

Volker Schulte Christoph Steinebach
Herausgeber

Innovative Palliative Care

Für eine neue Kultur der Pflege,
Medizin und Betreuung

Mit einem Geleitwort von Gian Domenico Borasio

HUBER



Schulte / Steinebach (Hrsg.)
Innovative Palliative Care

Verlag Hans Huber
Programmbereich Palliative Care

Beirat Palliative Care
Dr. Christoph Gerhard, Dinslaken
Markus Feuz, Flurlingen

Beirat Pflege
Angelika Abt-Zegelin, Dortmund
Jürgen Osterbrink, Salzburg
Doris Schaeffer, Bielefeld
Christine Sowinski, Köln
Franz Wagner, Berlin



Volker Schulte
Christoph Steinebach
(Herausgeber)

Innovative Palliative Care

Für eine neue Kultur der Pflege, Medizin und Betreuung

Mit einem Geleitwort von Gian Domenico Borasio

Unter Mitarbeit von

Bettina Abel
A. Doris Baumgartner
Christoph Cina
Steffen Eychmüller
André Fringer
Catherine Gasser

Simone Hofer
Roland Kunz
Ursula Steinebach
Wolfgang Wodarg
Markus Zimmermann-Acklin

Verlag Hans Huber

Prof. Dr. Volker Schulte, Leiter Kompetenzzentrum Gesundheitsmanagement, Institut für Unternehmensführung,
Hochschule für Wirtschaft, Fachhochschule Nordwestschweiz
Campus Brugg-Windisch
Bahnhofstrasse 5
CH-5210 Windisch
E-Mail: volker.schulte@fhnw.ch
Internet: www.fhnw.ch/wirtschaft

Prof. Dr. Christoph Steinebach Direktor Departement Angewandte Psychologie, Direktor IAP Institut für Angewandte Psychologie
ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften
Departement Angewandte Psychologie
Forschungsschwerpunkt Beratung und Training in Organisationen
Minervastrasse 30, Postfach
CH-8032 Zürich
E-Mail: seit@zhaw.ch
Internet: www.psychologie.zhaw.ch

Lektorat: Jürgen Georg, Gaby Burgermeister
Herstellung: Daniel Berger
Titelillustration: Jürgen Georg, Schüpfen
Umschlaggestaltung: Claude Borer, Basel
Satz: Claudia Wild, Konstanz
Druck und buchbinderische Verarbeitung: AZ Druck und Datentechnik GmbH, Kempten
Printed in Germany

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Angaben sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.



Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Verfasser haben größte Mühe darauf verwandt, dass die therapeutischen Angaben insbesondere von Medikamenten, ihre Dosierungen und Applikationen dem jeweiligen Wissensstand bei der Fertigstellung des Werkes entsprechen. Da jedoch die Pflege und Medizin als Wissenschaften ständig im Fluss sind, da menschliche Irrtümer und Druckfehler nie völlig auszuschließen sind, übernimmt der Verlag für derartige Angaben keine Gewähr. Jeder Anwender ist daher dringend aufgefordert, alle Angaben in eigener Verantwortung auf ihre Richtigkeit zu überprüfen. Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen oder Warenbezeichnungen in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen-Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Verlag Hans Huber
Lektorat: Pflege
z. Hd.: Jürgen Georg
Länggass-Strasse 76
CH-3000 Bern 9
Tel: 0041 (0)31 300 45 00
Fax: 0041 (0)31 300 45 93
E-Mail: verlag@hanshuber.com
Internet: <http://verlag-hanshuber.com>

1. Auflage 2014
© 2014 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern
(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-456-95338-8)
(E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-456-75338-6)
ISBN 978-3-456-85338-3

Inhaltsverzeichnis

Geleitwort	11
Vorwort	13
Teil 1: Einleitung – Gesellschaftliche Bedeutung von Palliative Care, Fakten und Trends	15
<i>Christoph Steinebach und Volker Schulte</i>	
1. Begriff und Entwicklungssystematik	17
1.1 Entwicklungssystematik	18
1.2 Demografische Marksteine	20
1.3 Neuer Ansatz der Versorgung	20
1.3.1 Infragestellung von medizinischen Interventionen	20
1.3.2 Unrealistische Erwartungen	21
1.3.3 Mangelnde Personalressourcen	21
1.3.4 Ergebnis-Forschung zum Nutzen des Patienten	21
1.3.5 Neues Finanzierungssystem	21
1.4 Die gesellschaftliche Verankerung von Palliative Care	21
1.4.1 Versorgung	21
1.4.2 Finanzierung	22
1.4.3 Sensibilisierung	22
1.4.4 Bildung	22
1.4.5 Forschung	22
1.5 Multidisziplinäre Versorgungsstandards	24
1.6 Literatur	25
Teil 2: Primat der Politik: Palliative Care als neue gesellschaftspolitische Herausforderung	27
2. Die Bedeutung von Palliative Care im Kontext der demografischen Entwicklung und der Pluralisierung von Lebensformen	29
<i>A. Doris Baumgartner und André Fringer</i>	
2.1 Einleitung	29
2.2 Demografische Aspekte	30
2.2.1 Sterben als Altersphänomen	30

2.2.2	Todesursachen und Sterberisiken	30
2.3	Palliative-Care-Angebote	32
2.3.1	Charakteristik einer zeitgemäßen Palliativpflege	32
2.3.2	Die Versorgung mit Palliative Care in der Schweiz	33
2.4	Care in der Familie	34
2.4.1	Wer pflegt?	35
2.4.2	Die heutige Care-Situation in der Familie	35
2.4.3	Traditionelles Familienmodell und Palliative Care	37
2.4.4	Zur künftigen Entwicklung der familialen Care-Arbeit	38
2.5	Palliative Care im Lichte der demografischen und gesellschaftlichen Entwicklung	39
2.5.1	Das Dilemma	39
2.5.2	Ansätze einer zukunftsgerichteten Palliative-Care-Strategie	41
2.6	Literatur	42
3. Palliative Care als Anliegen der Europäischen Politik		44
<i>Wolfgang Wodarg</i>		
3.1	Die Entwicklung der Palliative-Care-Bewegung in der europäischen Politik	44
3.1.1	Der Europarat	44
3.1.2	Die Europäische Union	45
3.2	Schwächen im EU-Bericht	47
3.3	Palliative Care – eine Tugend, die aus der Not geboren wurde	48
3.4	Skandinavische Variationen	48
3.5	Vertrauen als Grundlage der Entlastung chronisch kranker und sterbender Menschen	50
3.6	Ehemalige Ostblock-Staaten	50
3.7	Zusammenfassung der historischen Entwicklung in Europa	51
3.8	Was tun?	51
3.9	Weshalb die Palliative-Care-Idee viel mehr ist, als sie selbst anfangs glaubte	52
3.10	Europarat und Europäische Union: Gesundheitssysteme unter ökonomischem Druck	52
3.11	Paradigmenwechsel: Vom öffentlichen Gesundheitssystem zur Gesundheitswirtschaft?	54
3.12	Kriminelles Marketing	55
3.13	Offen über Interessenkonflikte reden und transparente Lösungen finden	55
3.14	Soziale Hilfesysteme brauchen Vertrauen	56
3.15	Literatur	57
4. Bildung in der Palliative Care		59
<i>Catherine Gasser und Simone Hofer</i>		
4.1	Einleitung	59
4.2	Das schweizerische Bildungskonzept «Palliative Care und Bildung»	61
4.3	Erbringer von und Rahmenbedingungen für Palliative Care	63
4.4	Herausforderungen in der Palliative-Care-Bildung	63
4.4.1	Gesamtschweizerisch einheitliches Verständnis von Palliative Care in der Aus- und Weiterbildung	63

4.4.2	Zusammenarbeit und gemeinsame Entscheidungsfindung zwischen Gesundheitsfachpersonen und Patienten	63
4.4.3	Praxisgerechte Curricula	64
4.4.4	Fach-, Kommunikations- und Sozialkompetenzen	64
4.4.5	Inter- und transprofessionelle Ausbildung	65
4.5	Umsetzung des Nationalen Bildungskonzepts	65
4.6	Ausblick	66
4.7	Literatur	67
Teil 3: Ethische Dimensionen der Palliative Care		69
5. Lebensqualität in der letzten Lebensphase		71
<i>Steffen Eychmüller</i>		
5.1	Vorbemerkung	71
5.2	Modelle und Konzepte der Lebensqualität	72
5.3	Das Vorgehen	73
5.3.1	Fallbeispiel zur Selbstwirksamkeit	73
5.3.2	Von der Ausrichtung an Patientenzielen zum «Calman Gap»	74
5.4	Die Stressreduktion	75
5.5	Das Ende ist mein Anfang	76
5.6	Literatur	78
6. Sterbehilfe und Palliative Care – Überlegungen aus ethischer Sicht		80
<i>Markus Zimmermann-Acklin</i>		
6.1	Innen- und Außensichten	80
6.2	Fragestellung	82
6.3	Begriffe, Praxis und Regelung	83
6.4	Ethische Orientierungen	84
6.4.1	Stärkung der Palliative Care	85
6.4.2	Angemessener Umgang mit den Mitteln der technisierten Medizin	87
6.4.3	Etablierung der Suizidhilfe	88
6.5	Fazit	89
6.6	Literatur	90
7. Beratung in der Palliative Care		93
<i>Christoph Steinebach und Ursula Steinebach</i>		
7.1	Einführung	93
7.2	Entwicklung zum Lebensende	93
7.2.1	Entwicklung über die Lebensspanne	94
7.2.2	Ressourcen und Resilienz	95
7.2.3	Bedürfnisse	96
7.3	Beratung als Begleitung	98
7.3.1	Information und Beziehung	98
7.3.2	Theorie und Praxis	99
7.4	Beratung am Lebensende	100

7.4.1	Beratung der Patientinnen und Patienten	100
7.4.2	Beratung der Angehörigen	102
7.4.3	Beratung der Fachkräfte	103
7.5	Ausblick	104
7.6	Literatur	105
Teil 4: Multidisziplinäre Versorgungsstandards		107
8. Interdisziplinäre Betreuung und Integrierte Versorgung		109
<i>Roland Kunz</i>		
8.1	Einleitung	109
8.1.1	Interdisziplinäre oder multidisziplinäre Versorgung?	109
8.1.2	Multidisziplinarität	110
8.1.3	Interdisziplinarität	110
8.1.4	Transdisziplinarität	110
8.1.5	Interprofessionalität	111
8.1.6	Palliative Care und Interdisziplinarität	111
8.2	Das Netz als Grundlage der Palliativversorgung in der Schweiz	114
8.2.1	Grundversorgung und spezialisierte Palliative Care	115
8.2.2	Qualität der Versorgungsangebote	117
8.3	Literatur	118
9. Implementierung der Palliative Care auf lokaler und regionaler Ebene		120
<i>Christoph Cina</i>		
9.1	Einleitung	120
9.2	Ausgangslage	120
9.3	Das Recht auf ein menschenwürdiges Sterben	121
9.4	Die Aufgabe der kantonalen Gesundheitsbehörden	121
9.5	Der Kanton Solothurn	122
9.6	Wünsche der Patientinnen und Patienten	122
9.7	Implementierung von Palliative Care im Kanton Solothurn	123
9.8	Informationsveranstaltungen	124
9.9	Aufbau unserer Veranstaltungen	127
9.9.1	Workshops	127
9.9.2	Öffentliche Veranstaltungen	127
9.10	Reflexionen zu Schwach- und Schnittstellen in der Palliative Care	128
9.11	Lösungsansätze	129
9.12	Der Betreuungs- und Maßnahmenplan	130
9.13	Die stationäre palliativmedizinische Versorgung im Kanton Solothurn	131
9.14	Palliativstationen sind keine Selbstverständlichkeit	132
9.15	Der Patientenwille	133
9.16	Finanzierung des Pilotprojekts für die Jahre 2011 bis 2013	134
9.17	Projekte	134
9.17.1	Geschäftsstelle	134
9.17.2	Elektronische Plattform	134

9.17.3	Veranstaltungen	135
9.17.4	Mobiles Palliative-Care-Team	135
9.17.5	Website	135
9.18	Finanzierungslücken in der Grundversorgung	135
9.19	Die Tarifstruktur «Tarmed»	135
9.20	Die DRGs im stationären Bereich	136
9.21	Obligatorische Krankenpflegeversicherung	137
9.22	Zusammenfassende Kommentare	137
9.23	Das Manifest von Luzern	137
9.24	Die Erklärung von Solothurn	137
9.25	Literatur	138

Teil 5: Internationale Trends der Palliative Care 139

10. Was wir vom Ausland lernen können – die internationale Dimension von Palliative Care 141

Volker Schulte

10.1	Vorteile einer multinationalen Palliative-Care-Systematik	141
10.2	Lebensqualität im Mittelpunkt der Betreuung	141
10.3	Palliative Care im Wandel der Zeiten	142
10.4	Die Bedeutung von transnationalen und internationalen Organisationen in der Palliative Care	143
10.5	Palliative Care in der EU	144
10.6	Position des Europarates zu Palliative Care	144
10.7	Trends in der internationalen Politik und Gesetzgebung	145
10.8	Länderbeispiele	146
10.8.1	Mittel- und Osteuropa	146
10.8.2	Großbritannien	146
10.8.3	Katalonien	147
10.8.4	Australien	148
10.8.5	Kerala	149
10.11	Internationale Palliative Care quo vadis?	150
10.12	Literatur	150

Teil 6: Synthese und Vision 153

11. Multidisziplinäre Gesundheitspolitik und Gesundheitswissenschaft von morgen 155

Bettina Abel, Volker Schulte und Christoph Steinebach

11.1	Die Utopie vom endlosen Leben	155
11.2	Kryonik	155
11.3	Personalisierte Medizin	156
11.4	Human Enhancement	156
11.5	Steigerung der Gesundheitskompetenz	157

11.6	«Gesundheit für alle»	157
11.7	Gesundheitsförderung in der Palliative Care	158
11.8	Literatur	160
Anhang	163
	Ergänzende Literatur zur Palliative Care	165
	Adressen- und Linkverzeichnis	172
	Autorenverzeichnis	174
	Sachwortverzeichnis	177

Geleitwort

Es ist fünf vor zwölf. Die Ökonomisierung der Medizin, gekoppelt mit der demografischen Entwicklung und dem alles durchdringenden Profitstreben in einer globalisierten Weltwirtschaft, drohen die Deutungshoheit über grundsätzliche Entscheidungen im Gesundheitswesen schleichend zu überzunehmen. Zunehmend werden sämtliche Bestandteile des Gesundheitssystems – einschließlich der Patienten – primär auf ihr ökonomisches Wertschöpfungspotenzial hin analysiert. Dies zeigt sich insbesondere in der letzten Lebensphase. Es ist schon lange bekannt, dass ein großer Teil der Gesundheitskosten in den letzten Jahren eines Menschenlebens entsteht. Zunehmend wird auch bekannt, dass gerade in dieser Lebensphase vielfach unnötige, mitunter sogar schädliche Therapieansätze, nicht nur pharmakologischer Art, propagiert werden, von denen vor allem die Aktionäre der produzierenden Firmen profitieren. Dazu ein konkretes Beispiel:

Der 32-jährige Patient war an einer seltenen, aggressiven Krebsart erkrankt. Die Krankheit war weit fortgeschritten, die Lebenserwartung sehr gering. Da wurde ihm die Behandlung mit einem gerade neu zugelassenen Medikament, einem sogenannten «monoklonalen Antikörper» angeboten. Der Patient willigte ein. Als das Palliativteam beratend hinzugezogen wurde, litt er stark an den tumorbedingten Schmerzen, aber auch unter den Nebenwirkungen der Behandlung (Durchfall, Übelkeit, Erbrechen und stark juckender Hautausschlag). Aus palliativmedizinischer Sicht hätte er unter anderem dringend einer Cortisontherapie bedurft, um seine Beschwerden

zu lindern. Die behandelnden Ärzte lehnten unseren Rat aber ab, da sie befürchteten, dass das Cortison die Wirkung des neuen Medikaments beeinträchtigen könnte. Der junge Patient starb qualvoll drei Tage später.¹

In den letzten Jahren hat die Pharmaindustrie eine ganze Reihe teurer Krebsmedikamente mit zum Teil nur geringer Wirkung auf den Markt gebracht. Der in obigem Fallbeispiel erwähnte Antikörper wurde 2011 in Europa zugelassen. Die durchschnittliche Verlängerung der Lebenszeit beträgt etwa drei Monate, allerdings um den Preis von schweren und sehr häufigen Nebenwirkungen, welche die Lebensqualität der Patienten in der letzten Lebensphase dramatisch verschlechtern können. Die Behandlungskosten pro Patient mit dem oben beschriebenen Antikörper können über 100 000 Franken betragen. Würden alle 250 Patienten, die an dieser Krebsart pro Jahr in der Schweiz sterben, mit diesem Antikörper behandelt (worauf sie einen Anspruch haben), würde dies das Gesundheitssystem mehr als 25 Millionen Franken jährlich kosten. Zum Vergleich: Das Palliativprogramm des Kantons Waadt, das unter anderem eine flächendeckende häusliche Palliativversorgung mit mobilen Teams für die gesamte Kantonsbevölkerung zur Verfügung stellt, kostet gerade einmal 3,8 Millionen Franken pro Jahr.

¹ Aus: Borasio, G. D. (2012). Über das Sterben. Was wir wissen – was wir tun können – wie wir uns darauf einstellen. 10. aktualisierte und ergänzte Auflage. München: Verlag C. H. Beck. 2012, S. 129–130.

Aus diesem Beispiel ergibt sich eindeutig, auf welcher schiefen Ebene die Krankenversorgung, gerade am Lebensende, geraten ist. Palliative Care stellt (wieder) die Prioritäten der kranken Menschen und ihre Einbettung in ihr jeweiliges soziales Umfeld in den Mittelpunkt. Palliative Care bietet damit einen Ansatz, der nicht aprioristischen «Gesundheitsvorstellungen» folgt, die oft genug Verschleierungstaktiken für Gewinnmaximierungsstrategien darstellen, sondern die subjektiv empfundene Lebensqualität der Patienten und ihrer Familien in den Vordergrund rückt. Die Ergebnisse sind so erstaunlich wie eigentlich vorhersehbar:

Im August 2010 wurde im *New England Journal of Medicine* eine Studie von Jennifer Temel und Mitarbeitern aus der Harvard Medical School in Boston publiziert, bei der zwei Gruppen von Patienten mit fortgeschrittenem metastasiertem Lungenkarzinom verglichen wurden.² Die erste Gruppe bekam die übliche Therapie. Bei der zweiten Gruppe wurde frühzeitig die Palliativmedizin in die Betreuung integriert. Die Zuordnung der Patienten zu den beiden Gruppen erfolgte zufallsgesteuert. Der Gruppenvergleich ergab folgendes Ergebnis: Die Patienten in der Gruppe mit frühzeitiger Palliativbetreuung hatten eine bessere Lebensqualität, eine geringere Rate an depressiven Symptomen und bekamen weniger häufig aggressive Therapien (wie z.B. Chemotherapie) am Lebensende, was gleichzeitig eine Kostenreduktion bedeutet. Diese Ergebnisse sind für sich genommen nicht sehr überraschend, denn die Verbesserung der Lebensqualität durch eine gute Palliativbetreuung ist inzwischen in Hunderten von Studien nachgewiesen worden. Was aber einen Perspektivwechsel in der modernen Medizin

einleiten könnte, ist die Tatsache, dass die Patienten in der Palliativgruppe außerdem eine signifikant *längere* Überlebenszeit im Vergleich zur Kontrollgruppe aufwiesen. Der Unterschied betrug fast drei Monate (ähnlich wie der oben erwähnte Antikörper, aber bei gleichzeitiger Verbesserung der Lebensqualität und Kostensenkung). Ein solches Ergebnis würde bei Medikamentenstudien zur Therapie von fortgeschrittenem Lungenkrebs in der Pharmabranche als wegweisender Therapieerfolg gelten und das entsprechende Medikament weltweit mit großem Aufwand beworben werden.

Angesichts dieser Daten sollte jedes auf rationaler Basis arbeitende Gesundheitssystem sich auf einen dermaßen erfolgreichen Ansatz geradezu stürzen und ihn mit Vehemenz propagieren und umsetzen. Denn Palliative Care, wie sie in diesem Buch von namhaften Vertretern der Schweizer und internationalen Palliative-Care-Szene mit profunder Fachkenntnis dargelegt wird, bietet den Ansatz, den das moderne Gesundheitssystem braucht, um die Problematik der demografischen Entwicklung und der Chronifizierung der Krankheiten in den Griff zu bekommen.

Über 90 % der Menschen werden in Zukunft an chronischen Krankheiten sterben. Das bedeutet, dass das, was wir heute als den «Sterbeprozess» bezeichnen, zunehmend undeutlichere Konturen erhalten wird. Seine Dauer wird sich zudem enorm ausdehnen. War es in früheren Jahrhunderten üblich, von der Sterbephase als von einem Lebensabschnitt von wenigen Tagen oder gar wenigen Stunden zu reden, so sind es heute schon Monate bis Jahre, und es werden in Zukunft Jahre bis Jahrzehnte sein – ein langer Zeitraum eines chronischen körperlichen und vielfach auch geistigen Verfalls. Denkt man sich die heutige Entwicklung weiter, so birgt sie im Spagat zwischen maximaler Gewinnausschöpfung (dort wo sie möglich ist) und Förderung des ökonomieverträglichen, mehr oder weniger freiwilligen Frühablebens (dort wo kein Gewinn winkt) die Gefahr eines menschenverachtenden Gesundheitswesens in sich. Palliative

2 Temel, J.S., Greer, J.A., Muzikansky, A., Gallagher, E.R., Admane, S., Jackson, V.A., Dahlin, C.M., Blinderman, C.D., Jacobsen, J., Pirl, W.F., Billings, J.A., Lynch, T.J. (2010). Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med*, 363(8):733–742.

Care, als multi-, inter- und transprofessionelle Disziplin wie auch als starke Bürgerbewegung, ist die Antwort, die sich die Gesellschaft auf diese immer drängender werdende Frage geben kann und geben sollte, bevor es zu spät ist.

Werke wie das vorliegende können hierzu den Weg weisen.

Prof. Dr. Gian Domenico Borasio, Lehrstuhl für Palliativmedizin, Universität Lausanne

Vorwort

Wir geben hier ein Sachbuch heraus, das sich für eine neue Kultur der Pflege, Medizin und Betreuung in der Palliative Care einsetzt. Mehr noch, wir sehen in diesem Versorgungsbereich ein gutes Beispiel, das über den eigentlichen Betreuungs- und Versorgungsfokus hinausgeht. Palliative Care ist eine noch junge Disziplin der Gesundheitsversorgungsforschung. Hier können neue Organisations- und Steuerungsprozesse quasi unter dem Brennglas ermittelt werden, die dann auch wieder Rückschlüsse zulassen auf das gesamte Versorgungssystem. Insofern bietet die Palliative Care eine Chance, eine Vorreiterrolle bei der Entwicklung und Implementierung patientennahe Prozesse zu spielen.

Die Palliative Care zeigt gesundheitsbezogene Entwicklungen und Probleme auf, wie sie sich auch sonst in der Versorgung bemerkbar machen. Als Stichworte seien hier die Auswirkungen des demografischen Wandels, die steigende Lebenserwartung und die damit verbundenen Veränderungen im Krankheitsspektrum, die patientennahe Pflege und Betreuung sowie die Schaffung von möglichst viel Lebensqualität sowohl für Patienten als auch für die Akteure genannt. Palliative Care kann Voraussetzungen dafür schaffen, das Gesamtsystem von Leistungserbringern und Leistungsbezüglern zu hinterfragen und neue Antworten zu geben.

Eine hochwertige und professionelle Palliative Care orientiert sich sehr stark an den Bedürfnissen der Patienten. Im Zentrum steht damit die Frage, wie unter den Vorgaben einer

stärkeren Kosteneffizienz ein unmittelbarer Nutzen für den Endkunden, den Patienten erzielt werden kann. Wir versuchen, im Bereich der Palliative Care Strukturen und Funktionen sozialer Verflechtungszusammenhänge darzustellen, und fragen nach den Wechselwirkungen, welche sich aus einem multiprofessionellen und damit komplexen System für die Akteure ergeben. Dabei interessieren uns vor allem gute Beispiele in der Praxis, die wenn nicht kopierbar, so doch möglichst für andere Versorgungssysteme adaptierbar sein sollen.

Dieses Buch kann nicht Antwort geben auf alle drängenden Fragen der Palliative Care. Wir sind aber überzeugt, mit den einzelnen Beiträgen Anregungen für eine professionelle Weiterentwicklung geben zu können.

Wir danken Herrn Jürgen Georg und Frau Gaby Burgermeister vom Verlag Hans Huber für die konstruktive Begleitung unseres Buchprojekts sowie Frau Viola Steinebach und Frau Katja Manike für die Unterstützung bei der redaktionellen Arbeit. Unser besonderer Dank gilt allen Autorinnen und Autoren für ihre Beiträge. Aus ganz unterschiedlichen Perspektiven zeigen sie auf, wie Palliative Care als patientenorientiertes Versorgungssystem entwickelt werden kann, auf welchen Werten sie aufbaut und wie sie Beispiel sein kann für eine Disziplin, die den Menschen in den Mittelpunkt stellt.

Bern und Zürich, im Juni 2013

Volker B. Schulte und Christoph Steinebach

