

«Es gibt keinen falschen Zeitpunkt für gesundheitliche Vorausplanung»

Monica Escher ist Ärztin mit dem Facharztstitel FMH für Allgemeine Innere Medizin sowie dem interdisziplinären Schwerpunkt Palliativmedizin und Professorin. Zudem verfügt sie über den Facharztstitel FMH für Klinische Pharmakologie und Toxikologie sowie über einen Master of Advanced Studies (MAS) in Bioethik. Sie war während vieler Jahre Vizepräsidentin des Klinischen Ethikrats der Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Darüber hinaus ist sie Mitglied der kantonalen Ethikkommission für die Forschung und Vize-Präsidentin der nationalen AG Gesundheitliche Vorausplanung.

palliative.ch: Frau Escher, gab es in Ihrem beruflichen Werdegang eine prägende Erfahrung, die Ihnen besonders deutlich gezeigt hat, warum die gesundheitliche Vorausplanung alle Menschen betrifft – und nicht nur das Lebensende?

Monica Escher: Ja, da gibt es zwei Erfahrungen. Die erste ist Covid, vor allem die erste Welle. Es waren viele ältere Menschen betroffen – mit hoher Sterblichkeit –, aber auch jüngere ohne Vorerkrankungen. Gleichzeitig gab es grosse Unsicherheit: Welche Behandlungen sind sinnvoll? Wie weit soll man gehen – gerade bei älteren Menschen in Pflegeheimen, oft mit einer altersbedingten Fragilität und ohne klar dominierende Einzelerkrankung? Wenn es damals breiter etablierte Gespräche zur vorausschauenden Behandlungsplanung gegeben hätte und vor allem eine gute Dokumentation, denn das ist der Schlüssel, hätte das vieles erleichtert: für Pflegefachpersonen, für Ärztinnen und Ärzte bei der Frage der Behandlungsintensität, und auch für Angehörige. Denn wenn Familien einbezogen sind, wird die Entscheidungsfindung nachvollziehbarer und weniger belastend. Und mir ist wichtig: Es ist nicht an Fachpersonen, Entscheidungen «anstelle» von Patientinnen und Patienten zu treffen. Aber wir beziehen Angehörige ein, um den Menschen besser zu verstehen und in Krisen sagen Familien oft: Eigentlich weiss ich es nicht genau, wir haben nie darüber gesprochen. Das war sehr prägend.

Die zweite Erfahrung ist eine individuelle Situation: ein etwa 30-jähriger Mann nach einem Verkehrsunfall. Er



Monica Escher (Bild zVg)

war im Koma, hatte wiederkehrende epileptische Anfälle, wir konnten nicht mit ihm kommunizieren. Dazu eine verzweifelte, hilflose Familie. Es entstand ein schwieriger Spagat zwischen der medizinischen Einschätzung und der emotionalen Realität der Angehörigen. Und es gab keinerlei Hinweis darauf, was dieser junge Mann selbst gesagt hätte, wenn er sich eine solche, völlig unvorhersehbare, Situation vorgestellt hätte. Genau da würde Vorausplanung helfen: nicht um alles festzulegen, sondern um Orientierung zu haben. Angehörige müssen sonst oft unterscheiden zwischen dem, was sie sich selbst wünschen, und dem, was der Patient gewollt hätte. Das ist enorm schwer.

Viele Menschen erkennen die Bedeutung der Vorsorge, neigen jedoch dazu, sich nicht sofort damit auseinanderzusetzen. Was sind Ihrer Erfahrung nach die wichtigsten Hürden, die Menschen davon abhalten, dieses Thema anzugehen?

Ich sehe mehrere Hemmnisse. Ein zentrales ist sehr menschlich: Für Vorausplanung muss man sich vorstel-

len, dass etwas nicht gut läuft, Krankheit, Unfall, Einschränkung, vielleicht Behinderung. Wir projizieren uns lieber in positive Zukunftsbilder. Gesundheit ist sehr persönlich, und es gibt auch eine Art Vermeidung: Man weicht aus. Dazu kommt: Durch eine sehr wirksame Medizin ist Nachdenken über Sterben und Tod für viele weniger Teil der eigenen Erfahrung geworden. Manche Menschen im reiferen Alter hatten kaum unmittelbare Erfahrungen mit schwerer Krankheit oder Sterben im Umfeld – und dann ist der Einstieg nochmals schwieriger.

Bei Menschen mit chronischen Krankheiten beobachtet man etwas Ähnliches: Man spürt vielleicht, dass es fragiler wird, mehr Medikamente, mehr Kontrollen, aber man sagt sich: Es ist noch nicht der Moment. Und irgendwann kann ein Moment kommen, in dem es zu spät ist. Ein weiteres Hemmnis ist die Kommunikation. Gegenüber Ärztinnen und Ärzten trauen sich viele nicht, das Thema anzusprechen, weil sie denken, die Fachperson habe keine Zeit oder sei nur auf die akute Behandlung fokussiert. In der Familie gibt es beides: Manche wollen Angehörige nicht zusätzlich belasten. Andere würden gern reden, stossen aber auf Abwehr: «Warum denkst du so? Du musst positiv sein.» Das verhindert, dass Gespräche überhaupt beginnen. Darum finde ich auch den positiven Zugang wichtig: Nicht nur «was ich nicht will», sondern auch: Was ist mir wichtig? Was bedeutet Lebensqualität für mich? Was gibt meinem Leben Sinn? Und auch ganz praktisch: Wer soll für mich sprechen, wenn ich es nicht mehr kann? Welche Unterstützung wäre hilfreich? Wenn man so beginnt, wird der Einstieg oft leichter.

Die gesundheitliche Vorausplanung stärkt die Selbstbestimmung, ohne medizinische Entscheidungen zu ersetzen. In welchen Situationen ist sie besonders hilfreich und wo sehen Sie ihre Grenzen?

Ganz wichtig: Vorausplanung ersetzt keine medizinischen Entscheidungen. Es gibt Behandlungen, die sinnvoll angeboten werden können, und andere nicht. Aber innerhalb der realistischen Optionen ist es entscheidend, dass wir Werte und Ziele der betroffenen Person kennen. Für mich ist die zentrale Botschaft: Es gibt keinen falschen Zeitpunkt. Schon sich Gedanken zu machen heisst nicht, dass man heute schon alles festlegt. Es geht zuerst um Werte: Was ist mir im Leben wichtig? Natürlich ist ein aktiveres Vorgehen besonders sinnvoll bei Menschen mit fortschreitender Krankheit, in einem Stadium, in dem Einschränkungen zunehmen oder Behandlungen sich häufen, wo man stabilisieren kann, aber nicht «steuern» im Sinn von heilen. Ebenso bei hohem Alter mit Fragilität, wo die Erholungsfähigkeit abnimmt.

Auch bei beginnenden kognitiven Störungen ist es wichtig, früh zu sprechen: Heute kann die Person vielleicht gut diskutieren, in kurzer Zeit kann das schwieriger werden. Dann ist es hilfreich, wenn zentrale Werte und Wünsche bereits besprochen und festgehalten sind. Eine Grenze, oder eher eine zentrale Systemaufgabe, ist die Weitergabe der Informationen. Viele Menschen fragen

berechtigt: Wird mein Wille im Spital bekannt sein? Vorausplanung braucht Verfügbarkeit: in Pflegeheim, Spital, Hausarztpraxis, Spitex, überall dort, wo Entscheidungen getroffen werden.

Der Bundesrat hat klar einen Auftrag zur Förderung der gesundheitlichen Vorausplanung erteilt. Wie nehmen Sie Ihre Rolle in diesem nationalen Projekt wahr und was motiviert Sie, sich langfristig dafür zu engagieren?

Mich motiviert vor allem, dass das Thema für Patientinnen und Patienten wirklich relevant ist, und für die Qualität der Versorgung. Vorausplanung hilft, passende Behandlungen zu ermöglichen: nicht einfach «mehr» oder «weniger», sondern das, was im Sinne der Person stimmig ist. Und sie ist enorm wichtig für Angehörige. Wenn der Wille bekannt ist, reduziert das die Last, stellvertretend entscheiden zu müssen.

Ich bin Ärztin, und ich sehe im Alltag, wie viele Möglichkeiten wir haben, und wie oft man sich fragen muss: Ist es wirklich richtig, das einzusetzen? Wenn wir Informationen zu Werten, Lebenssinn, Behandlungszielen und gewünschter Behandlungsintensität haben, hilft das Ärztinnen, Ärzten und Pflegeteams sehr. Dieses Thema hat im Pflegealltag in den letzten Jahren deutlich an Bedeutung gewonnen – deshalb lohnt es sich, dranzubleiben.

Alters- und Pflegeheime spielen eine zentrale Rolle bei der Umsetzung von Patientenverfügungen. Können Sie ein konkretes Beispiel nennen, das ihren Nutzen besonders anschaulich verdeutlicht?

Pflegeheime sind zentral, weil sie Lebensorte sind. Fragen wie Hospitalisation oder Behandlungsintensität stellen sich dort sehr konkret und oft. Das Personal kennt die Bewohnerinnen und Bewohner gut, erkennt Veränderungen früh und kann Gespräche zur Vorausplanung begleiten, bevor eine akute Krise entsteht. Wenn Wünsche dokumentiert und im Team bekannt sind, kann im Ereignisfall schneller, ruhiger und im Sinn der Person gehandelt werden.

Ist die gesundheitliche Vorausplanung auch für Spitäler und Kliniken relevant und wenn ja, warum?

Ja, sehr. Gerade weil viele Menschen sich fragen: Wird mein Wille im Spital berücksichtigt? Spitäler, Pflegeheime, Hausärztinnen und Hausärzte, Spitex – alle müssen im entscheidenden Moment Zugang zu relevanten Informationen haben. Darum ist die gute, verlässliche Weitergabe zentral.

Welche Rolle können oder sollten Gesundheitsfachpersonen in der gesundheitlichen Vorausplanung spielen?

Sie spielen eine Schlüsselrolle. Vor allem als Prozessbegleiterinnen und Moderatorinnen: Sie führen Gespräche mit Patientinnen und Patienten und Angehörigen, klären

Werte und Wünsche, übersetzen medizinische Möglichkeiten in verständliche Inhalte. Zentral ist die moderierte Kommunikation: zuhören, Emotionen auffangen, Unsicherheiten benennen, Konflikte aushalten und schwierige Themen strukturiert ansprechen. Gleichzeitig sorgen Fachpersonen dafür, dass Wünsche sauber festgehalten, im Team abgestimmt und im Ernstfall umgesetzt werden.

Was würden Sie abschliessend einer Person sagen, die denkt: «Dieses Thema ist mir zu schwierig, ich fühle mich noch nicht bereit.»

Zuerst: Das ist absolut verständlich. Schon das Aussprechen ist ein erster Schritt. Zweitens: Man macht es nicht nur für sich, sondern auch für die Angehörigen. Und drittens: Es ist ein Prozess. Man muss nicht alles sofort entscheiden. Gespräche dürfen beginnen, pausieren und wieder aufgenommen werden.

Vielen Dank für das Gespräch.

Das Gespräch führte Graziella Spiri

Zur Arbeitsgruppe Gesundheitliche Vorausplanung (AG GVP)

Die nationale Arbeitsgruppe Gesundheitliche Vorausplanung (AG GVP) wurde im Auftrag des Bundesrates eingesetzt und wird gemeinsam vom Bundesamt für Gesundheit und der Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften gesteuert. Grundlage ihrer Arbeit bildet die Roadmap zur Umsetzung der Gesundheitlichen Vorausplanung mit zwölf Empfehlungen.

Die AG GVP hat den Auftrag, diese Empfehlungen strategisch zu konkretisieren und umzusetzen. Sie koordiniert nationale Teilprojekte – unter anderem zur GVP in Alters- und Pflegeheimen, zur Information der Bevölkerung und zur Entwicklung eines schweizweit einheitlichen GVP-Notfallformulars – und fördert Qualität, Verständlichkeit und Vernetzung.

Die Arbeitsgruppe ist interdisziplinär zusammengesetzt. Die Palliative Care ist mit ausgewiesenen Fachpersonen vertreten: PD Dr. Monica Escher, Prof. Dr. Steffen Eychmüller und Dr. phil. nat. et sci. med. Corina Wirth, Geschäftsführerin palliative.ch, bringen die Perspektiven der Palliative Care ein und vertreten deren Anliegen in diesem Projekt.

GVP in Alters- und Pflegeheimen (Leitfaden steht seit Herbst 2025 zur Verfügung)

Bewohnende in Alters- und Pflegeheimen sind eine zentrale und zugleich vulnerable Zielgruppe für GVP: häufig mit Mehrfacherkrankungen, Gebrechlichkeit oder beginnender Demenz. Eine nationale Wegleitung (2025) unterstützt Institutionen der stationären Langzeitpflege bei der Umsetzung – als kontinuierlichen Prozess zwischen Bewohnenden, Fachpersonen und (wenn vorhanden) Angehörigen bzw. vertretungsberechtigten Personen. Der Einstieg soll idealerweise beim Heimeintritt angeboten werden; Behandlungsziel und gewünschte Behandlungsintensität werden gemeinsam besprochen und dokumentiert.



Patientenwillen stärken (Themenseite, Kommunikation ab März 2026)

Eine neue Informationsseite bündelt praxisnahe Orientierung für die Bevölkerung: vertretungsberechtigte Person bestimmen, Werte und Wünsche klären, Gespräche mit Angehörigen und Fachpersonen beginnen und den Willen dokumentieren – insbesondere in der Patientenverfügung. Ziel ist, den Einstieg zu erleichtern und Gespräche frühzeitig zu fördern.



Wir sind alle betroffen

Wir alle werden im Leben Krankheiten, Gebrechlichkeit, körperliche oder geistige Einschränkungen erfahren. Auch wer sich gesund fühlt, kann durch plötzliche Ereignisse wie einen Unfall oder eine schwere Krankheit überrascht werden. Schwierige medizinische Entscheidungen müssen manchmal sehr rasch gefällt werden. Deshalb ist es wichtig, dass Sie sich möglichst früh mit den eigenen Wünschen und Einstellungen zum Leben und dem Lebensende auseinandersetzen.



GVP in Notfallsituationen: nationales Notfallformular (Anhörung bis Ende Feb. 2026)

In Notfällen muss rasch gehandelt werden – und der Patientenwille soll trotzdem unmittelbar verfügbar sein. Eine nationale Arbeitsgruppe schlägt ein schweizweit einheitliches GVP-Notfallformular vor. Es soll die Patientenverfügung ergänzen und – anders als diese – auch für urteilsunfähige Personen erstellt werden können (mit fachlicher Beratung, zentrale Rolle der Ärzteschaft). Das Konzept war bis Ende Februar 2026 in öffentlicher Anhörung und wird jetzt ausgewertet.

Ansprechpersonen für Palliative Care beim Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Die fachliche Zuständigkeit für Palliative Care liegt beim Bundesamt für Gesundheit in der Sektion Weiterentwicklung Gesundheitsversorgung. Dort werden Strategien, Projekte und Plattformen zur Palliative Care koordiniert.

- **Lea von Wartburg**

Leiterin Sektion Weiterentwicklung Gesundheitsversorgung. Verantwortlich für die strategische Steuerung von Themen der Gesundheitsversorgung,

einschliesslich Palliative Care; Mitglied der Leitungsgruppe der nationalen Plattform Palliative Care.

- **Flurina Näf**

Projektleiterin in der Sektion Weiterentwicklung Gesundheitsversorgung. Verantwortlich für die strategische Steuerung und operative Umsetzung von Projekten in den Bereichen Palliative Care und Gesundheitliche Vorausplanung; Mitglied der Leitungsgruppe der Plattform Palliative Care.

- **Milenko Rakic**

Projektleiter in der Sektion Weiterentwicklung Gesundheitsversorgung. Mitverantwortlich für fachliche Projekte und die Weiterentwicklung der Palliative Care auf nationaler Ebene; Mitglied der Leitungsgruppe der Plattform Palliative Care.

Weiterführende Links

www.bag.admin.ch/de/palliative-care

www.bag.admin.ch/gvp