Psychiater sollten immer beigezogen werden, mindestens für ein Screening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Wunsch des Patienten nach psychiatrischer Betreuung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Selbst – und Fremdgefährdung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Auffällige Verhaltensweisen bzw. psychische Symptome (bspw. Depression, Schizophrenie, Angststörungen, Verwirrheitszustände, wahnhaftige Störungen, Delir, aggressive Zustände, Suchtprobleme, Verschlossenheit, Unruhe, Weinen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Komorbide psychiatrische Störungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Therapieresistenzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Hirnorganische Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Fehlende Compliance/Kooperation (Verweigerung von Medikamenten oder Behandlungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
zur Abklärung der Urteilsfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Psychopathologien auf Familienebene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
schlechte psychische Befindlichkeit der Angehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

9. Gibt es andere Indikationskriterien für den Beizug einer Psychiaterin/eines Psychiaters?

10. Was ist Ihre persönliche Funktion in dieser Klinik bzw. Abteilung?

Besten Dank für Ihre Unterstützung!