

Qualitätssicherung für kleine Palliativeinheiten

Dachverband Hospiz Österreich und die Österreichische Palliativgesellschaft bekennen sich zum Konzept der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich, welches für den stationären Bereich Palliativstationen mit mindestens 8 Betten vorsieht. Die Größe der Stationen ist Garant für die geforderten Qualitätskriterien im Palliativbereich und ist klar zu favorisieren. Zur wohnortnahen Versorgung kann es in Einzelfällen sinnvoll sein, kleinere Palliativeinheiten zu implementieren.

Ausgangslage

Neben eigenständig arbeitenden Palliativstationen werden in Österreich auch kleinere Palliativeinheiten mit einer Größe unter 8 Betten geplant und umgesetzt. Diese sind in der Regel an andere Fachgebiete angegliedert und diesen organisatorisch unterstellt. Solche Einheiten finden sich beispielsweise in Tirol (KH Kufstein 4 Betten, KH Schwaz 4, KH Lienz 4, KH Natters 2), in Oberösterreich (in Rohrbach 4) oder in Salzburg in Schwarzach/St. Veit.

Im Rahmen des geplanten Vollausbau und der Regelfinanzierung der Hospiz- und Palliativversorgung¹ ist mit einer Zunahme solcher Palliativeinheiten zu rechnen, zumal ein Schwerpunkt im ÖSG / RSG der Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung ist. Dies entspricht dem Grundsatz der wohnortnahen Versorgung.

Strukturkriterien

Der Bedarf an Palliativstationsbetten in Österreich wird in der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung² folgendermaßen gerechnet:

- 50 Betten / Mio EW, ab mindestens 200.000 EW
- „8 – 14 Betten, darüber hinaus sind abhängig von regionalen Bedingungen auch Palliativbereiche mit weniger als 8 Betten möglich“

Im ÖSG 2017³ werden die Zahlen laut Planungsrichtwerttabelle weiter gefasst, hier werden eine minimale Bettenmesszahl (BMZ) von 0,05 und eine maximale BMZ von 0,08 angegeben, das ergibt eine Anzahl an Palliativstationsbetten von 50 – 80 / Mio EW.

Im Prozesshandbuch für Hospiz- und Palliativeinrichtungen⁴ aus 2012 werden Palliativstationen wie folgt definiert:

- „Auf Versorgung von Palliativpatienten spezialisierte eigenständige Einrichtung innerhalb von bzw. im Verbund mit einem Akutkrankenhaus. Ein Multiprofessionell

zusammengesetztes Team betreut nach ganzheitlichem Ansatz Patienten und deren An-/Zugehörige. Eine Palliativstation (PAL) agiert autonom bezüglich Aufnahme, Behandlung und Entlassung von Patientinnen/Patienten.“ (Hervorhebung durch die Autor:innen)

Beispiel Oberösterreich

Bezugnehmend auf den ÖSG 2017 ergeben sich für Oberösterreich bei 1,5 Millionen Einwohnern ein Bettenbedarf zwischen 75 und 120.

Somit wurde bei einem derzeitigen Ist-Stand von 78 Betten in Oberösterreich der Plan für 2025 mit 96 Betten festgelegt. Konkret sind im RSG 2025 3 kleine Palliativbereiche im KH Schärding (3 Betten), KH Freistadt (3) und KH Kirchdorf (4) geplant, im KH Braunau soll eine Aufstockung von 4 auf 6 Betten erfolgen. An den Standorten Gmunden und Bad Ischl wurden keine Palliativbetten geplant.

Qualitätskriterien für kleine Palliativeinheiten

Bisher wurden keine Kriterien für kleine Palliativeinheiten definiert, im ÖSG und in den GÖG-Kriterien werden nur die Palliativstationen behandelt.

In der Praxis ergeben sich für die Arbeit an kleinen Palliativeinheiten mehrere Herausforderungen⁵:

- Enge strukturelle und organisatorische Anbindung an eine andere Abteilung
 - Bettenbelegung auch durch Patient:innen der anderen Fachrichtung bei Knappheit
D.h KEINE Autonomie bzgl. Aufnahme, Behandlung und Entlassung (siehe oben)
 - Bei Personalknappheit wird auf die Ressourcen der Palliativeinheit zurückgegriffen.
- Patientenzentriertes Arbeiten oft nicht möglich
- Umsetzung einer eigenen Tagesstruktur oft nicht möglich
- Bezugspflege kann meist nicht umgesetzt werden
- Multiprofessionelle Teamarbeit erschwert (Sozialarbeit, Psychologie, Physiotherapie, Seelsorge sind nicht wie an der Palliativstation direkt der Einheit zugeordnet)
Entwicklung einer Palliativkultur (Ruhe, Zeit, Haltung, ...)
- Fachliche Expertise kann wegen der geringeren Patientenzahl nur langsam erarbeitet werden
- Angehörigenbegleitung nicht in ausreichendem Umfang möglich
- Meist keine ehrenamtlichen Mitarbeiter:innen
- Enge räumliche Anbindung an eine andere Fachabteilung
 - kein abgeschlossener Bereich, Ruhe fehlt meist

Bei den Mitarbeiter:innen können sich Unzufriedenheit und Frustration entwickeln, da dem Anspruch qualitätsvolle Palliative Care Arbeit zu leisten aufgrund von Beschränkungen, unzureichenden realen Rahmenbedingungen und Fremdvorgaben nicht entsprochen werden kann. Dies führt zu einer permanenten Anspannung und einem Ausbalancieren von

strukturellen Mängeln, was zur Folge hat, dass hoch qualifizierte und kompetente Mitarbeiter:innen aus diesem Bereich ausscheiden.

Position des Dachverbandes Hospiz Österreich und der Österreichischen Palliativgesellschaft:

Der Dachverband Hospiz Österreich und die Österreichische Palliativgesellschaft befürworten den Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich anhand des Konzeptes der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung und somit den weiteren Ausbau der Palliativstationen in Österreich.

Im Sinne des gerechten Zugangs zu Palliative Care für alle kann es **in Ausnahmefällen** notwendig sein, auch kleinere Palliativeinheiten an Krankenanstalten zu implementieren, wissend, dass diese nicht alle Qualitätskriterien von größeren Palliativstationen erreichen können. Um auch in den kleineren Einheiten bestmögliche Palliativarbeit zu gewährleisten, empfehlen wir die Umsetzung folgender Parameter:

- **Palliativeinheiten arbeiten unabhängig von anderen Fachbereichen in punkto Aufnahme, Behandlung und Entlassung**
- Hauptaugenmerk liegt auf der Patientenzentrierten Betreuung und der Betreuung der Angehörigen
- Individuelle Gestaltung der Tagesstruktur
- Eigene pflegerische und ärztliche Personalstrukturen mit fixer Zuständigkeit für den Palliativbereich, besonders die ärztliche und pflegerische Leitung benötigt eine klare Zuständigkeit und Verantwortlichkeit für die Palliativeinheit
- Fixe Zuordnung der Mitarbeiter:innen aus dem Bereich Sozialarbeit, klinische Psychologie, Physiotherapie und Seelsorge, jeweils mit Palliativ-Expertise
- Ressourcen für Trauerarbeit
- Ehrenamtliches Team
- Eigene Kostenstelle bzw. Budgetierung
- Räumliche Trennung vom Akutbereich und entsprechende räumliche Gestaltung

Wenn organisatorisch möglich, bietet sich hier die fachliche Anbindung der Einheiten an die jeweils nächstgelegene größere Palliativstation eines Schwerpunktkrankenhauses an:

- strukturierte Fallbesprechungen
- gemeinsame Aus- und Weiterbildung
- gemeinsame Supervisionen
- (ev. gemeinsame ärztliche Leitung)

Die zeitlichen und personellen Ressourcen für Palliativeinheit und Palliativkonsiliardienst mögen getrennt voneinander ausgewiesen und budgetiert werden, sodass für diese beiden palliativen Aufgaben ausreichende Ressourcen zur Verfügung stehen. Es ist sinnvoll, dass die Dienste an der Palliativeinheit und im Palliativkonsiliardienst von den gleichen Personen geleistet werden.

Die Autor:innen des Schreibens sind in Kenntnis des Schreibens sind betr. des Hospiz- und Palliativfondsgesetzes (BGBl vom 18.3.2022 mit Wirkung ab 1.1.2020) detailliert in Kenntnis gesetzt.

Wir anerkennen, dass die zweckgewidmeten Zuschüsse des Bundes im Rahmen der Drittfiananzierung nicht für die LKF-finanzierten, spezialisierten Versorgungsangebote verwendet werden.

Wir sind davon überzeugt, dass aktuell im Bereich der Versorgung an den Patientenwohnorten (privat und in Pflege- und Betreuungszentren) die tiefendesten Mängel an spezialisierter Palliativversorgung bestehen.

Mit Freude und großer Zuversicht blicken wir auf die zukünftige Agenda der Gesundheit Österreich GmbH, welche Qualitätskriterien und -indikatoren für die modular abgestuften Versorgungsangebote in der Hospiz- und Palliativversorgung erarbeiten wird und stehen zur Kooperation gerne zur Verfügung!

April 2022

für den Dachverband Hospiz Österreich: Grebe C, Bitschnau K, Janouschek S, Mühlböck W, Thalinger S, Nemeth C.

für die Österreichische Palliativgesellschaft: Likar R, Watzke H und Weixler D.

Quellen:

¹ Hospiz- und Palliativfondsgesetz – HosPalFG, BGBl. I Nr. 29/2022

² Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene. GÖG 2014

³ ÖSG 2017. Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017. GÖG 2017

⁴ Prozesshandbuch Hospiz- und Palliativeinrichtungen. GÖG 2012

⁵ Baumgartner R, 2016: Die Implementierung einer Palliativeinheit auf eine bestehende Akutstation exemplarisch dargestellt am Beispiel Krankenhaus Schwarzach. Expertenarbeit Lehrgang Palliative Care an der PMU Salzburg.