

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

**Herausgeber:** Schweizerische Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung

**Band:** 5 (2000)

**Heft:** 2

  

**Artikel:** Palliative Care in down under

**Autor:** Eychmüller, Steffen

**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-1091751>

### **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>**

Es sei vorneweg gesagt: Dies ist hoffentlich der Weg, wie die Palliative Care in der Schweiz Schritt für Schritt an Energie und Überzeugungskraft gewinnt: Indem Mitarbeiter in andere Länder geschickt werden, wo bereits sehr gut funktionierende Strukturen für Palliative Care bestehen. Nur so gelingt wahrscheinlich der Aufbau einer nationalen Crew, die dann auch mit besserem Sicherheitsgefühl, wirklich etwas bieten zu können, Palliativmedizin weitertragen kann. Vielen Dank dem Kantonsspital St. Gallen und der Schweizerischen Krebsliga.

Steffen Eychmüller\*

## Palliative Care in down under

### 3 Monate als Clinical Fellow in Sydney

Drei Monate verbrachte ich als Clinical Fellow am Institut für Palliativmedizin der Universität Sydney am Royal Prince Alfred Hospital. Neben der Tatsache, dass ich dadurch dem europäischen Winter entfliehen konnte, imponierte mir bei der Wahl des Ortes vor allem die Vergleichbarkeit der Gesundheitssysteme, sowie die Tatsache, dass in Australien vor ca. 15 Jahren eine ähnliche Situation wie jetzt hier in der Schweiz herrschte. Am Institut in Sydney, welches als Teil einer sehr beschäftigten Onkologie am grössten akademischen Spital der Ostküste angesiedelt ist, lehrt und arbeitet die „Grand Old Lady“ der australischen Palliativmedizin, Frau Prof. Norelle Lickiss. Die Strukturen, die in den letzten 15 Jahren zumindest im Bereich Sydney, in den ich einen Einblick gewinnen konnte, entstanden sind, sind eindrucksvoll.

#### 1. Politische Rahmenbedingungen

1985 wurde aus einer Idee ein politisches Programm. Damals wurde entschieden, Palliative

\*Oberarzt, Ärztliche Leitung Palliativstation, Kantonsspital St. Gallen

Care flächendeckend in ganz Australien anzubieten bzw. aufzubauen. Dies führte dazu, dass drei Punkte realisiert wurden: Ein 5 Jahresplan, erstmals aufgestellt 1990, mit Festlegung einer nationalen Strategie und konkreten Massnahmen für die regionale Ausgestaltung. Daneben der Aufbau von „Centers of Excellence“, die als nationale Ausbildungsinstitutionen die Qualität gewährleisten sollten und parallel die Bestrebung, berufspolitisch in der Ärztekammer Palliativmedizin als Spezialität anzuerkennen. Letzteres gelang 1999.

Der wesentlichste Teil dieser Rahmenbedingungen war und ist sicherlich die Finanzierung. Ca. 5- 7 Mio. australische Dollar (entspricht ca. 5- 7 Mio. SFr.) wurden seither pro Jahr und pro 1 Mio. Einwohner für Palliative Care ausgegeben.

#### 2. Qualitätsstandards

National wurden in der Vorbereitungsphase bis 1990 Standards für die Bereiche, Inhalte (Was bietet Palliative Care?), für die Strukturen (Wo wird Palliative Care angeboten?) und für die Professionen (Wer bietet auf welchem Niveau Palliative Care an?) formuliert. Dies erleichterte wesentlich die Anerkennung von Palliative Care bzw. Palliativmedizin: durch die Fachkollegen anderer Spezialitäten, aber auch durch die Politik und die Versicherer.

#### 3. Institutsbildung

Die oben beschriebenen Centers of Excellence wurden beauftragt, Curricula für Palliativmedizin, aber auch für die Pflegeausbildung in diesem speziellen Bereich aufzustellen. Dies stellte sich als wesentlicher Teil für die mittelfristige Strategie dar: Palliativmedizin fand sowohl Eingang in die Ausbildung der Studenten, als auch in sogenannte Postgraduate-Ausbildungsprogramme, also für bereits ausgebildete Ärzte. Ähnliches erfolgte auch bei den Pflegenden. Diese systematische Aus- und Weiterbildung, die auch heute - wie ich in Sydney erleben konnte - in sehr eindrucksvoller Weise wöchentlich auf sehr hohem, auch wissenschaftlich hohem Niveau angeboten wird, trägt nicht nur zu der obenerwähnten Anerkennung als Fachspezialität, sondern würde auch zu einer hohen „Corporate identity“ zwischen den

«Profis» bei Palliativmediziner und Pflegende in der Palliative Care sind keine Einzelkämpfer mehr, wie dies häufig bei uns (noch) der Fall ist, sondern erleben rege Diskussionen und auch die Entwicklung von Forschungsprojekten, was Behandlungssicherheit und ein immer variiertes Angebot von Palliative Care mit sich bringt. Die Atmosphäre dort mit dem Gefühl, zu einer «Palliativ-Schule der ersten Stunde» zu gehören, ist enorm stimulierend.

#### 4. Der Community Service, d.h. der Brückendienst

Als ich dort die miteinander vernetzten Strukturen zwischen Spital, palliativem Brückendienst und der Hausarzt-Spitex-Ebene erlebte, fiel mir ein, dass Palliative Care ohne Brückendienst wahrscheinlich wie Chirurgie ohne Fäden ist. Rund um die Uhr steht regional organisiert (siehe unten) den Patienten und Angehörigen ein palliativer Spezialdienst aus Pflegenden und Ärzten zur Verfügung. Es bestehen klare Abmachungen mit der Spitex und den Hausärzten, auch in Verträgen ausformuliert, über Kompetenzen aber auch Grenzen des Einsatzes dieses Dienstes. Hier wird wirklich eine der Maximen der von Palliative Care, die Behandlung am «Ort seiner/ihrer Wahl», in die Praxis umgesetzt. Die Betroffenen können sich in Praxis und nicht nur auf dem Papier wirklich in einem funktionierenden Palliativ-Netz aufgehoben wissen. Dieses Sicherheitsgefühl ist wahrscheinlich eines der wichtigsten Medikamente von Palliative Care.

#### 5. Forschung/Evaluation und internationaler Austausch

Völlig selbstverständlich werden alle Patientendaten kontinuierlich erfasst, auch die Leistungen der Mitarbeiter. Dies nicht, um das Gehalt nach Leistung festzulegen, sondern um jederzeit Argumentationshilfen für die Notwendigkeit von Palliative Care zur Verfügung zu haben. Jede Woche am Freitag kommt die gesamte Equipe zusammen, und folgt einem Wochen-Auswertungsraster, wo nicht die gloriosen Taten, sondern die problematischen Vorfälle ebenfalls erfasst und diskutiert werden. Was war schlecht? Darunter zählen z.B. Hospitalisation kurz vor dem Sterben, belastende diagnostische Massnahmen, die auch von anderen Abteilungen vor Involvierung des

Palliative Care-Dienstes veranlasst wurden, keine verbesserte Symptomkontrolle innerhalb von 24-48 Stunden usw. Die Diskussionskultur über die eigene, doch lieber zu verbergende Unzulänglichkeit ist derart herzerfrischend, dass ich mich frage, wie wir mit Fehlern, bzw. unglücklichen Verläufen oder Entscheiden umgehen. Die Wertschätzung dort scheint viel einfacher zwischen Person und Sache unterscheiden zu können. Damit nicht alle nur ins Grübeln geraten, wird der «Fehlersuche-Kultur» immer ein ausgesprochen konstruktiver Teil mit sehr viel Literatur-Austausch und auch regelmässigen Trainingsprogrammen hinzugesellt. Mehrmals pro Jahr wird eine externe «Koryphäe» der Palliativmedizin eingeladen, um die eigene Truppe zu trainieren. So hatte ich die Möglichkeit, zwei sehr eindrucksvolle Vertreter der Palliativmedizin bzw. auch der palliativen Epidemiologie kennenzulernen. Der eine war Goeffrey Hanks aus Bristol, einer der Hauptspezialisten weltweit auf dem Gebiet der Opioidtherapie, und Nickolas Christakis aus Chicago, eine ausgewiesene Kapazität im Bereich der Prognoseforschung. So wird hier in «down-under» gewährleistet, dass man nicht in die Gefahr gerät, bei allem Stolz auf das Erreichte immer nur aus dem eigenen Suppentopf zu löffeln. Lernen und Lehren und die Freude daran ist sicherlich nicht nur von dem wunderbaren Klima in Sidney abhängig, sondern könnte auch gerne immer tiefere Wurzeln hier in der Schweiz fassen.

#### Einige Zahlen

Sydney ist von Seiten des Gesundheitsdepartementes in vier Regionen von jeweils ca. 1 Mio. Einwohner aufgeteilt. Jede Region ist für die Ausgestaltung «ihrer» Palliative Care selbst zuständig. Die Schwergewichte werden in Übereinkunft mit den politisch Verantwortlichen unterschiedlich gelegt. So ist im Bereich von Central Sydney der Schwerpunkt ganz klar auf Ausbildung, Forschung und den ärztlichen Bereich gelegt. Anhaltzahlen für die notwendige Bettenmenge wurden von England übernommen. So wird pro Mio. Einwohner mit einem Bettenbedarf für spezifisch Palliative Care von 40 – 60 Betten gerechnet. Das insgesamt notwendige Personal für eine funktionierende Palliative Care mit dem Brückendienst und allen notwendigen Leistungen für die

Krankenversorgung, die Ausbildung, die Forschung, und die Verwaltung kommt hinzu. So sind am Institut für Palliative Care von Central Sydney 27 (!) Vollzeit-Angestellte registriert. Davon sind allein 6 Spezialärzte für Palliativmedizin, auch habilitierte, und 5 sogenannte Registrars, also Fachassistenten, die die Spezialisierung in einem 3-jährigen Curriculum anstreben. 11 Pflegenden arbeiten teilweise im Spital, aber vor allem auch im Brückendienst, 5 Stellen entfallen auf Administration inkl. Datamanagement und Forschung. Am Zentrumsspital des Royal Prince Alfred Hospitals gibt es nur 6 fixe, für Palliative Care reservierte Betten, die grösste Betteneinheit mit 25 Betten befindet sich in einem Regionalspital und zusätzlich noch eine 15 Betten-Abteilung ebenfalls in einem mittelgrossen Regionalspital. Der wichtigste Aufgabenbereich für die Ärzte und Pflegenden am Zentrumsspital ist sicherlich der Konsiliar-Dienst. Pro Jahr werden ca. 3500 neue Patienten durch diesen Dienst gesehen (also ca. 10 pro Tag!), mit dann zum Teil mehrfachen Re-konsultationen stationär oder ambulant. Pro Woche werden in dieser Region allein ca. 200 Hausbesuche durch Pflegenden und/oder Ärzte durchgeführt.

Die anderen Regionen von Sydney haben eine andere Struktur bzw. Aufteilung der Berufsgruppen. Im Westteil von Sydney ist beispielsweise der Anteil von Pflegenden wesentlich höher, da auch ländliche Regionen bis zu einer Entfernung von 200 km versorgt werden müssen. Weiter nördlich beginnt bereits die Zusammenarbeit mit dem bekannten Flying Doctor Service.

#### Quo vadis, Switzerland?

Und wie sollte es bei uns weitergehen? Das Erlebnis ist derart stimulierend, dass das grösste Problem nach der Rückkehr die Ungeduld ist. Über die schweizerische Gesellschaft die nationalen Anstrengungen zu koordinieren, die Rahmenbedingungen, die Standards und mögliche Ziele zu definieren, ist sicherlich ein ganz wichtiger Schritt, auch auf dem Weg zu einer nationalen, finanziellen Anerkennung. Schrittweise den Eingang in das medizinische Curriculum zu finden, ist für die ärztlichen Bereiche sicher so wichtig, wie die feste Verankerung von Palliative Care in allen Pflegecurricula. Lebendige und ansteckende

Keimzellen für Palliative Care zu bilden (und ich spreche nicht von Centers of Excellence) hilft sicherlich, um die Attraktivität für jüngere Mitarbeiter der unterschiedlichen Berufsgruppen zu erhöhen. Und: Schrittweise wird auf diese Weise klar werden, dass Palliative Care ein unverzichtbarer Bestandteil des Angebots im Gesundheitswesen werden muss, wobei die Überzeugungsarbeit hauptsächlich durch das Erleben der Patienten und ihrer Angehörigen geleistet wird. Da ist dann politische Arbeit wichtig, damit nicht immer nur «Exit» in den Schlagzeilen als einzige Antwort auf Angst vor dem Sterben kursiert. Und noch etwas: Ein bisschen vom Augenzwinkern, der Selbstrelativierung und der natürlichen Freude am Leben, solange man es hat, von Australien hierher zu importieren, habe ich mir fest vorgenommen. Auch wenn es in der Schweiz immer wieder kalt ist: Die Erlebnisse im Alltag von Palliative Care können auch hier erwärmen.