

Die Palliativstation als Wegbereiterin von Palliativkultur

Palliativstationen haben neben der Betreuung von PatientInnen und ihren Angehörigen die Aufgabe, systemische Veränderungen im palliativen Sinn zu fördern. Die wesentlichen strukturellen und organisatorischen Bestandteile sind im Folgenden beschrieben.

Dr. Harald Retschitzegger, MSc,
Leiter der Palliativstation, Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried

Aufgaben und Ziele

Als Bestandteil der „Abgestuften Hospiz- und Palliativbetreuung“ (Abb. 1) in Österreich erfüllen Palliativstationen die Aufgabe, in Krankenhäusern für PalliativpatientInnen und ihre Angehörigen zur Verfügung zu stehen und deren Behandlung und Betreuung zu übernehmen. Definitionsgemäß sind Palliativstationen Orte für hochkomplexe Problemstellungen, die im Rahmen sonstiger Stationen nicht ausreichend zufrieden stellend gelöst werden können. Palliativstationen sind nicht Orte, wohin man sterbende Menschen „schnell noch“ verlegen muss, „wenn’s so weit ist“. Palliativmedizin ist die Betreuung *für* die letzte Lebensphase, nicht nur *in* der letzten Lebensphase! Terminale Betreuung ist nur ein kleiner Bestandteil von Palliative Care! Systemisch gesehen dienen Palliativstationen der Implementierung von Palliativmedizin im Gesundheitssystem mit dem Ziel einer hoch entwickelten Palliativkultur. In Österreich gibt es (zuletzt publ. Datenstand 12/2008) 25 Palliativstationen (Abb. 2) mit insgesamt 224 Betten (Abb. 3). Die Finanzierung ist im LKF-Modell 2010 geregelt (Tab.), wobei sich die Bepunktung in den letzten Jahren tendenziell positiv entwickelt hat. Der weitere Ausbau der Hospiz- und Palliativeinrichtungen und die Finanzierung sind auch in der Regierungserklärung 2008 und der gültigen Artikel-15a-Vereinbarung benannt bzw. gefordert. Die Anzahl von Palliativbetten allein lässt keinen Rückschluss auf flächendeckende Qualität der Palliativbetreuung zu. Dazu gehören ausreichende mobile palliative Betreuungsteams und Hospize – mit österreichweit einheitlich geregelter und gesicherter Finanzierung! – und eine gut funktionierende Zusammenarbeit zwischen allen mobilen

und stationären Diensten, die PalliativpatientInnen behandeln und betreuen. Auf einer Palliativstation werden nicht nur TumorpatientInnen betreut, sondern auch PatientInnen mit anderen fortgeschrittenen Erkrankungen und begrenzter Lebenserwartung, bei welchen belastende Krankheitssymptome bestehen. Schmerzen sind ein häufiges Symptom von PalliativpatientInnen – aber Palliativbetreuung ist nicht nur Schmerztherapie! Sehr oft sind andere häufige Krankheitssymptome wie z.B. Übelkeit, Erbrechen, Atemnot oder Angst im Vordergrund. Auch das sind Symptome, deren Lindereung einen Schwerpunkt und Kompetenzbereich von Palliativstationen darstellt. Auch wenn die Behandlung von PalliativpatientInnen ihr Ende oft in der konkreten Sterbebegleitung von Menschen findet, ist das Aufgabengebiet der Palliativstationen ein weit darüber hinausgehendes und viel früher beginnendes.

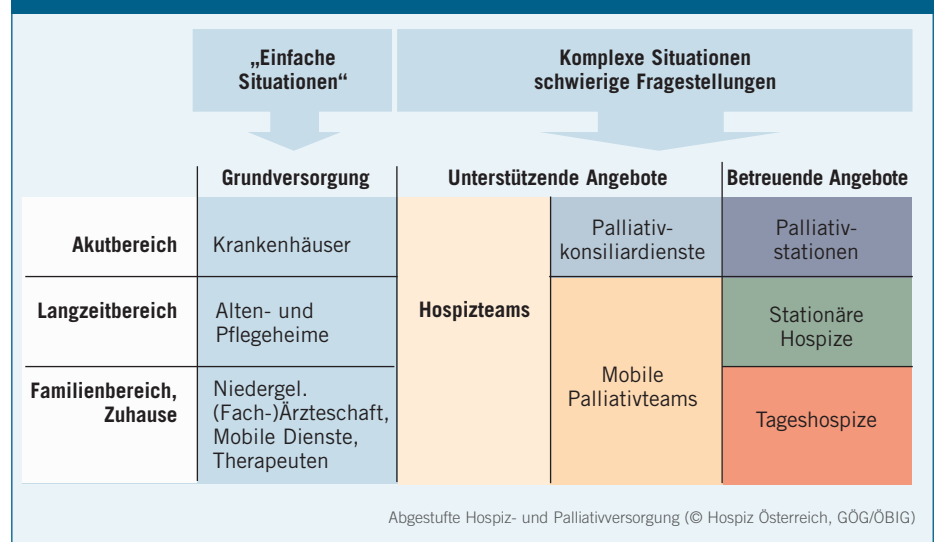


Dr. Harald Retschitzegger, MSc

Erfolgsfaktoren der Palliativstation

Die wichtigste Ressource einer qualitativ hochwertigen Palliativstation ist das interdisziplinäre Palliativteam. Es setzt sich normalerweise aus – immer speziell ausgebildeten – ÄrztInnen, Diplompflegerpersonen, Sozialarbeit, Seelsorge, klinischer Psychologie und Physiotherapie zusammen, wobei die genaue Zusammensetzung

Abb. 1: Das System der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung



zung ressourcenbedingt unterschiedlich sein kann. Wesentlich für palliative Kompetenz ist die ausgeprägte Kombination aus palliativer Haltung, fachspezifischem Wissen und praktischen Fertigkeiten. Hier ist v.a. die Bedeutung der kommunikativen Kompetenz zu nennen, die den Schlüssel zu wahrhaftiger patientInnen-zentrierter Betreuung und wirksamer Symptomkontrolle darstellt bis hin zur Trauerbegleitung der Angehörigen.

„Also schwiegen sie. Das Schweigen stand wie eine dritte Person im Raum. Nur dass es weit mehr Platz einnahm als eine dritte Person.“

(Wolfgang Herrmann)

Durch regelmäßige und gut strukturierte PatientInnenbesprechungen kann jede Profession ihre Sichtweise der PatientInnenbetreuung einbringen. Dieser hohe Vernetzungsgrad gewährleistet, dass der häufig sehr hohen Komplexität der Symptome von PalliativpatientInnen auch durch einen hohen Grad an Zusammenarbeit begegnet wird.

Mit der Palliativstation zur Palliativkultur

Neben der PatientInnenbetreuung ist eine der wesentlichen Aufgaben einer Palliativstation, im Krankenhaus die Betreuungsqualität von PalliativpatientInnen und die Bedingungen für sie und ihre Angehörigen zu verbessern und Impulse für palliative Weiterentwicklung zu geben. Wesentliche Voraussetzungen dafür sind:

- Eine Palliativstation kann nur dann ihre volle Qualität entfalten und den PatientInnen bestmöglich zugute kommen, wenn die Wertigkeit einer Palliativstation allen anderen medizinischen Abteilungen gleichgestellt ist und eigenverantwortlich agieren kann.
- Die vollinhaltliche Unterstützung durch die Krankenhausleitung ist notwendig für das Wirksamwerden der palliativen Kompetenz im gesamten Krankenhaus.
- Neben der Vernetzung im Krankenhaus mit allen klinischen Abteilungen und den handelnden Personen ist auch die Kooperation nach außen mit HausärztInnen und medizinischen und pflegerisch-sozialen Hausdiensten eine Not-

wendigkeit. Nur dadurch sind Entlassungen von PatientInnen möglich und können unnötige Krankenhauseinweisungen vermieden werden.

- Ein interdisziplinärer Palliativkonsiliardienst, der unterstützend und beratend auf den verschiedenen Stationen PalliativpatientInnen mit betreut und die Umsetzung des Palliativkonzeptes im Gesamthaus forciert.

Immer noch zu hörende Aussagen wie „Die PatientIn ist (noch) nicht palliativ“, „Die Familie will nicht, dass man mit der PatientIn über die Palliativstation redet“ sollen damit ebenso bald der Vergangenheit angehören wie der Appell „Die PatientIn stirbt, ihr müsst sie sofort aufnehmen!“

Was ist die Palliativstation nicht?

Palliativstationen haben nicht die Aufgabe, sterbende PatientInnen von anderen Krankenhausstationen für wenige letzte

Lebenstage oder -stunden zu übernehmen. Aktuell sterbende PatientInnen sollen im Regelfall an ihrer bisherigen Station verbleiben und die Kompetenz der palliativen Betreuung in den Händen der jeweiligen Station. Der in jedem größeren Krankenhaus einzurichtende interdisziplinäre Palliativkonsiliardienst unterstützt dabei (Abb. 1).

- Die Palliativstation ist oft nicht die „letzte“ Station, keine „Sterbestation“. Durchschnittlich liegen Entlassungszahlen bei 40%.
- Die Palliativstation ist kein Pflegeheim, keine Einrichtung zur Dauerbetreuung. Die mittlere Verweildauer beträgt zwischen 10 und 14 Tagen.
- Die Palliativstation ist nicht der Ort, „wo erst dann etwas beendet“ werden darf. Die Gabe von Antibiotika, kreislaufstützenden Medikamenten oder das (Nicht-)Legen von PEG-Sonden kann nur von der Indikation bei der indivi-

Abb. 2: Palliativstationen in Österreich

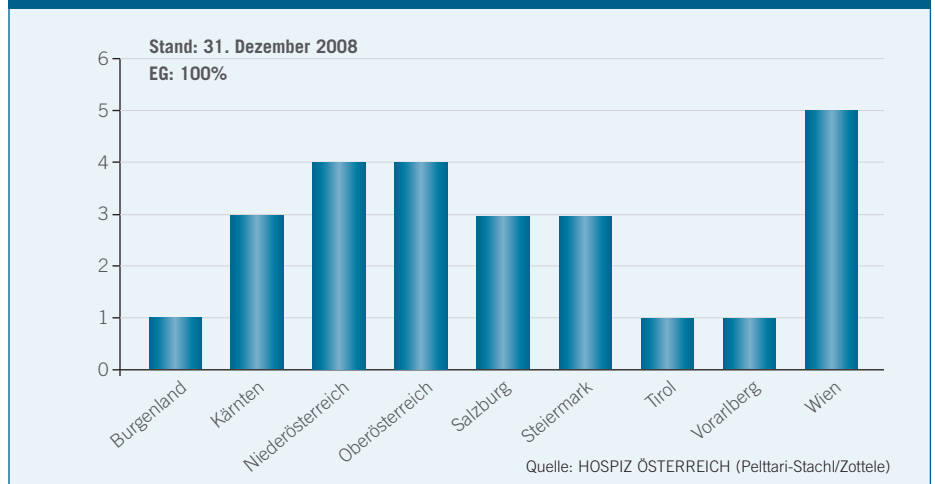
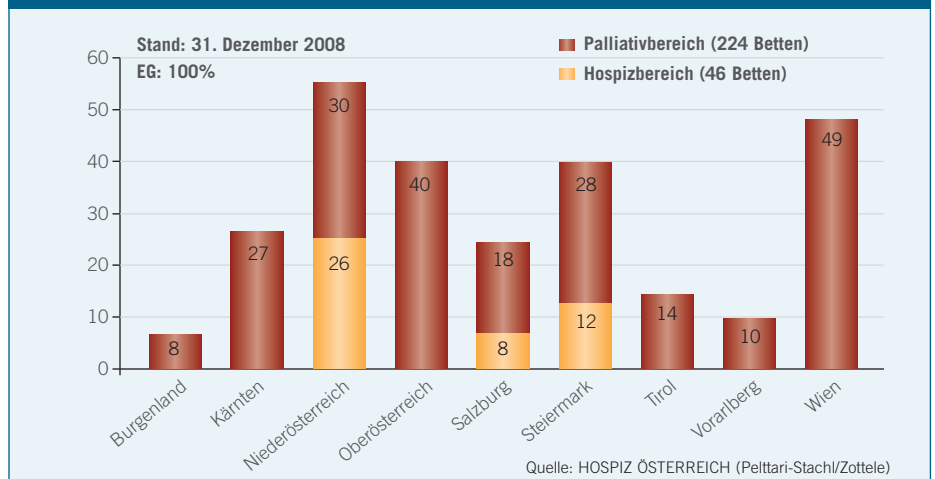


Abb. 3: Bettenanzahl im Palliativ- und Hospizbereich



duellen PatientIn abhängen – aber nicht vom Betreuungsort.

Chancen und Herausforderungen für die Zukunft

So wie die Palliativstation und deren PatientInnen von der Kompetenz aller Fachabteilungen und MitarbeiterInnen eines Krankenhauses profitieren, so kann die Palliativstation besonders ausgeprägte Kernkompetenzen in das System Krankenhaus einbringen, die als Vorbilder für andere Abteilungen dienen können:

- *Radikale* PatientInnenorientierung
- Hohe Achtsamkeit und Kompetenz in der Symptomkontrolle
- Qualität der wahrhaftigen Kommunikation mit PatientInnen und Angehörigen
- Regelmäßige interdisziplinäre PatientInnenbesprechungen
- Gelebte Teamarbeit mit flachen Hierarchien als essenzieller wesentlicher Arbeitsstil
- Intensive ethische Reflexionen
- Klare Therapiezieldefinitionen statt „austherapierte“ PatientInnen
- *Therapiezieländerungen* statt „Therapieabbruch“
- Systemische Sichtweise mit hoher Einbindung der Angehörigen

Außerdem beteiligen sich Palliativstationen an der palliativen Aus-, Fort- und Weiterbildung. In Zukunft wird auch der palliativmedizinischen Forschung vermehrte Bedeutung zukommen. Wissenschaftliche Erkenntnisse der Palliativmedizin haben bei vielen Symptomen therapeutische Möglichkeiten geschaffen, die eine bessere Lebensqualität vieler PatientInnen zur Folge haben (z.B. das Vorgehen bei inoperabler gastrointestinaler Obstruktion). Eine Forderung ist auch die schrittweise Etablierung der Palliativmedizin als anerkannte Fachdisziplin bis hin zum FachärztInnenstatus und letztendlich eigenen Primariaten. Und nicht zuletzt sind auch in der palliativen Geriatrie qualitative und quantitative Verbesserungen zu forcieren.

Kooperation statt Konkurrenz

Palliativstationen wirken dank ihrer Struktur und Ressourcen in manchen Bereichen privilegiert – und werden deshalb manchmal mit Argwohn und Konkurrenz betrachtet. Wir brauchen die Palliativstationen als Kristallisationspunkte: als Orte



© Andrejs Zemlaga - istockphoto.com

der Vernetzung und Quellen der Zusammenarbeit.

Wir haben auch darauf zu achten, dass „wo palliativ draufsteht, auch palliativ drin ist“, um mit dem nach außen positiven „Imagefaktor“ der Palliativstation auch innerlich die adäquate interdisziplinäre palliativmedizinische Qualität zu verbinden.

Wir brauchen keine Konkurrenz, sondern herausragende Vernetzung. Und wir brau-

chen die Palliativstationen als Wegbereiterinnen für menschengerechte palliative Weiterentwicklungen im Gesundheitssystem. Dann können alle im medizinischen System beteiligten Personen für die ihnen anvertrauten PalliativpatientInnen und ihre Angehörigen das Bestmögliche tun. Und dieser Auftrag und dieses Anliegen verbinden und fördern eine patientInnenzentrierte Medizin, die der Würde des Menschen bestmöglich gerecht wird. ■

Tab.: Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung LKF-Modell 2010 – Bewertung palliativmedizinische Einrichtung

Abrechnungsmodus

- ⇒ 484 Punkte je Belagstag bis zu einer Gesamtaufenthaltsdauer von 21 Tagen
- ⇒ Nach 21 Tagen werden folgende Tagessätze zur Anwendung gebracht

Belagstag	Punkte/Tag	Belagstag	Punkte/Tag	Belagstag	Punkte/Tag
22	462	29	350	36	282
23	442	30	339	37	275
24	424	31	328	38	267
25	407	32	318	39	261
26	391	33	308	40	254
27	376	34	299	41	248
28	363	35	290	42+	242

LKF-Modell 2010, Bundesministerium für Gesundheit

* Serie Palliativmedizin

Wissenschaftliche Leitung: Univ.-Prof. Dr. Herbert Watzke

Bereits erschienen:

- Den verbleibenden Tagen Leben geben: Stellenwert der Palliativmedizin in *klinik 1/2010*

Geplante Themen:

- Was ist Palliativmedizin? (Onkologisch – Neurologisch – Geriatrisch – Kardiologisch) in *klinik 3/2010*
- Umgang mit Leid, Motivation: Wie viele Tote verträgt das Team? in *klinik 4/2010*
- Umgang mit der Wahrheit in *klinik 5/2010*
- Palliativmedizin an der Schnittstelle (intramural/extramural) in *klinik 6/2010*