

Zeitschrift: Infokara : Fachzeitschrift der Schweizerischen Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung

Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung

Band: 3 (1998)

Heft: 4

Artikel: Hospice im Tessin

Autor: Lang Meier, Marianne

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1091840>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 25.04.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Robbins, R.A.: *Death competency: A study of hospice volunteers. Special Issue: Death attitudes. Death Studies.* 16 (1992) 6, Seite 557-569

Shuff, I.M., Horne, A.M., Westberg, N.G., Mooney, S.P.: *Volunteers under threat: AIDS hospice volunteers compared to volunteers in a traditional hospice. Special Issue: AIDS and the hospice community. Hospice Journal.* 7 (1991) 1-2, Seite 85-107

Simonton, O.C.: *Auf dem Weg der Besserung.* Reinbek 1993

Student, J.-C. (Hrsg.): *Das Hospiz-Buch.* 3. Auflage, Lambertus, Freiburg 1994

Student, J.-C.: *Das Hospiz-Konzept in der hausärztlichen Betreuung.* In: *Hausärztliche Betreuung des Schwerkranken und Sterbenden*, hrsg. von A. Keseberg und H.-H. Schrömbgens. Hippokrates, Stuttgart 1995, Seite 233 - 244

Student, J.-C., Tiffin-Richards, M.C.: *Beratung und Hilfen für Menschen mit AIDS. Zur Konzeption und Evaluation eines berufsbegleitenden Studienganges.* In: Holthaus, E., Berndt, H., Elkeles, T., Frank, M., Zillich, N. (Hrsg.): *Soziale Arbeit und Soziale Medizin.* FHSS, Berlin 1992, Seite 190 - 214

Student, J.-C., Tiffin-Richards, M.C.: *Ohne Schmerzen sterben - die orale Morphin-Therapie in der Hand des Hausarztes.* 2. Auflage, Evangelische Fachhochschule, Hannover 1995

Tausch, A.-M., Tausch, R.: *Sanftes Sterben.* Rowohlt, Reinbeck 1985

Torrens, P.R. (Hrsg.): *Hospice Programs and Public Policy.* American Hospital Publishing Inc., Chicago 1985

Towle, J.: *The Spirit of Volunteering.* Hospice bulletin 2 (1995) 2, Seite 2

Twycross, R., Zenz, M.: *Die Anwendung von oralem Morphin bei inkurablen Schmerzen.* Anaesthesist 32 (1983), S. 279 - 283

Wilkinson, H.J., Wilkinson, J.W.: *Evaluation of a hospice volunteer training program.* Omega - Journal of Death & Dying. 17 (1986-87) 3, Seite 263-275

Marianne Lang Meier*

Hospice im Tessin

Geschichtliches

Nach dem Ideengut der anglosächsischen Hospice-Bewegung wurde 1990 im Tessin das erste Hospice-Pilotprojekt gestartet. Im Gegensatz zu den englischen Vorbildern besteht aber das Hospice-Programm im Tessin nicht aus einem Gebäude; übernommen wurde der Grundgedanke, schwerkranken Tumorpatienten die Möglichkeit zu geben, die letzten Lebensmonate oder -wochen zuhause oder an einem andern Ort ihrer Wahl zu verbringen, auch in Augenblicken, in denen sie durch das fortgeschrittene Leiden in ihrer Aktivität stark eingeschränkt sind.

Aufgrund einer retrospektiven Analyse wurde ersichtlich, dass bis 1990 im Tessin rund 70-80 % aller Tumorpatienten im Spital starben. Die häufigsten Hospitalisationsgründe für Patienten mit fortgeschrittenem Krebsleiden gehen aus Tabelle 1 hervor:

Tabelle 1

Asthenie
Schmerzen
Atemnot
Verwirrungszustände
Überlastung der Familie

*Dr. med., Lugano, September 1998

Ziele

Wollten wir die Selbstbestimmung in bezug auf Pflege- und Sterbeort erweitern und die Hospitalisationshäufigkeit und -dauer vermindern, galt es, eine Struktur zu schaffen, welche imstande ist, diesen fünf Hauptursachen wirksam zu begegnen.

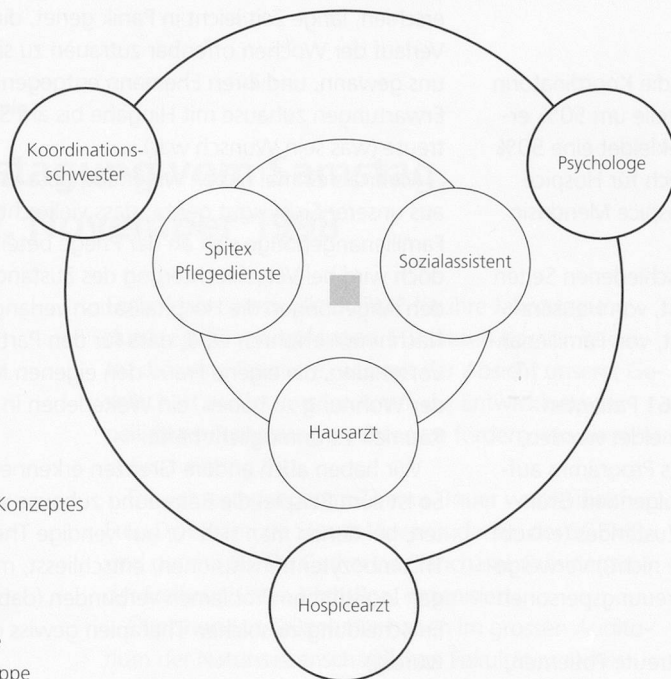
Bei der Planung wurde uns bewusst, dass die Schaffung einer stationären Struktur nach dem Vorbild der anglosächsischen Hospices aus finanziellen Gründen nicht möglich ist. Es wurde uns aber auch bald klar, dass eigentlich genügend Ressourcen vorhanden sind, mit denen schwerkranke und sterbende Menschen zuhause betreut werden konnten: Hausärzte, ein gut organisierter halbstaatlicher Hauspflegedienst mit Krankenschwestern und Haushalthilfen «unter einem Dach», Sozialdienste, Freiwilligenorganisationen, Physiotherapeuten, Seelsorger, Familienstrukturen usw.

Es ging also nicht darum, neue Einrichtungen zu schaffen. Das Problem bestand und besteht vielmehr darin, die einzelnen Kräfte zu koordinieren und eventuell zu ergänzen.

Strukturen

So entstanden Strukturen nach dem im folgenden erläuterten Modell (siehe Figur 1); zuerst im Mendri-

siotto, dem südlichsten Teil des Tessins, danach im Luganese, und in der Folge auch in den Regionen des Sopraceneri.



Figur 1
Schema des Konzeptes von Hospice

- Pflegeeinheit
- Pfleegeruppe
- Supportivgruppe

In Zentrum steht die «Pflegeeinheit». Sie besteht aus dem Kranken und seiner/ seinen Bezugsperson/en. Diese Bezugspersonen sind einerseits Teil der «Pflegergruppe», in der sie aktiv in die Betreuung integriert werden. Andererseits werden sie aber auch von der «Pflegergruppe» und von der «Supportivgruppe» physisch und moralisch (während der Krankheit und in der Trauerphase) mitbetreut.

Die primäre (direkte) Betreuung der Pflegeeinheit wird durch die «Pflegergruppe» gewährleistet. Diese beruht auf 3 bis 4 Hauptstützen: dem Hausarzt, den spitalexternen Pflegediensten und den Sozialdiensten (im Tessin sind die Sozialarbeiterinnen von der Kantonalen Krebsliga angestellt). Idealerweise ist auch der Seelsorger Teil der Pfleegeruppe.

Rund um die Pfleegeruppe schart sich die «Supportivgruppe»; deren wichtigsten Elemente sind:

- die Koordinatorin: eine Krankenschwester mit Ausbildung in Onkologie und Palliativpflege, welche ein weitumfassendes Pflichtenheft hat: Abklärung von Ressourcen der Pflegeeinheit, Erhebung der Bedürfnisse, Organisation der materiellen Hilfsmittel (Möbiliar, Telefon, Rehabilitationsmittel usw.), Erstellen von Einsatzplänen, Sicherstellen des Informationsflusses, Leitung der wöchentlichen Versammlung und vieles mehr.

- der Hospicearzt: Onkologe mit Ausbildung in Palliativmedizin. Er steht dem Hausarzt konsiliarisch bei und besucht den Patienten zu Hause auf Anfrage. Er vertritt nach Absprache den Hausarzt für die gemeinsamen Patienten.

- der Psychologe: Psychiater mit langjähriger Erfahrung in Psychoonkologie. Er wirkt vor allem als Supervisor der Pfleger- und der Supportivgruppe. Er betreut auch onkologische Patienten direkt.

Ein wichtiges Moment von Hospice ist die wöchentliche Versammlung. Die Bezugsperson der Pfleegeruppe (in der Regel eine Krankenschwester) berichtet darüber, wie der Patient die vergangene Woche verbracht hat. Aufgrund der multiprofessionalen und interdisziplinären Beurteilung der Probleme und der Ressourcen wird das Programm für die folgende Woche aufgestellt. Die Koordinatorin, welche die Diskussion leitet, verteilt die Aufgaben. Falls der Hausarzt nicht persönlich an der Versammlung teilnimmt, und diese Teilnahmen sind leider selten, wird er vom Hospicearzt unmittelbar nach der Versammlung über die Situation informiert und entsprechende Therapieempfehlungen werden mit ihm diskutiert.

Für jeden Patienten wird eine Prognose formuliert, nicht nur in bezug auf die quantitative Lebenserwartung, sondern vor allem auch auf wahrscheinlich zu erwartenden Symptomen. Diese Prognose wird wöchentlich neu beurteilt.

Die Pfleegeruppe erhält so die Möglichkeit, den Patienten und seine Familie auf mögliche Symptome vorzubereiten und dadurch das Risiko von physischen und psychischen Dekompensationen zu vermindern. Wir legen grosses Gewicht auf kontinuierliche Information der Pflegeeinheit, in der Absicht, diese auf Komplikationen vorzubereiten, so dass sie besser «aushalten» kann.

Die permanente Weiterbildung der Pfleegeruppe hat vom Fachlichen her als Schwerpunkte die fünf Hauptsymptome, welche normalerweise zur Hospitalisation führen (siehe Tabelle 1). Es werden aber auch andere Themen aus dem ganzen Gebiet der palliativen Medizin behandelt.

Für die Benutzer (Pflegeeinheit) steht die Lebensqualität im Vordergrund. Auf Stufe der Zusammenarbeit sind vor allem die Koordination und die logistische Unterstützung wichtig. Innerhalb der Hospicegruppe wird der Teamarbeit und der Kommunikation grosses Gewicht beigemessen.

Wir glauben, dass unsere Arbeit auch auf gesellschaftlicher Ebene Wirkung haben könnte, indem sie

mithilft, Krankheit und Tod weniger auszugrenzen und die Möglichkeit unterstützt, eine Solidaritätserfahrung zu leben.

Einige Zahlen

Für Hospice Lugano arbeitete bisher die Koordinatorin zu 80%, seit anfangs 1997 ist die Stelle um 50% erweitert worden. Der Hospice-Arzt bekleidet eine 50% Stelle, arbeitet jedoch gleichzeitig auch für Hospice Mendrisio. Die Koordinatorin von Hospice Mendrisio hat ebenfalls eine 50% Stelle.

Die Patienten werden uns von verschiedenen Seiten gemeldet: vom Onkologischen Dienst, von Hausärzten, vom spitalinternen Palliativdienst, von Familienangehörigen etc.

1996 wurden von Hospice Lugano 61 Patienten betreut. 76 Patienten waren uns gemeldet worden, davon konnten 15 Patienten nicht ins Programm aufgenommen werden, und zwar aus folgenden Gründen: schnelle Verschlechterung des Zustandes (erlaubt eine adäquate Vorbereitung zuhause nicht); Verweigerung durch den Patienten; keine Betreuungspersonen zuhause.

Es verstarben 1996 54 von uns betreute Patienten, davon 25 (46 %) zuhause, die anderen im Spital.

1996 wurden von Hospice Mendrisio 27 Patienten betreut. Es verstarben 25 Patienten, davon 11 zuhause und 14 im Spital.

1997 wurden von Hospice Lugano 68 Patienten betreut. 87 Patienten waren uns gemeldet worden, aber 19 (22 %) konnten aus den schon erwähnten Gründen wiederum nicht «übernommen» werden.

Es verstarben 57 Patienten, 33 starben zuhause, 20 im Spital (4 waren weggezogen).

Von Hospice Mendrisio wurden 1997 wiederum 27 Patienten betreut. Es verstarben im gleichen Jahr 25 Patienten, 21 davon zuhause und 4 im Spital.

Erfahrungen und Perspektiven

Nach ca. 8 Jahren Hospice-Realität kristallisieren sich Erfahrungen heraus, von denen ich in der Folge einige mitteilen will.

Für die «Pioniere» von Hospice war anfänglich «zuhause sterben» ein wichtiges Ziel. Im Laufe der Zeit ist klar geworden, dass zuhause sterben nicht immer möglich, auch nicht immer erwünscht ist. Heute setzen wir uns dafür ein, dass der Patient wohl solange wie möglich zuhause sein kann (was er tatsächlich oft will), dass er aber auch in einer Klinik oder im Spital leben und sterben kann, und immer die optimale Betreuung erfährt. Der spitalinterne Palliativdienst sorgt für die Weiterführung unserer Bemühungen im Falle

einer Hospitalisation. Kraft, Geduld und Einstellung der Angehörigen sind zentral für das Wohlergehen des Patienten. In dieser Hinsicht erleben wir Ueberraschungen. Ich erinnere mich an eine Ehefrau, die fragil erschien, lange Zeit leicht in Panik geriet, die aber im Verlauf der Wochen offenbar zutrauen zu sich und zu uns gewann, und ihren Ehemann entgegen unseren Erwartungen zuhause mit Hingabe bis am Schluss betreute (was sein Wunsch war).

Mehr als einmal haben wir erlebt, dass es zuhause aus unserer Sicht «gut geht», dass vielleicht mehrere Familienangehörige sich an der Pflege beteiligen. Und doch wird bei Verschlechterung des Zustandes von den Angehörigen die Hospitalisation verlangt. Im Nachhinein erfahren wird, dass für den Partner die Vorstellung, die eigene Frau / den eigenen Mann tot in der Wohnung zu haben, ein Weiterleben in diesen Räumen verunmöglicht hätte.

Wir haben auch andere Grenzen erkennen müssen. So ist zum Beispiel die Betreuung zuhause von Patienten, bei denen man sich für aufwendige Therapien, zB. Thrombozytentransfusionen, entschliesst, mit schwierigen logistischen Problemen verbunden (dabei ist die Entscheidung zu solchen Therapien gewiss oft fragwürdig).

Wenn bei einem Tumor eine massive, gegen aussen manifeste Blutung auftritt, muss der Patient häufig notfallmässig ins Spital gebracht werden, da ein solches Ereignis Panik und Abscheu bei Patient und Angehörigen auslösen kann.

Im Frühling 1998 haben wir bei den Allgemeinpraktikern und Internisten des Mendrisiotto eine Umfrage bezüglich Mitarbeit zwischen ihnen und Hospice durchgeführt. Wir stellten gezielte Fragen zu 4 Themenkreisen und liessen ausserdem Raum für Bemerkungen, Kritik und Anregungen.

Von 38 angeschriebenen Aerzten haben 20 den Fragebogen ausgefüllt.

16 von ihnen haben schon Patienten gemeinsam mit uns betreut. Sie sind zufrieden mit der Zusammenarbeit. Sie erwarten sich vor allem einen kompetenten (telefonischen) Gesprächspartner für Fragen der Palliation. Der direkte Einsatz am Krankenbett ist weniger erwünscht. Unser Angebot, bei hausärztlicher Abwesenheit Stellvertretung für den gemeinsamen Patienten zu machen, wird in dieser Befragung eher abgelehnt.

Der Wunsch nach Weiterbildung, Fallvorstellungen etc. wird bejaht.

Bei den wenigen von uns organisierten Veranstaltungen war allerdings die Beteiligung schwach.

Wir haben das Gefühl, dass unser Angebot auch von Patienten- und Angehörigenseite geschätzt wird.