

Grundlagendokument

für Hospize

und hospizähnliche Strukturen in sozial-medizinischen Institutionen

Dieses Dokument löst die erste Version vom 17.08.2018, verabschiedet an der ausserordentlichen Generalversammlung des DVHS vom 18.01.2019, ab.

Die Anpassungen sind aufgrund der nationalen gesundheitspolitischen Entwicklungen sowie den damit verbundenen Bestrebungen des Dachverband Hospize Schweiz (DVHS) in Hinblick auf Finanzierung und Differenzierung der angebotenen Hospizleistungen notwendig geworden.

Inhaltsverzeichnis

- 1 Grundlagendokument des Dachverbandes Hospize Schweiz (DVHS)
- 2 Angebotsstruktur
 - 2.1 Definitionen
 - 2.2 Zielgruppen
 - 2.3 Auftrag und Ziele
- 3 Kriterien und Strukturqualität
 - 3.1 Berufsgruppen
 - 3.2 Personalqualifikation / Personalschlüssel
 - 3.3 Multiprofessionelles Team
 - 3.4 Apparative Infrastruktur
 - 3.5 Räumliche Infrastruktur
 - 3.6 Mindestgrösse
 - 3.7 Qualitätszertifizierung
 - 3.8 Leistungsauftrag
- 4 Gültigkeit

1 Grundlagendokument des Dachverbandes Hospize Schweiz (DVHS)

Dieses Dokument wurde ursprünglich von der Qualitätskommission des DVHS erarbeitet und jetzt vom Vorstand des DVHS revidiert (Anpassungen an gesundheitspolitische Entwicklungen).

Neben den ursprünglichen Quellen, die in der ersten Version des Grundlagendokumentes Berücksichtigung fanden, sind in der vorliegenden revidierten Fassung die in den letzten vier Jahren relevanten nationalen Studien und Berichte eingeflossen, welche die gesundheitspolitischen Aktivitäten des DVHS stützen. Besonders die Ausführungen des Bundesratsberichtes «Bessere Betreuung und Behandlung von Menschen am Lebensende», Bern 18.09.2020, und die Polynomics-Studie «Kostenberechnung Hospizstrukturen», Olten, 28.10.2020, sowie das Qualitätszertifizierungsverfahren «Gütesiegel Hospize Schweiz», Luzern 15.04.2021, beeinflussten das revidierte Grundlagendokument.

Die praktische Umsetzung der Hospice Care in autonomen Hospizen und hospizähnlichen Strukturen in sozial-medizinischen Institutionen unterscheidet sich sowohl von der spezialisierten Palliative Care (SPC) in der Akutsomatik als auch von Strukturen der grundversorgenden Palliative Care in Langzeitpflegeeinrichtungen.

Dieses Grundlagendokument definiert «das Hospiz» oder «die hospizähnliche Struktur» und listet die minimalen Strukturkriterien für diese Institutionen auf.

Das Grundlagendokument bildet die Basis für die Erarbeitung weiterer Dokumente und der nationalen Arbeit des Vorstandes vom DVHS für die Bereiche Tarifwesen, Qualität und Bildung.

2 Angebotsstruktur

2.1 Definitionen

Stationäre Hospizstrukturen bieten unter Einbezug der Spezialisierte Palliative Care (SPC) die **Hospice Care** an, die auf einer durchgängigen und gelebten Wertehaltung bei der Begleitung von Personen mit einer (hoch)komplexen, meist instabilen physischen, psychosozialen und spirituellen Problematik am Lebensende basiert.

Das bestehende Angebot in diesem Bereich ist sehr heterogen. Es wird von autonomen Hospizen oder spezialisierten Abteilungen in Pflegeheimen umgesetzt. Diese separaten Einheiten in Pflegeinstitutionen werden als «hospizähnliche Strukturen in sozial-medizinischen Institutionen bezeichnet

In der Schweiz ist ein stationäres Hospiz eine vom Spital oder Pflegeheim unabhängige Einrichtung, die mittels eigener KORE/SOMED ausgewiesen ist und in der schwerkranke Menschen mit absehbarer Lebensdauer betreut und begleitet werden. Wenn ein Mensch am Lebensende nicht zu Hause gepflegt werden kann und keine Behandlung im Spital benötigt, bietet das stationäre Hospiz Geborgenheit und kompetente Betreuung. Die Angehörigen werden zu jeder Zeit in die Begleitung eingeschlossen, die über den Tod des Betroffenen hinausgeht. Das Behandlungsteam ist multiprofessionell und nicht hierarchisch aufgestellt.

Unverrückbare Grundwerte der Mitglieder des Dachverbandes Hospize Schweiz sind:

- Der Aufenthalt in einem Hospiz ist zeitlich unbegrenzt bis zum Eintreten des natürlichen Todes möglich.
- Es werden komplex erkrankte Menschen und ihre Angehörigen betreut und begleitet. Die Angehörigen werden über den Tod des Betroffenen hinaus im Rahmen der Trauerarbeit begleitet.
- Die Hospize sind religiös, konfessionell unabhängig und haben eine interkulturelle Kompetenz.
- Der Zugang in ein Hospiz steht allen Menschen offen, unabhängig von ihrer wirtschaftlichen Lage.
- Die Durchführung des assistierten Suizids ist in allen Hospizen ausgeschlossen.

Mitglieder des Dachverbandes Hospize Schweiz können Institutionen sein, die die unverrückbaren Grundwerte teilen und umsetzen sowie die Kriterien des Grundlagendokuments für Hospize erfüllen beziehungsweise zeitnah anstreben.

Ein spezialisiertes, multiprofessionelles Team mit breiten Palliative Care-Kompetenzen kümmert sich im Rahmen eines ganzheitlichen Ansatzes um die Patientinnen und Patienten sowie deren nahestehende Bezugspersonen, die auch in die Pflege mit einbezogen werden können. Freiwillige Mitarbeitende sind integraler Bestandteil des interprofessionellen Teams.

Eine dem DVHS angeschlossene sozialmedizinische Institution mit Palliative-Care-Auftrag ist autonom bezüglich der Aufnahme, der Behandlung und der Entlassung von Patientinnen und Patienten.

Hinweis: Die Mitglieder des Dachverbandes Hospize Schweiz haben einen Pflegeheimstatus (oder gelten als Nicht-Spital-Struktur, Kanton Wallis). Ausnahmen können die im Aufbau befindlichen Kinderhospize bilden, deren Positionierung und Finanzierung noch nicht geklärt ist.

2.2 Zielgruppen

Begleitet werden erwachsene Patientinnen und Patienten mit einer fortgeschrittenen, chronischen/unheilbaren Erkrankung und/oder begrenzter Lebenserwartung mit mehrheitlich stabiler, häufig auch instabiler, aber komplexer körperlicher, psychischer und/oder sozio-spiritueller Problematik und/oder hohem Behandlungs- und Betreuungsaufwand (medizinisch, pflegerisch, psychosozial, spirituell).

Die Begleitung schliesst das persönliche Umfeld der betroffenen Person mit ein, wobei die Art und Tiefe der Begleitung den individuellen Gegebenheiten folgt.

Eine Betreuung im Hospiz wird notwendig, wenn eine häusliche, ambulante Pflege und Betreuung nicht (mehr) möglich ist und eine Behandlung im Akutspital keine Verbesserung der Problematik verspricht.

Kinder und Jugendliche werden in eigenen Hospizen oder Mehrgenerationenhäusern nach auf sie zugeschnittenen Konzepten und Strukturkriterien betreut, dies unter engem Einbezug der weiteren Familienangehörigen.

2.3 Auftrag und Ziele

Die Ausrichtungen der Hospizarbeit im Rahmen der gelebten Hospice Care sind die Beherbergung und Betreuung von Menschen, die in der letzten Lebensphase sind. Die palliativen Behandlungskonzepte streben die Linderung belastender Symptome, die Erreichung einer bestmöglichen Lebensqualität der Betroffenen, ein Sterben in Würde sowie die Begleitung der nahestehenden Bezugspersonen über den Tod des Patienten hinaus an. Temporäre Aufenthalte im Rahmen der Kurzzeitpflege tragen zur Entlastung der pflegenden Angehörigen bei.

Bei der Zielsetzung der Begleitung von Betroffenen und deren Familien in den Kinderhospizen steht oftmals der Entlastungsaspekt innerhalb der Kurzzeitpflege im Vordergrund, und sie sind bezüglich Fachkompetenz und Strukturkriterien auch auf die End of Life-Betreuung ausgerichtet.

3 Kriterien und Strukturqualität

3.1 Berufsgruppen

Ärztliches Personal

Die ärztliche Versorgung und Verantwortung kann sowohl von hospizeigenen Ärzten als auch von konsiliarisch beigezogenen Ärzten übernommen werden.

Das ärztliche Personal führt mindestens 2-mal pro Woche eine Visite durch und ist über 24 Stunden, auch an Wochenenden, erreichbar sowie innert nützlicher Frist im Hospiz verfügbar.

Pflegepersonal

Minimum sind 1,2 Vollzeitäquivalente (VZE) je angebotenes Bett (= 1 VZE Stelle je 0,833 Betten).

Das Pflegepersonal ist täglich (7/7) rund um die Uhr präsent; für jede Schicht trägt mindestens eine diplomierte Pflegefachperson die Verantwortung und ist anwesend.

Ins multiprofessionelle Team integrierte Berufsgruppen:

Spiritual Care inklusiv Seelsorge

Kunst- und/oder Musiktherapie, Tiertherapie und weitere geeignete Therapieformen

Freiwillige

Verantwortliche für die Soziale Arbeit

Psychologie

Sozialpädagogik (für Kinder- und Jugendhospize)

Vermittelbare Berufsgruppen:

Physiotherapie

Ergotherapie

Podologie

Andere

Es finden regelmässige, dokumentierte Patienten-, Angehörigen- und Familiengespräche im Rahmen der Multiprofessionalität mit Arzt, Pflege, Seelsorge und bedarfsorientiert mit weiteren der oben aufgeführten Berufsgruppen statt.

Das multiprofessionelle Team trifft sich regelmässig zum Austausch auf Augenhöhe.

3.2 Personalqualifikation / Personalschlüssel

Ärztliches Personal

Alle im Hospiz tätigen Ärzte sollen über eine Fort- oder Weiterbildung in Spezialisierter Palliative Care (SPC), mindestens Niveau B1 verfügen oder haben durch langjährige Praxiserfahrung in der SPC dieses Wissen erworben. Diese Qualifizierung wird, soweit nicht schon vorhanden, innerhalb einer Übergangsfrist von zwei Jahren nach Anstellung umgesetzt.

Diplomierte_Pflegefachpersonen

Mindestens die Hälfte aller diplomierten Pflegefachpersonen, zwingend pro Schicht im Minimum eine diplomierte Pflegefachperson, hat mindestens eine zweijährige Berufserfahrung und besondere Kenntnisse auf dem Gebiet der Spezialisierten Palliative Care.

Mindestens ein Viertel der angestellten Fachpersonen haben das Kompetenzniveau B2/C gemäss Fachgesellschaft palliative.ch.

Diese Qualifizierung wird innerhalb einer Übergangsfrist von zwei Jahren nach Anstellung umgesetzt. Es wird empfohlen, dass alle diplomierten Pflegefachpersonen über die Fachlichkeit einer Fort- oder Weiterbildung in SPC verfügen, mindestens Leistungsniveau B1 (palliative.ch).

Anderes Pflegepersonal

Mindestens zweijährige Berufserfahrung und besondere Kenntnisse in dem Gebiet der Palliative Care.

Mindestens die Hälfte des angestellten Pflegepersonals hat das Kompetenzniveau B1 gemäss Fachgesellschaft palliative.ch. Diese Qualifizierung wird innerhalb einer Übergangsfrist von zwei Jahren nach Anstellung umgesetzt. Es wird empfohlen, dass alle Pflegepersonen über die Fachlichkeit einer Fort- oder Weiterbildung in SPC verfügen, mindestens Leistungsniveau B1 (palliative.ch).

Personalschlüssel

Die Definition der Personalquantität wird oftmals mittels einem pauschalen Personalschlüssel festgelegt, dies in Vollzeitäquivalenten pro Bett (VZE/Bett). Diese Vorgaben sind rechnerisch falsch, weshalb der DVHS einen Mindest-Personalschlüssel, bezogen auf Schichtbelegungen festgelegt hat, welcher mit den Praxiserfahrungen der laufenden Betriebe korreliert:

	Tagschicht	Spätschicht	Nacht-schicht	Gesamt	Schlüssel
	VZE	VZE	VZE	VZE	VZE/Bett
1 Bett	1	1	1	4.8	4.80
2 Betten	1.5	1	1	5.6	2.80
3 Betten	2	1.5	1	7.2	2.40
4 Betten	2	1.5	1	7.2	1.80
5 Betten	2.5	2	1	8.8	1.76
6 Betten	2.5	2	1	8.8	1.47
7 Betten	3	2.5	1	10.4	1.49
8 Betten	3	2.5	1	10.4	1.30
9 Betten	3.5	2.5	1	11.2	1.24
10 Betten	4	3	1	12.8	1.28
11 Betten	4	3	1.5	13.6	1.24
12 Betten	4.5	3	1.5	14.4	1.20
13 Betten	4.5	3.5	2	16.0	1.23
14 Betten	5	4	2	17.6	1.26

Die Einhaltung obiger Vorgaben zu Qualifikationen und Schichtpräsenz muss erfüllt sein.

Für Kinderhospize kann sich aus der Praxiserfahrung heraus ein anderer Schlüssel ergeben, auch was die Personalqualifikation und die Zusammensetzung des multiprofessionellen Betreuungsteams angeht.

Andere Berufsgruppen

Fachpersonen anderer Professionen, die Teil des multiprofessionellen Settings sind, haben Kompetenzen und Erfahrungen in der palliativen Betreuung von Menschen am Lebensende. Idealerweise verfügen sie über eine Weiterbildung in Palliative Care, Ausbildungsniveau mindestens B1 (palliative.ch), oder adäquat dem Berufsbild entsprechend.

Freiwillige Mitarbeitende

Freiwillig engagierte Personen sind integraler Bestandteil der Multiprofessionalität in einem Hospiz. Die Freiwilligen verfügen über die notwendigen menschlichen und fachlichen Kompetenzen für die Begleitung von Menschen in der letzten Lebensphase.

Die Freiwilligen haben eine Weiterbildung in Palliative Care, Ausbildungsniveau mindestens A1 (palliative.ch), oder den absolvierten Kurs «Hospizbegleiter», bei Kinderhospizen die Freiwilligenausbildung bei Pro Pallium. Die Ausbildung sollte innerhalb der ersten zwei Einsatzjahre abgeschlossen werden.

Die Freiwilligen werden über eine interne Koordinationsstelle organisiert und betreut.

3.3 Multiprofessionelles Team

Wöchentliche multiprofessionelle Teambesprechung mit Dokumentation des Verlaufs und dem Erfassen des Umfeldes des Patienten mittels geeigneter Instrumente wie SENS, IPOS oder ähnliche Massnahmen zur Stabilisierung und Selbstreflexion des Teams: Strukturierte Veranstaltungen wie Supervision, Balint-Gruppe, geleitete Fallbesprechungen, medizinisch-ethische Reflexion oder Debriefing für das Team.

3.4 Apparative Infrastruktur

Durch die immer komplexeren Patientensituationen und die veränderte Zuweiser-Thematik (eine medizinisch/pflegerisch schwellenfreie Verschiebung der Patienten von Palliativstationen der Akutsomatik), benötigen viele Begleitungen eine apparativ unterstützte Versorgung, sei es aus medizinischer oder pflegerischer Sicht.

Sowohl Schmerzpumpen, Perfusoren, Infusomaten als auch Sauerstoff, Absaugpumpen und andere medizinische Geräte müssen zur Versorgungssicherheit vorhanden und fachlich bedienbar sein. Antidekubitus- und Wechseldruckmatratzen sowie kinästhetisches Lagerungsmaterial muss in ausreichender Menge verfügbar sein.

Kühlplatten für die Nachtod-Versorgung gehören zur Grundausrüstung.

3.5 Räumliche Infrastruktur

Ein Hospiz und auch eine hospizähnliche Struktur in Institutionen der Langzeitpflege bieten eine wohnliche, häusliche Atmosphäre.

Die Patientenbereiche sind gemäss den gesetzlichen Vorschriften der Pflegeverordnung und entsprechenden Normen für hindernisfreie Bauten konzipiert. Es bestehen ausschliesslich 1-Bettzimmer mit einer eigenen, rollstuhlgängigen Nasszelle; dies ist für Neubauten zwingend, für Altbauten im Rahmen von Umbauprojekten so vorzusehen.

Es bestehen Übernachtungsmöglichkeiten und Aufenthaltsbereiche für die nahestehenden Angehörigen und Bezugspersonen.

Das Stationszimmer hat ausreichend Arbeitsplätze für das multiprofessionelle Team; es gibt Besprechungsräume und Rückzugsmöglichkeiten für Angestellte und Angehörige.

Die Aufbahrung der Verstorbenen kann in einem eigens definierten Raum oder idealerweise im Patientenzimmer stattfinden. Bei Aufbahrung über 24 Stunden empfehlen sich Kühlplatten.

Angepasste Raumstrukturen für Kinder- und Jugendhospize, die sich in der Praxis entwickeln müssen.

3.6 Mindestgrösse

Die Mindestgrösse eines autonomen Hospizes oder einer hospizähnlichen Struktur wird nicht festgelegt. Sie richtet sich nach den örtlichen und regionalen, teilweise kantonalen Bedürfnissen.

Die Praxis zeigt, dass autonome Hospize aus Gründen der Wirtschaftlichkeit sowie Betreuungsintensität minimal 8 Betten, maximal 12 Betten haben sollten. Hospizähnliche Strukturen sind in der Regel kleiner ausgerichtet und nutzen Synergieeffekte angeschlossener Pflegeinstitutionen.

3.7 Qualitätszertifizierung

Mit dem «Gütesiegel Hospize Schweiz» steht ein spezifisches Qualitätszertifizierungsverfahren für die Hospice Care zur Verfügung, welches der Dachverband Hospize Schweiz im engen Austausch mit dem Deutschen Hospizverband ausgearbeitet hat.

Die Mitglieder des DVHS verpflichten sich, innerhalb von drei Jahren nach Betriebseröffnung ein anerkanntes Qualitätsauditierungsverfahren zu durchlaufen und dieses im Rahmen des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (KVP) fortzuführen. Aus strategischen Gründen wird das «Gütesiegel Hospize Schweiz» zur Zertifizierung empfohlen.

3.8 Leistungsauftrag

Ein Hospiz oder eine hospizähnliche Struktur in einer Institution der Langzeitpflege verfügt über einen kantonalen Leistungsauftrag oder eine entsprechende Bewilligung als Institution der Spezialisierten Palliative Care.

4 Gültigkeit

Die vorliegende, vom Vorstand des Dachverbandes revidierte Version des Grundlagendokumentes für autonome Hospize und hospizähnliche Strukturen in Institutionen der Langzeitpflege löst die Version vom 18.01.2019 ab.

Die Mitglieder des DVHS verpflichten sich zur Einhaltung der beschriebenen Vorgaben des Dokumentes.