

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
Die Dokumentation des Pilotprojektes – eine Übersicht	II
Inhaltsverzeichnis	1
Einleitung	2
Zusammenfassung der Ergebnisse	4
Danke	7
Beteiligte am Pilotprojekt „Stationäre Palliativbetreuung“	8
Teil A - Einführung und Projektbeschreibung	11
1. Palliativmedizin	12
2. Das Pilotprojekt „Stationäre Palliativbetreuung“	16
Teil B - Die Zusammenfassungen der externen Evaluation	23
1. Die Systemische Evaluation des IFF	24
2. Die wissenschaftliche Begleituntersuchung Wagner/Krainz	27
3. Das Steirische Palliativkonzept des ÖBIG	32
Teil C - Ergebnisse und Zusammenfassungen der internen Evaluation	35
1. Die Einbindung der Ehrenamtlichen Mitarbeiter	36
2. Das letzte Lebensjahr der Krebspatienten in KAGes Spitälern	39
3. Die Krebspatienten der II. Med. Abt. des LKH Univ.-Klinikum Graz ...	46
4. Ergebnisse der Befragung ‚Patientenzufriedenheit‘	50
5. Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung	58
6. Palliativpflege und Aktivitäten des täglichen Lebens	68
Anhang mit Literatur, Adressen, Links	73

Hinweis:

Alle im Schlußbericht verwendeten personenbezogenen Ausdrücke, wie z. B. „Arzt“ oder „Patient“ umfassen Frauen und Männer gleichermaßen.

EINLEITUNG

Grundsätzlich ist nicht einzusehen, warum die Behandlung und Betreuung von Patienten ohne Heilungschancen im Bereich der medizinischen und ärztlichen Tätigkeit eine Sonderstellung einnehmen sollte. Der ärztlich-medizinische Auftrag ist umfassend und sollte alle behandlungswürdigen Leiden beinhalten.

In der Realität hat sich aber herausgestellt, daß bei der Betreuung von Patienten ohne Heilungschancen allzuvielen Unzulänglichkeiten (Symptomkontrolle, ...) und enttäuschte Erwartungen der Betroffenen und der Angehörigen (psychosoziale Betreuung, Spiritualität, ...) im Raum stehen. Dies hat zur Entwicklung eines eigenen medizinischen Bereiches, nämlich der Palliativmedizin, geführt. Ausgehend von den Aktivitäten von Cicely Saunders in London ist die Palliativmedizin im Begriff, sich weltweit zu etablieren und damit einen bisher weißen Fleck - oder besser schwarzen Fleck - in unserem Gesundheitswesen aus der Welt zu schaffen.

Die rasche und in hohem Maße effektive naturwissenschaftliche Entwicklung der Medizin hat unser Gesundheitswesen einseitig beeinflusst. Die humanwissenschaftlich-philosophisch begründeten ärztlichen Erfahrungen und die Erfahrungen der Bevölkerung sind in den Hintergrund getreten und es entstand die Vision der umfassenden Machbarkeit, sobald die Wissenschaft die notwendigen Erkenntnisse gewonnen habe.

„Die Medizin erkennt Krankheiten und behandelt sie.“

Die moderne Gesellschaft hat die Aufgabe, eine optimale medizinische Betreuung jedem Bürger in gleichem Maße zur Verfügung zu stellen. Es ist eine Bringschuld der Medizin und der Gesellschaft, umfassende Behandlungsstrategien anzubieten.

Größenphantasien von Allmacht der Medizin sind eng verknüpft mit der Illusion von Unsterblichkeit. Es nimmt nicht wunder, daß sich viele Menschen wünschen, schnell und unbewußt, „bei Nacht und Nebel“ zu sterben, ohne die Realität ihrer Sterblichkeit jemals bedenken zu müssen.

Diese Grundeinstellung bedeutet natürlich einen Fall ins Bodenlose, wenn ein Mensch durch eine Diagnose zur Kenntnis nehmen muß, daß er an einer Krankheit leidet, die nicht heilbar ist, und daß er in absehbarer Zeit mit dem Ende seines Lebens rechnen müsse. Die dem Zeitgeist entsprechende Meinung, daß der Mensch angesichts eines solchen Wissens kein wertvolles Leben mehr führen könne, führt häufig zu chaotischen Reaktionen in der

Kommunikation zwischen Ärzten, Pflegepersonal, Patienten und Angehörigen.

Einen Ausweg aus diesem Dilemma zeigt die Erfahrung, daß der Mensch seit jeher durchaus in der Lage war und ist, schicksalshafte Gegebenheiten zu akzeptieren und sich darauf einzustellen. Die Palliativmedizin baut auf dieser Erkenntnis auf und hat sich weltweit als erfolgreich erwiesen. Bei angemessener Begleitung entwickelt sich ein beeinträchtigtes und zeitlich begrenztes Leben in vielen Fällen so, daß dieser Lebensabschnitt als besonders wertvoll empfunden wird, gleichgültig, ob es sich um Jahre, Monate, Wochen oder gar nur um Tage handelt. Das Ausmaß der Behinderung und des ursprünglichen Leidensdruckes erweist sich dabei immer wieder als sekundär.

Allmählich aber tritt ein Wandel ein. Bei sehr vielen Menschen besteht in zunehmendem Maße der Wunsch nach palliativmedizinischen Einrichtungen. Viele private und öffentliche Initiativen gehen in diese Richtung. Die Zeit ist reif für die Integration dieses Bereiches in unser Gesundheitswesen.

Für das steirische Pilotprojekt war die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung ein willkommener Ausgangspunkt, da diese Finanzierungsmittel zur Erprobung und Einführung von medizinischen Strukturverbesserungen vorsieht. Das wurde zum Anlaß für die Planung des Pilotprojektes "Stationäre Palliativbetreuung" genommen, im Rahmen derer die Integration von Palliativmedizin in den Krankenhausalltag erprobt werden sollte.

Es war von vornherein klar, daß dieses Pilotprojekt, das auf den stationären Bereich der Krankenhäuser begrenzt war, nur einen Teil des Problems einbeziehen wird können. Palliativmedizin muß aber den intramuralen und den extramuralen Bereich letztendlich gemeinsam betreuen. Die Erfahrungen aus dem Projekt sollten eine Grundlage für die künftige Integration der Palliativmedizin in das steiermärkische Gesundheitswesen bieten.

Der vorliegende Bericht zeigt, daß dies in umfassender Weise gelungen ist. Dafür ist vor allem das enorme persönliche Engagement und die fachliche Kompetenz des Projektleiters Dr. Johann Baumgartner verantwortlich. Dr. Markus Narath hat ihn von Seiten der Medizinischen Direktion bei der Durchführung des Projektes und bei der Verfassung des Berichtes unterstützt. Beiden sei an dieser Stelle herzlich gedankt.

Univ.Prof. Dr. Karl Harnoncourt
Projektermächtiger

Graz, im Februar 2000

ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE

Das Pilotprojekt „Stationäre Palliativbetreuung“ ist beendet. Die Dokumentation belegt, daß eine derartige stationäre Palliativbetreuung in der Steiermark realisierbar ist. Sie bestätigt, daß die gewählte Vorgangsweise richtig war. Sie zeigt Chancen, Notwendigkeiten und Entwicklungsmöglichkeiten für die steirische Palliativbetreuung. Und sie zeigt, daß der hohe Mitteleinsatz von rund elf Millionen Schilling, mit dem dieses Projekt aus Mitteln des Steirischen Krankenanstaltenfinanzierungsfonds (SKAFF) gefördert wurde, mit den Ergebnissen zu rechtfertigen ist.

Die **Dokumentation des Projektes** besteht aus drei Teilen, dem hier vorliegenden

Schlußbericht, den

Originalien der Ergebnisse der externen und internen Evaluation, sowie den *Materialien*, in denen die Fragebögen und Dokumentationsunterlagen vorgelegt werden.

Der vorliegende **Schlußbericht** ist in drei Abschnitte gegliedert:

Teil A: Einführung und Projektbeschreibung

Teil B: Die Zusammenfassungen der externen Evaluation und

Teil C: Ergebnisse und Zusammenfassungen der internen Evaluation.

TEIL A - EINFÜHRUNG UND PROJEKTbeschreibung

1. Palliativmedizin

Die Frage der qualitativ hochstehenden Betreuung in der letzten Lebensphase wurde in den vergangenen Jahren weltweit ein aktuelles Thema. In Österreich zeigt sich das in Berichten der Ministerien (Seniorenbericht, Bericht des Gesundheitsministeriums), auf Länderebene und im Regierungsprogramm. Auch der österreichische Krankenanstaltenplan (ÖKAP) nimmt darauf Bezug.

Palliativmedizin ist die Betreuung von Patienten mit einer nicht heilbaren, progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung, für die das Hauptziel der Begleitung die Lebensqualität ist.

Die organisierte Palliativbetreuung wird zunehmend entwickelt. Einer der zentralen Aspekte der Palliativbetreuung ist die Kontinuität und die nahtlose Betreuung. Das betrifft alle Versorgungsstufen, die in der letzten Lebensphase eingebunden werden müssen.

2. Das Pilotprojekt "Stationäre Palliativbetreuung"

Das Pilotprojekt "Stationäre Palliativbetreuung" hat, die Zeichen der Zeit aufnehmend, über Initiative des Landtages, des Steiermärkischen Krankenanstaltenfinanzierungsfonds (SKAFF) und der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft (KAGes) sowie des Hospizvereines Steiermark ein Jahr lang stationäre Palliativbetreuung an drei Standorten mit insgesamt 15 Betten geprüft. Diese Standorte waren die *II. Medizinische Abteilung des LKH Univ.- Klinikum Graz* sowie die *Internen Abteilungen des Krankenhauses der Elisabethinen und des Landeskrankenhauses Bad Aussee*.

Dafür wurden seitens des SKAFF mit Beschluß vom 23. Oktober 1997 rund 11 Millionen ÖS dafür zur Verfügung gestellt. Das Projekt wurde nach den Richtlinien des Projektmanagements der KAGes durchgeführt, der Evaluation aus verschiedenen Blickwinkeln wurde besondere Bedeutung zugemessen. Das Projekt hat den Boden für weitere Initiativen bereitet und eine, wenn auch noch schmale, Routineversorgung in Gang gesetzt.

TEIL B - DIE ZUSAMMENFASSUNGEN DER EXTERNEN EVALUATION

Drei externe Partner wurden ausgewählt, um das Projekt zu begleiten und um Know-how für spezifische Fragestellungen zur Verfügung zu stellen: Das Institut "IFF – PALLIATIVE CARE UND ORGANISATIONALES LERNEN" aus Wien für die Systemische Evaluation, das Team Dr. B. WAGNER / Dr. D. KRAINZ - Graz - für die wissenschaftliche Begleituntersuchung, und das Österreichische Bundesinstitut für das Gesundheitswesen (ÖBIG) - Wien - für die Entwicklung eines Palliativkonzeptes.

1. Die Systemische Evaluation des IFF

Die Systemische Evaluation des IFF hat die Rahmenbedingungen und die Vorgangsweise des Projektes sowie die Einstellungen und Erwartungen von Betreuenden und Entscheidungsträgern untersucht. Dem umfassenden Zugang zur Fragestellung entsprechend werden im Ergebnis zentrale Punkte angesprochen und zwei notwendige Schritte empfohlen:

Die *Sicherung des Ergebnisses* (sonst gehen Engagement der Mitarbeiter, das erarbeitete Know-how und die Signalwirkung von Modellen verloren) und die *Weiterentwicklung*. Hier werden der Wissenstransfer, eine fachlich unterstützte und strategisch ausgerichtete Projektorganisation, Anstrengungen der Teamentwicklung als wesentliches Element der palliativen Versorgung, die Entwicklung von Projektleitfäden und schließlich ein Gesamtkonzept notwendig sein.

2. Die wissenschaftliche Begleituntersuchung von Wagner/Krainz

Die wissenschaftliche Begleituntersuchung von Dr. Wagner/Dr. Krainz ist das Herzstück der Evaluation: Führt die im Projekt praktizierte Form von Palliativbetreuung zu einer *Verbesserung der Lebensqualität*? Die Antwort ist *ja*. Zusammenfassend wird festgestellt: Das vornehmliche Ziel palliativer Betreuungsmaßnahmen, welches in der Erhaltung bzw. Wiederherstellung einer möglichst hohen Lebensqualität unheilbar Kranker liegt, wurde im Rahmen des Steirischen Pilotprojektes „Stationäre Palliativbetreuung“ weitgehend erreicht. Jedoch wurde auch die Annahme bestätigt, wonach palliative Maßnahmen umso eher zu Erfolgen führen, je frühzeitiger sie einsetzen.

Die für den Schlußbericht erstellte Zusammenfassung der wissenschaftlichen Begleituntersuchung ist ganz kurz. Es wird empfohlen, die Langfassung (170 Seiten) im Teil II Originalien heranzuziehen. Dort können die Leistungen und Ergebnisse der Mitarbeiter, die in der Palliativbetreuung tätig waren, geschätzt werden. Der hohe Standard der Untersuchung ist zu sehen und es kann das Engagement der Betreuer für die Durchführung der umfassenden Dokumentation während des Pilotprojektes gewürdigt werden.

3. Das Steirische Palliativkonzept des ÖBIG

Das Österreichische Bundesinstitut für das Gesundheitswesen (ÖBIG) hat gemeinsam mit dem Projekt ein steirisches Palliativkonzept entworfen. In einem Simulationsmodell, in das auch die Bevölkerungsentwicklung einging, wurde der Bedarf bis zum Jahr 2020 mit zwischen 41 und 56 Betten errechnet. Die sollen an spezialisierten Stationen vorgehalten werden. *Empfehlungen zum stufenweisen Aufbau* werden vorgelegt. Dem Bedarf an qualitativer Palliativbetreuung auf Allgemeinstationen soll durch Konsiliarteams entsprochen werden. Der stationäre Pflegebereich außerhalb des Akutkrankenhauses wird zu fördern sein, dem ambulanten Bereich wird besonderes Augenmerk zu geben sein, um eine nahtlose Betreuung sicherzustellen. Eine zentrale Koordination des Aufbaues wird empfohlen.

TEIL C - ERGEBNISSE UND ZUSAMMENFASSUNGEN DER INTERNEN EVALUATION**1. Die Einbindung der Ehrenamtlichen Mitarbeiter**

Die Koordinatorin im Hospizverein, Maria Riedrich, beschreibt die Tätigkeit der ehrenamtlichen Mitarbeiter im Rahmen des Projektes. Palliativbetreuung ist überall auf diese, in der Gesellschaft weiter zu verankernden, soziale Leistung angewiesen. Dementsprechend werden *Empfehlungen zu Koordination, Öffentlichkeitsarbeit, Ausbildung und Rahmenbedingungen vorgelegt*.

2. Das letzte Lebensjahr der Krebspatienten in den KAGes-Spitälern

Ein Überblick über die Krankenhausaufenthalte von verstorbenen Krebspatienten während des letzten Lebensjahres, soweit sie in den steirischen Landeskrankenhäusern betreut wurden, sollen als Basisdaten für die Beobachtung der weiteren Entwicklung der steirischen Palliativbetreuung dienen. *Das letzte Lebensjahr ist mit einer hohen Inanspruchnahme des Akutkrankenhauses verbunden*. Gelingende Palliativbetreuung sollte, wenn es von den Patienten gewünscht wird, Krankenhausaufenthalte vermeiden helfen.

3. Die Krebspatienten der II. Med. Abt. am LKH-Univ.Klinikum Graz

Ein Vergleich der stationären Aufenthalte von Krebspatienten an der II. Medizinischen Abteilung wurde anhand administrativer Daten durchgeführt. Die Fälle der Palliativeinheit liegen länger, haben weniger LKF-Einzelleistungen und Intensivleistungen und bringen geringere Erlöse sowohl pro Fall, besonders aber pro Tag. *Das LKF-System wird dem Aufwand*, der für diese besonders schweren Fälle erforderlich ist, *nicht gerecht*.

4. Ergebnisse der Befragung „Patientenzufriedenheit“

Die subjektive Patientenzufriedenheit in diesem für die Steiermark neuen Betreuungsangebot wurde mittels eines Fragebogens erhoben. Die Patienten haben bei der Entlassung nach dem Erstaufenthalt an den drei Standorten einen Fragebogen erhalten. Insgesamt sind 34 Fragebögen zur Auswertung zur Verfügung gestanden. Die Ergebnisse belegen eine durchwegs *hohe Patientenzufriedenheit* mit der Betreuung und Unterbringung in den Palliativbereichen.

5. Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung

Vor Beginn der Durchführungsphase des Pilotprojektes "Stationäre Palliativbetreuung" wurden die Ärzte und Pflegepersonen, die in die Palliativbetreuung eingebunden waren, zu den Themenbereichen Tod und Sterben befragt. Ärzte fühlen sich noch weniger gut auf die Palliativbetreuung vorbereitet als das Pflegepersonal. Beide Berufsgruppen erleben sich bei der Betreuung Schwerkranker Sterbender belastet, mehr noch bei der Betreuung der Angehörigen. Als Methoden zum Abbau emotionaler Belastungen werden Gespräche innerhalb des Teams, Seminare, Supervision und Kommunikationstraining für geeignet gehalten. Nahezu alle Mitarbeiter fanden die psychosoziale Betreuung Schwerkranker und Sterbender in unserer Gesellschaft unzureichend. Fachärzte weisen, gegenüber den anderen Berufsgruppen, die geringsten Burnout-Werte auf. Aus diesen Ergebnissen sind wichtige Rückschlüsse auf den *Bildungsbedarf und die Teambildungsmaßnahmen* zu ziehen.

6. Palliativpflege und Aktivitäten des täglichen Lebens

Die Mitarbeiter des Pflegedienstes evaluierten im Rahmen der Palliativpflege, inwieweit bei den Patienten Zuwendung und Hilfestellungen nach den Kategorien Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) geleistet wurden. Dazu wurde einmal wöchentlich entsprechend dokumentiert. Im Ergebnis zeigt sich, daß Verstorbene verglichen mit Entlassenen mehr Zuwendung und Hilfestellung in der jeweils vergangenen Woche erhielten. Angesichts des oft kritisierten Umgangs mit den Sterbenden ist dies ein wichtiger Beleg für das Gelingen der Betreuung im Rahmen des Projektes.

DANKE

Die Projektleitung hat all jenen zu danken, die das Projekt so engagiert ermöglicht und umgesetzt und damit vielen Patienten geholfen haben.

- *Einen großen Dank der Landeskommission des Steiermärkischen Krankenanstaltenfinanzierungsfonds (SKAFF) unter dem Vorsitz von Landesrat G. Dörflinger: mit diesem ersten Projekt des SKAFF wurden Hoffnungen erfüllt und viele Aktivitäten initiiert, die weit über Österreich hinaus Anerkennung finden.*
- *Dank gilt dem Vorstand und den Direktoren der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft: das Projekt hat in der KAGes eine sehr förderliche Umgebung gefunden. Unzählige Mitarbeiter in allen Direktionen haben wichtige Beiträge geleistet.*
- *Danke den Kollegialen Führungen des LKH-Univ.Klinikum Graz und des LKH Bad Aussee, sowie der Leitung des Krankenhauses der Elisabethinen, die gemeinsam mit vielen ihrer Mitarbeiter, auf vielfältige Art und Weise die Umsetzung des Projektes unterstützt haben.*
- *Ohne die engagierte Arbeit der vielen MitarbeiterInnen aller Berufsgruppen in den 3 Palliativteams wäre das Projekt nie so erfolgreich geworden. Herzlichen Dank.*
- *Danke und eine extragroße Anerkennung den vielen Ehrenamtlichen Mitarbeitern des Hospizvereines Steiermark und ihren Koordinatorinnen.*
- *Danke den Hausärzten für ihre entgegenkommende Mitarbeit bei der Dokumentation.*
- *Danke den sehr verlässlichen und engagierten Externen Mitarbeitern.*
- *Großer Dank auch an die Beteiligten in den Arbeitsgruppen, im Projektteam, im Projektausschuß, im Forum und zu guter Letzt im Projektsekretariat.*
- *Wir stehen auch in der Schuld der Patienten, die so geduldig an den Befragungen und an der Dokumentation mitgewirkt haben. Danke.*

Das Ergebnis ist Belohnung und Motivation für die nächsten Schritte.

Graz, im Februar 2000

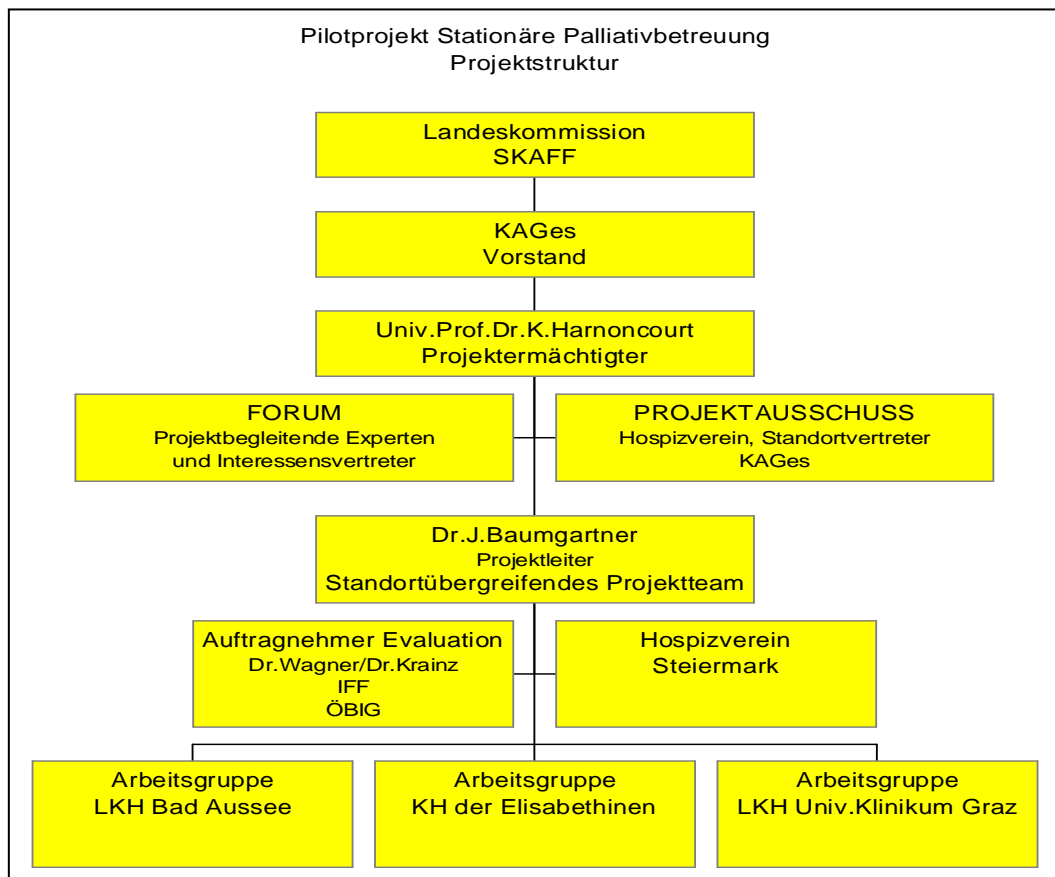
BETEILIGTE AM PILOTPROJEKT „STATIONÄRE PALLIATIVBETREUUNG“

Auftraggeber: Steiermärkischer Krankenanstalten-Finanzierungsfonds – SKAFF

Projektbeauftragter: Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.-KAGes

Projektermächtiger: Univ. Prof. Dr. Karl HARNONCOURT, Med. Direktor

Projektleiter: Dr. Johann BAUMGARTNER
 Sekretariat: Susanne EIBL
 Stiftingtalstraße 4 – 6
 8036 Graz
 Tel.: 0316 / 340–5283 bzw. 5240
 Fax : 0316 / 340–5207
 Email: johann.baumgartner@kages.at



Projektausschuß: Dr. Johann BAUMGARTNER
 Pfl. Dir. Hedwig EIBEL
 Prim. Dr. Gunther FEISCHL
 Prim. Univ. Doz. Dr. Günter FORCHE
 Univ. Prof. Dr. Karl HARNONCOURT
 OA Dr. Trautgundis KAIBA
 ORR Dr. Markus NARATH
 HR Dr. Günther TRUMMER

Mitglieder des Forum:

Mag. Elisabeth ANDRITSCH, Klinische Abteilung f. Onkologie an der Med. Univ. Klinik
LAbg. Johann BACHER, Stmk. Landtag - Gesundheitssprecher
Präs. Univ.Prof. Dr. Alfred BEHAM, Krebshilfe Österreich
Dr. Karl BEKERLE, Amt der Stmk. Landesregierung, Landesrechnungshof
Univ.Prof. Mag. pharm. Dr. Eckhard BEUBLER, Institut für Medizinische Pharmakologie
LAbg. Dr. Christian BRÜNNER, Stmk. Landtag – Gesundheitssprecher
Pfl.Dir. Hedwig EIBEL, Anstaltsleitung des LKH-Univ.Klinikum Graz
LAbg. Mag. Wolfgang ERLITZ, Stmk. Landtag – Gesundheitssprecher
Prim. Dr. Gunther FEISCHL, Ärztlicher Leiter des LKH Bad Aussee
Franz FERNER, Volkshilfe Steiermark, Landesgeschäftsführer
Prim. Dr. Günter FORCHE, Leiter der Internen Abteilung des KH der Elisabethinen
Verw.Dir. Erika FRIEDL, Seniorenzentrum der Stadt Graz
Pfl.Dir. Annemarie GIGL, Österreichisches Rotes Kreuz, Steiermark
Mag. Dr. August GOMSI, Steiermärkische KAGes, Medizinische Direktion
LAbg. Barbara GROSS, Volkshilfe Steiermark, Landesvorsitzende
Mag. Georg GRÜNWALD, Amt der Stmk. Landesregierung, Landesrechnungshof
Pfl.Dir. Waltraud HAAS, Krankenhaus der Stadt Graz
Univ.Prof. Dr. Arnulf HACKL, Vorstand der Klinischen Abteilung für Strahlentherapie
Mag. Robert HANSON, Evang. Seelsorge des LKH-Univ.Klinikum Graz
NAbg. Mag. Beate HARTINGER, Stmk. KAGes, Medizinische Direktion
Univ.Prof. Dr. Konstantin HIOTAKIS, Vorstand des Inst. f. Anästhesie u. Intensivmedizin
Mag. Monika HOFFBERGER, Stmk. KAGes, Personaldirektion
OA Dr. Trautgundis KAIBA, Hospizverein Steiermark
Univ.Prof. Dr. Thomas KENNER, Medizinische Fakultät der Karl-Franzens-Universität
Univ.Prof. Dr. Helmuth KERL, Vorstand der Univ. Klinik für Dermatologie
Univ.Prof. Dr. Werner KLEIN, Med. Univ. Klinik, Leiter der Klin. Abt. f. Kardiologie
OMR Prim. Dr. Peter KLUG, Stmk. Gebietskrankenkasse
Univ.Prof. Dr. Günther J. KREJS, Vorstand der Medizinischen Universitätsklinik
Mag. Dr. Karl LADENHAUF, Inst. f. Pastoraltheologie an der Karl-Franzens-Universität
OSr. Elfriede LANGMANN, Krankenhaus der Stadt Graz
OA Dr. Meinrad LINDSCHINGER, Medizinische Universitätsklinik
APHM Gabriele LIPPIT, Geb.-Gyn. Univ. Klinik, Physiotherapie
Univ.Prof. Dr. Werner F. LIST, Leiter d. Univ.Klinik f. Anästhesiologie u. Intensivmedizin
Univ.Prof. Dr. Michael MOSER, Hals-, Nasen-, Ohren, Univ.Klinik
ORR Dr. Markus NARATH, Stmk. KAGes, Medizinische Direktion
Univ.Prof. Dr. Richard H. NOACK, Inst. f. Sozialmedizin an d. Karl-Franzens-Universität
Dr. Uwe PACHMAJER, Vorsitzender der Akademie für Allgemeinmedizin
Univ.Prof. Dr. Hellmuth PICKEL, Geb.-Gyn. Univ. Klinik
Dr. Adolf PINEGGER, Stmk. Gebietskrankenkasse
Dr. Franz PIRIBAUER, Amt der Stmk. LR, Fachabteilung für das Gesundheitswesen
DGKS Johanna REINISCH, Österreichisches Rotes Kreuz, Steiermark
OA Dr. Erika RICHTIG, Univ. Klinik für Dermatologie
OA Dr. Susanne RIENMÜLLER, II. Medizinische Abteilung
Mag. Andreas ROUPEC, Amt der Stmk. Landesregierung, Landesrechnungshof
Univ.Prof. Dr. Hellmut SAMONIGG, Med. Univ. Klinik, Leiter d. Klin. Abt. f. Onkologie
Prim. Dr. Erich SCHAFLINGER, Vorstand der Internen Abt. des LKH Mürzzuschlag
Univ.Prof. Dr. Bernd SCHILCHER, Inst. f. Bürgerl. Recht, Karl-Franzens-Universität
Mag. Renate SKLEDAR, Patientenvertretung
Dr. Ingrid STAUBMANN, Fachschule für Altendienste und Pflegehilfe

Univ.Prof. Dr. Peter STEINDORFER, Vorstand der II. Chirurgische Abteilung
 Kanonikus Dr. Gerhard STOFF, Kath. Seelsorge des LKH-Univ.Klinikum Graz
 DI Helmut STROBL, Hospizverein Steiermark
 HR Dr. Günther TRUMMER, Stmk. KAGes, Finanzdirektion
 Univ.Prof. Dr. Karlheinz TSCHELIESSNIGG, Leiter der Univ. Klinik für Chirurgie
 Dr. Martin WABL, Stmk. Landtag – Gesundheitssprecher
 Univ.Prof. Dr. Raimund WINTER, Geb.-Gyn. Univ. Klinik
 Univ.Doz. Dr. Ursula WISIAK, Univ. Klinik für Medizinische Psychologie
 Dr. Franz ZDRAHAL, Mobiles Caritas Hospiz, Wien

DIE STANDORTE DER 3 PALLIATIVEINHEITEN DES PILOTPROJEKTES:

LKH - Univ. Klinikum Graz, Auenbruggerplatz 1, 8036 Graz

Kollegiale Führung: Ärztlicher Leiter: Univ. Prof. Dr. Gerhard FÜGER
 Betriebsdirektor: Mag. Dr. Helmut REINHOFER
 Pflegedirektion: Oberin DGKS Hedy EIBEL

Palliativeinheit an der II. Med. Abt., Station West, 6 Betten

Vorstand: Prim. Univ.Prof. Dr. Karl HARNONCOURT bis 31.12.1999
 Prim. Univ.Prof. Dr. Gerald BRANDSTÄTTER ab 1. 1. 2000
 Oberschwester: DGKS Monika TROPPER
 Ärztl. Leitung: Dr. Susanne RIENMÜLLER
 Stationsschwester DGKS Theres ULRICH

Krankenhaus der Elisabethinen, Elisabethinerg. 14, 8020 Graz

Führung: Sr. Consolata MADERBACHER
 Ärztlicher Leiter: Prim. Univ. Doz. Dr. Gerhard HÖLLERL

Palliativeinheit an der Internen Abteilung, Haus B, 2. Stock, 5 Betten

Vorstand: Prim. Univ. Doz. Dr. Günther FORCHE
 Oberschwester: DGKS Sr. Magdalena HIRTL
 Ärztl. Leitung Dr. Andrea SCHREIBMEIER, Dr. Christine BRUNNER

LKH Bad Aussee, Grundlseerstr. 230, 8990 Bad Aussee

Kollegiale Führung: Ärztlicher Leiter: Prim. Dr. Günther FEISCHL
 Betriebsdirektor: Günter KÖRBLER
 Pflegedirektion: Dir. DGKS Rosa LEMMERER

Palliativeinheit an der Internen Abteilung, 2. Stock, 4 Betten

Vorstand: Prim. Dr. Günther FEISCHL
 Oberschwester: DGKS Rosa LEMMERER
 Ärztl. Leitung: Dr. Gerlinde LÖFFLER
 Stationsschwester DGKS Brigitte SEIBERL

DIE EHRENAMTLICHEN MITARBEITER:

Hospizverein Steiermark, Kirchbergstr. 18, 8044 Graz

Obmann: DI Helmut STROBL
 Obmannstv.: Dr. Trautgundis KAIBA
 Geschäftsführung: Mag. Sabine JANOUSCHEK
 Koordination: DGKS Maria RIEDRICH

ADLMANN Brigitte, DGKS & ALDRIAN Andrea & ANGERER Julia & AUER Alexandra, DGKS & BACHMANN Barbara, Dr & BAHAR Christine & BAKANITSCH Christine & BAUER Claudia, DGKS & BAUMANN Edeltraud & BAUMGARTNER Holger, Univ.Prof. Dr. & BAUMGARTNER Johann, Dr. & BERGLER Ulrike, DGKS & BERGMANN Stephan & BERLACH-POBITZER Irene, Mag. & BRAND Dorothea & BREINEDER Michaela, DGKS & BRUNNER Christine, Dr. & CEIPEK Karin & DOKTER Sandra & DÖRFLINGER Günter, LR & DRAGOJEVIC Vesna, DGKS & EDELSBRUNNER Eva, Dr. & EGGER Ingrid & EIBEL Hedwig, Pfl.Dir. & EIBL Susanne & ERDINGER Maria, DGKS & FAHRNER Barbara & FANKHAUSER Klaus, DI Dr. & FANNINGER Sigrid, Mag. & FASCHING Gerlinde, Dr. & FEISCHL Gunther, Prim. Dr. & FELBERMAIER Barbara, DGKS & FESSLER Irmgard, Pfl.Dir. i.R. & FISCHER Wolfgang, Mag. & FORCHE Günter, Prim. Univ.Do. Dr. & FORTMÜLLER Alexandra, DGKS & FREIDL Wolfgang, Univ.Prof. Dr. & FREUND Elvira & FREUNDORFER Helga & FRÖHLICH Brigitte, Dr. & FROMM HARALD & FUEGER Gerhard, Dir. Univ.Prof. Dr. & FÜLÖP Gerhard, DI Dr., & FÜRSTENAU Christian, OA Dr. & GEIER Ria, DGKS & GLAWOGGER Bernd, DGKP & GOLLNER Michaela, Stat.Sr. & GOLLOWITSCH Karin & GOMSI August, Dr. & GRAGER Hedi & GREIMEL Eva, Dr. & GRILL Hermine & GRITZ Reinhard, Mag. & GRUBER Martina & GUGGENBERGER Helma, DGKS & GYERGYEK Eva Maria, Mag. & HAAS Karl & HACK Reinhold & HARB Helga & HARNONCOURT Gerda & HARNONCOURT Karl, Univ.Prof. Dr. & HARTINGER Beate, Mag. & HECKE Ernst, Dir. & HEIMERL Katharina, Dr. & HELLER Andreas, Univ.Prof. Dr. & HERBST Edeltraud & HERRMANN Gerhard & HILLBRAND Brigitte & HILLBRAND Johanna, DGKS & HIRSCHBECK Renate & HIRT Helmut, Mag & HIRTL Magdalena, Sr. & HIRZBERGER Anna Maria & HOCHEGGER Martin & HOEDL Ernestine & HOELLERL Gerhard, Univ.Prof. Dr. & HORN Erika, Dr. & HUSEBOE Stein, Univ.Prof. Dr. & JANOUSCHEK Sabine, Mag. & KAIBA Trautgundis, OA Dr. & KAISER Siegmund & KAPFHAMMER Gertrud & KAPPEL Ingrid & KARISCH Eva, Dr. & KARL Birgit & KAUFMANN Ingrid & KENNER Thomas, Univ.Prof. Dr. & KINAST Theresia, DGKS & KLACKL Elvira, DGKS & KLASCHIK Eberhard, Univ.Prof. Dr. & KLIMEK Gerda & KLINGENBERG Doris & KNEISSL Irmgard & KONRAD Herta & KOPEINIG Gerald, Dr. & KÖRBLER Günther, Dir. & KRAINZ Dieter, Dr. & KRETAUER Eveline, DGKS & KREUZER Angelika, DSA & KRIESSMANN Gisi, DGKS & KRISPER Christa, DGKS & KURZ Monika & LABACK Maria, Dr. & LANKMAIR Franz & LECHLEITNER Margarete, DSA & LEMMERER Rosa, Pfl.Dir. & LEOPOLD Maria & LICHTENEGGER Helga & LINDNER Erna & LIST Annemarie, DGKS & LÖFFLER Gerlinde, Dr. & LOIDL Karoline, DGKS & LUDWIG Hannelore & MADERBACHER Consolata, Sr. & MANDL Andreas, Mag. & MARTETSCHLAGER Bernd, DI & MASSANG Dagmar & MAURER Birgit & MAYERHOFER Christine & MEYER Hanna, Mag. & MINAUF Christine & MORL Sonja, DGKS & METZ Christian, Dr. & MEYER Hanna, Mag. & MINAUF Christine & MORL Sonja, DGKS & MUCHAR Michaela, Dr. & NARATH Markus, Dr. & NEBEL Margarete & NEMETH Claudia, Mag. & NEUMANN Brigitte, DGKS & NEUPER Susanne, DGKS & OBLAK Karin & OFFENMÜLLER Lore & ORTNER Hans-Peter, Mag. & PAAL Ute & PAPST Sonja & PENDL Gerhard, Univ.Prof. Dr. & PESL Harald, DSA & PILLITSCH Brunnhild, DGKS & PUFFING Iris, Mag. & RAGOSSNIG Werner, OA Dr. & RAIMANN Herbert & RAINER Maria & RAMKISSOON Mitra Peter, Dr. & REINHOFER Helmut, Dir. Mag. Dr. & REINPRECHT Romana & REISINGER Petra, DGKS REISSNER Elfi & RESCH Johanna & RICHTSFELD Christi & RIEDRICH Maria, DGKS & RIENMÜLLER Susanne, OA Dr. & RITZ Petra & RÖSSLER Ingrid & RUHSAM Dagmar, DGKS & RUPP Roswitha & SAMONIGG Helmut, Univ.Prof. Dr. & SAURER Georg, Dr. & SCHATZMAYER Anita & SCHEUFLER Sabine, Dr. & SCHICK Elfi & SCHIRNHOFER Andrea, DGKS & SCHLOFFER Christine, Dr. & SCHMIEDLECHNER Bianca, DGKS & SCHNABL Helmuth, Dr. & SCHREIBMAIER Andrea, Dr. & SCHWARZ Alexandra & SCHWARZ Alexandra, DGKS & SCHWARZL Tizia & SCHWILLINGER Karoline, DGKS & SEIBERL Brigitte, DGKS & SIEGL Karin, DGKS & SITZWOHL Max, Mag. & STARK Ulrike, Dr. & Dr. STEINER Helene & STRASSER Silke & STROBL Helmut, DI & STROBL Silke & SUDY Reinhard, Dr. & TASCH Gertrude, DGKS & TEUSCHL Hildegard, Mag. Sr. & THALLER Elisabeth, Dr. & THANNER Johann, Dr. Dir. & THAUSING Eleonore & TROPPEL Monika, OSr. & TRUMMER Günther, Dr. & UITZ Christian & ULBRICH Christa & ULRICH Therese, Stat.Sr. & URAY-HOERNER Edith & URDL Manuela & USCHAN Erika & VASOLD Ingrid & VERBOSEK Gundl & VEREBES Juliane, Dr. & WAGNEGG Doris & WAGNER Brigitte, Dr. & WEBER Günter, Prim. Univ.Do. & WEISS Ronald, Dr. & WIELAND Hillmann & WIMMER Gabriele & WIMMER Helgert & WINDISCH Charlotte & WINTER Hildegard & WURM Maria & ZAND Walpurga & ZDRAHAL Franz, Dr. & ZECHNER Gundi & ZEIRINGER Christian, DGKS & ZENZ Evelyn & ZETTL Melitta & ZULAUF Klaus &&&& &&&&&& &&

I. SCHLUSSBERICHT

TEIL A:

EINFÜHRUNG UND PROJEKTBESCHREIBUNG

1. PALLIATIVMEDIZIN

2. DAS PILOTPROJEKT „STATIONÄRE PALLIATIVBETREUUNG“

1. PALLIATIVMEDIZIN

*„Wenn nichts mehr zu machen ist,
ist noch viel zu tun – und zu lassen!“*

Einleitung

Das Sterben in unserer Gesellschaft hat sich seit Beginn des 20. Jahrhunderts gewandelt. Die meisten Todesfälle ereigneten sich damals plötzlich und unerwartet (v.a. durch Infektionserkrankungen). Heute sterben die meisten Menschen typischerweise protrahierter, über einen längeren Zeitraum hinweg. Die häufigsten Todesursachen sind fortgeschrittene, terminale Stadien von Erkrankungen des Herzens, der Lunge, des Gehirns und Tumore. Nach Schätzungen sterben um die 90% aller Menschen langsam, über einen längeren Zeitraum hinweg. Der überwiegende Teil der Menschen stirbt multimorbid, mit einer Vielzahl an (oft unzureichend behandelten) Symptomen in Institutionen, häufig von Familie und Freunden getrennt.

Mit der längeren Lebenserwartung und besser behandelten Erkrankungen steigt die Gesamtzahl an Menschen mit fortgeschrittenen Erkrankungen. Das Gesundheitssystem steht durch die demografische Entwicklung bereits in einem Anpassungsprozeß.

Entwicklung

Die Betreuung unheilbar Kranker und Sterbender gehörte immer zu den Aufgaben der helfenden Berufe. Im letzten Jahrhundert wurde in der Medizin das Hauptaugenmerk auf das Erkennen und Behandeln von Krankheiten gelegt. Der unheilbar Kranke geriet aus dem Blickwinkel der Medizin. Diese einseitige Ausrichtung der Medizin ging einher mit gesellschaftlichen Entwicklungen, die für die multimorbiden, multisymptomatischen Patienten in der letzten Lebensphase weitreichende Auswirkungen hatte. Eine Folge dieser Entwicklung bewirkte eine typische Klischeevorstellung über den Tod im Krankenhaus: Einsam / im Badezimmer / unter Schmerzen sterbend.

Die Entstehung der Hospizbewegung

Die englische Krankenschwester, Sozialarbeiterin und Ärztin Dr. Cicely SAUNDERS und die Psychiaterin Dr. Elisabeth KÜBLER-ROSS setzten sich erfolgreich für einen bewußteren Umgang mit Sterbenden ein.

Saunders gründete 1967 das St. Christopher's Hospice in London, das erste Hospiz der modernen Hospizbewegung. Kübler-Ross war weltweit bahnbrechend für die Kommunikation mit Sterbenden (,Interviews mit Sterbenden').

Folgende Grundhaltungen bestimmen die Hospizbewegung:

- ein bewußter Umgang mit Leben, Sterben, Tod und Trauer
- ein mitmenschlicher Umgang durch Einbeziehen der Angehörigen, Freunde, Nachbarn und Ehrenamtlichen
- das Erhalten von Autonomie und Würde Schwerstkranker und Sterbender.

Zahlreiche Umfragen belegen die Relevanz der Hospizidee:

1. den Wunsch der Menschen, im Sterben nicht allein gelassen zu werden, sondern an einem vertrauten Ort umgeben von vertrauten Menschen zu sterben;
2. den Wunsch der Menschen, im Sterben nicht unter Schmerzen und anderen körperlichen Beschwerden leiden zu müssen;
3. den Wunsch, noch letzte Dinge zu regeln;

4. den Wunsch, die Sinnfrage stellen und besprechen zu dürfen.

(nach E. Klaschik, "Umgang mit Sterbenden heute" in *Thanatologie*, Heft 14, 10/1997)

Die Hospizbewegung fördert und fordert für die Menschen in der letzten Lebensphase eine umfassende bedarfs- und bedürfnisgerechte Betreuung.

Das Konzept der Palliativmedizin

Diese Grundhaltung der Hospizbewegung bildet die Grundlage des Konzeptes der Palliativmedizin. Palliativmedizin will den elementaren Bedürfnissen Schwerstkranker und Sterbender gerecht werden und trägt dabei den wissenschaftlichen Erkenntnissen und Fortschritten der letzten Jahrzehnte Rechnung: Schmerztherapie, Symptomkontrolle, Kommunikation, Ethik und Teamarbeit sind dafür Stichworte.

Der Begriff Palliativ:

Die Bezeichnung *Palliativ* leitet sich ab vom lateinischen Wort *pallium* mit der Bedeutung: *Mantel/Umhang* und steht für Wärme und Linderung. Die englische Bezeichnung ‚palliative care‘ steht für eine umfassende Palliativbetreuung, der englischen Bedeutung von ‚care‘ entsprechend. Im deutschen Sprachraum hat sich dafür der Begriff ‚Palliativmedizin‘ durchgesetzt.

Definition der Palliativmedizin

Ähnlich der WHO-Definition (1990), definiert 1991 die Europäische Gesellschaft für Palliativmedizin (EAPC):

Palliativmedizin ist die Betreuung von Patienten mit einer nicht heilbaren, progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung, für die das Hauptziel der Begleitung die Lebensqualität ist.

Diese Definition engt die Palliativbetreuung nicht nur auf bösartige Erkrankungen ein, sondern schließt Patienten mit weit fortgeschrittenen nichtmalignen Erkrankungen (Herz-, Lungen-, Nerven- Muskelerkrankungen, AIDS, ...) ein.

Grundlagen des Konzeptes der Palliativmedizin

- Das Sterben stellt einen normalen Prozeß dar
- Umfassende bedarfs- und bedürfnisgerechte Betreuung Schwerkranker und Sterbender
- Autonomie und Würde bis zuletzt
- der Ort der Umsetzung der Palliativmedizin ist möglichst der bevorzugte Aufenthaltsort des Patienten
- Teamarbeit für die vielfältigen Aufgabenstellungen
- Exzellente Symptomkontrolle, insbesondere Schmerztherapie
- Kommunikation und Ethik
- Integration von Ehrenamtlichen Mitarbeitern,
- „high-person / low-technology“-Ansatz
- Einbindung der Angehörigen, ggf. Trauerbegleitung
- Forschung, systematische Dokumentation und Evaluation

Lebensqualität

Das Ziel der Palliativbetreuung liegt in der Besserung beziehungsweise Erhaltung der Lebensqualität des Patienten.

Die wissenschaftliche Literatur hat unzählige Definitionen von Lebensqualität hervorgebracht. Lebensqualität wird jedenfalls vom Unterschied zwischen der Erwartung und dem Erleben einer bestimmten Situation bestimmt, ist damit letztendlich eine subjektive Qualität. Lebensqualität als Ziel der Betreuung heißt somit, die Wünsche, Ziele und das Befinden der Patienten wahrzunehmen und sich bei der Betreuung daran zu orientieren.

Internationale Entwicklung

1987 wurde Palliativmedizin in Großbritannien als medizinische Fachdisziplin anerkannt, in der Folge auch in Australien. Die Anzahl der Palliativmediziner in diesen beiden Ländern übertrifft die der Onkologen, der Prävalenz der jeweiligen Patientengruppen entsprechend. In der Europäischen Union ist die Einführung einer eigenen Fachrichtung Palliativmedizin zurzeit kein Thema. Die weitere Entwicklung der nächsten Jahre, ob eigene Fachdisziplin oder nicht, ist dennoch keineswegs vorhersehbar. Tatsache ist, daß in Europa die Zahl der Lehrstühle für Palliativmedizin an Medizinischen Fakultäten zunimmt.

Fakten:

- Die Idee der Hospizbewegung und das Konzept der Palliativmedizin sind weltweit in über 80 Ländern in vielfältigen Einrichtungen umgesetzt.
- Es existieren mehrere internationale einschlägige Fachzeitschriften (Palliative Medicine, European Journal of Palliative Care, Hospice Care, Journal of Pain and Symptommanagement, eine deutschsprachige Zeitschrift wird im Herbst 2000 erscheinen, ...)
- Alle Länder Europas haben mittlerweile palliativmedizinische Fachgesellschaften, die ‚Österreichische Gesellschaft für Palliativmedizin‘ wurde im Dezember 1998 gegründet.
- Die europäische Gesellschaft für Palliativmedizin (EAPC, Milano), die den Dachverband der Europäischen Einzelgesellschaften darstellt, hat mittlerweile über 25.000 Mitglieder.

Entwicklung der Palliativmedizin in Deutschland

Die erste Palliativstation der Welt entstand 1975 am Royal Victoria-Hospital in Montreal. In Deutschland wurde 1983 in Köln die erste Palliativstation eröffnet. 4 Jahre später, 1987 entstand das erste Hospiz in Aachen. 1999 bestanden in Deutschland knapp 50 Palliativstationen und gut 50 stationäre Hospize sowie zahlreiche sehr unterschiedlich organisierte und unterschiedlich leistungsfähige ambulante Hospizdienste. 1999 wurde der erste Lehrstuhl für Palliativmedizin an der Medizinischen Fakultät der Universität Köln ausgeschrieben.

Entwicklung der Palliativmedizin in Österreich

In Österreich gibt es die Hospizbewegung seit ca. 20 Jahren, Palliativmedizin wird explizit seit gut 10 Jahren praktiziert. In diesen zwei Jahrzehnten haben sich in allen Bundesländern ca. 50 Hospizinitiativen in vielfältigen Ausformungen gebildet. Diese haben 1993 im Dachverband Hospiz Österreich eine gemeinsame Plattform gefunden. Im internationalen Vergleich spät, wurde 1998 die Österreichische Gesellschaft für Palliativmedizin (OPG) gegründet.

Die palliativmedizinischen Einrichtungen in Österreich:

1989 hat das Mobile Palliativteam der Caritas in Wien, als erste palliativmedizinische Einrichtung in Österreich, seine Arbeit aufgenommen. In der Folge der Etablierung dieser ambulanten Einrichtung wurde 1991 die erste Palliativstation Österreichs im Krankenhaus ‚Göttlicher Heiland‘ mit 10 Betten in Wien eröffnet.

Die zwei nächsten Palliativstationen wurden in Oberösterreich in Krankenhäusern der Barmherzigen Schwestern errichtet: in Ried/I im November 1998, in Linz im Februar 2000.

Im Nichtakutbereich gibt es derzeit 2 stationäre Einrichtungen in Wien und eine in Innsbruck.

Die stationären Einrichtungen in Österreich (Stand Februar 2000):

- 3 stationäre Einrichtungen (Palliativstationen) im Akutbereich (Wien, Ried/I., Linz)
- 2 Palliativeinheiten im Akutbereich im Rahmen der Weiterführung des Pilotprojektes "Stationäre Palliativbetreuung" (Graz 2x)
- 3 stationäre Einrichtungen im Nichtakutbereich (Wien 2x, Innsbruck 1x)
- Einige Hospizbetten in 3 NÖ Landespflegeheimen

8-10 weitere Palliativstationen und Hospize befinden sich in Österreich zurzeit in Bau bzw. in Planung

In Salzburg wurde vor kurzem das erste Tageshospiz Österreichs in Betrieb genommen. Ambulante Betreuungsangebote existieren in allen Bundesländern.

Die weitere Entwicklung

Die Frage der qualitativ hochstehenden Betreuung in der letzten Lebensphase wurde in den vergangenen Jahren weltweit ein aktuelles Thema. In Österreich zeigt sich das in Berichten der Ministerien (Seniorenbericht, Bericht des Gesundheitsministeriums), auf Länderebene und im Regierungsprogramm. Auch der österreichische Krankenanstaltenplan nimmt darauf Bezug.

Die Palliativbetreuung als Beitrag des Gesundheitssystems, wird zunehmend vorangetrieben. Einer der zentralen Aspekte der Palliativbetreuung ist die Kontinuität und die nahtlose Betreuung auf jenen Versorgungsstufen, die in der letzten Lebensphase eingebunden werden müssen.

Die bedarfsgerechte Versorgung schwerkranker und sterbender Menschen stellt die Gesundheits- und Sozialpolitik vor neue Herausforderungen.

1. Die räumlichen, organisatorischen und kommunikativen Strukturen -vorwiegend der stationären Einrichtungen - sind derzeit auf die kurative Grundhaltung der Medizin ausgerichtet und unzureichend in der Lage den sterbenden Menschen ein adäquates Umfeld zu bieten. Die angestrebte Vernetzung aller Betreuungsebenen erfordert einen strukturierten Informationsfluß (z.B.: die geplante Gesundheitsmappe der FAGW).
2. Die Ärzte, aber auch die Pflegekräfte, sind für die Betreuung in der letzten Lebensphase durch ihre Ausbildung so gut wie nicht vorbereitet.
3. Regionale Konzepte für die Implementierung der Palliativbetreuung sind notwendig.
4. Die Klärung der Finanzierung steht an, sobald über einzelne Inseln hinaus jenen Palliativbetreuung zukommen soll, die sie brauchen
5. Eine koordinierte Umsetzung ist erforderlich, um die Integration der verschiedenen Betreuungsebenen zu gewährleisten.

Das Pilotprojekt "Stationäre Palliativbetreuung" kann für die weitere Entwicklung wesentliche Erfahrungen einbringen.

2. DAS PILOTPROJEKT „STATIONÄRE PALLIATIVBETREUUNG“

Zusammenfassung

Das Pilotprojekt "Stationäre Palliativbetreuung" hat, die Zeichen der Zeit aufnehmend, über Initiative des Landtages, des Steiermärkischen Krankenanstaltenfinanzierungsfonds und der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft (KAGes) sowie des Hospizvereines Steiermark für ein Jahr stationäre Palliativbetreuung an drei Standorten getestet. Das Projekt wurde nach den Richtlinien des Projektmanagements der KAGes durchgeführt, der Evaluation aus verschiedenen Blickwinkeln wurde besondere Bedeutung zugemessen. Es hat den Boden für weitere Initiativen bereitet und eine, wenn auch noch schmale, Routineversorgung in Gang gesetzt.

Vorgeschichte

In der Steiermark gab es seit längerem Bemühungen, die Betreuung sterbenskranker Menschen zu verbessern. Es ist hier nicht der Raum, auf vielerlei Bemühungen und Initiativen einzugehen. Beispielhaft sei das persönliche Motto und Programm des früheren Vorstandsvorsitzenden der KAGes Univ.Prof. Dr. J. Möse "Mehr Menschlichkeit im Krankenhaus" und "Humanes Sterben im Krankenhaus" vor zehn Jahren in Erinnerung gerufen, auf Anstrengungen von Univ.Prof. Dr. G. Beubler hingewiesen, der stets ein ungehörter Prophet rationaler Schmerztherapie gewesen ist, oder auf die Gründung des steirischen Hospizvereines vor sieben Jahren. Das Thema einer Reihe von Veranstaltungen und das Drängen des Hospizvereines auf eine stationäre Betreuungseinrichtung wurde von den im Landtag vertretenen Parteien übernommen. Eine wahrscheinlich besonders bedeutsame Initiative war die erste steirische Konzeption für eine Palliativstation von Primarius Dr. G. Weber aus dem Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Graz. Diese führte zur Forderung nach einem Pilotprojekt in der Steiermark. Eine Anfrage seitens des Landtages wurde vom SKAFF und der KAGes dahingehend aufgenommen, daß es gemeinsam mit dem Hospizverein zum Entwurf eines Pilotprojektes an mehreren Standorten kam.

Entwicklung bis zum Projektstart

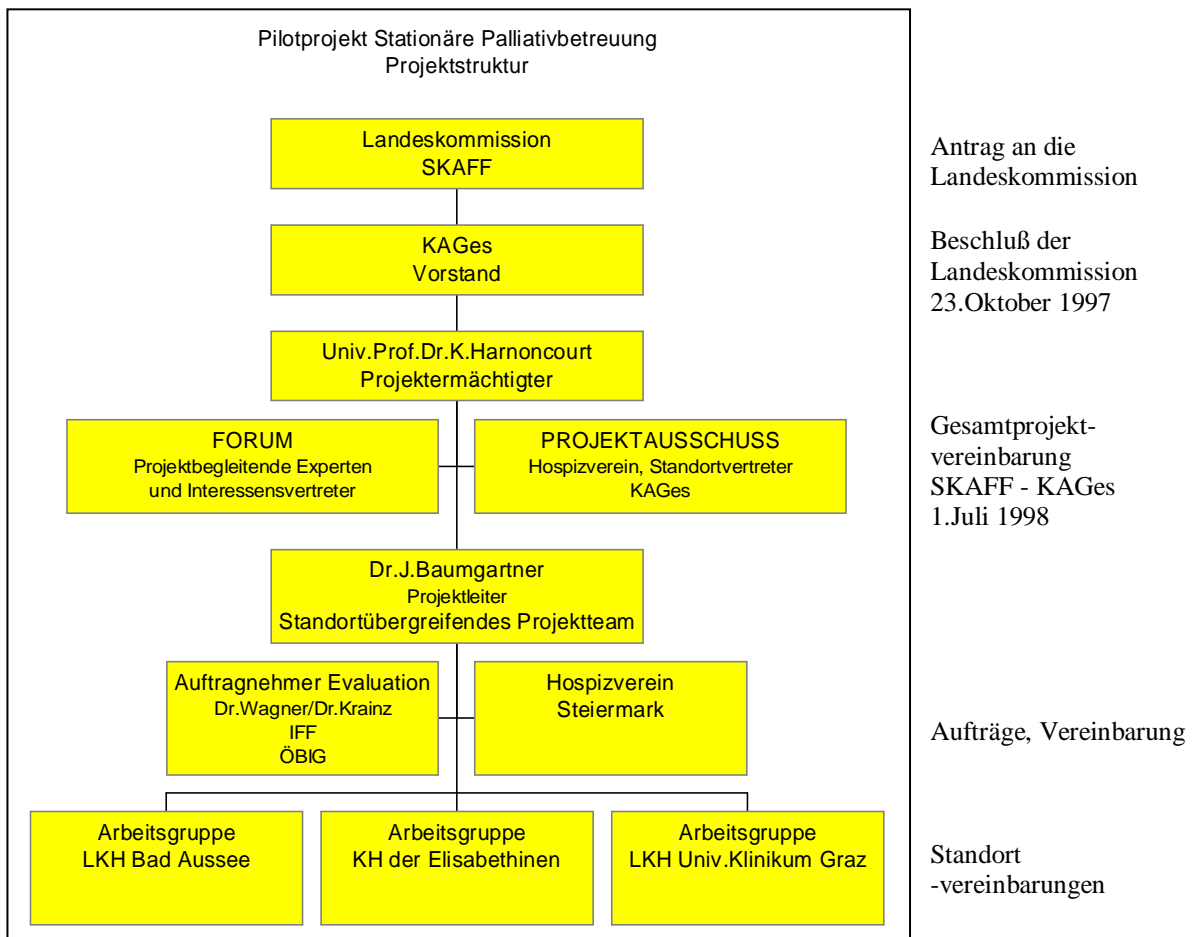
Am 23. Oktober 1997 hat die Landeskommission den Beschluß gefaßt, das Pilotprojekt "Stationäre Palliativpflege" durchzuführen. Basis des Beschlusses war ein von der KAGes gemeinsam mit dem Hospizverein ausgearbeiteter Projektvorschlag. Um die Klarheit des Unterfangens zu verdeutlichen, wurde die ursprüngliche Bezeichnung „Stationäre Palliativpflege“ auf "Stationäre Palliativbetreuung" geändert. An drei Standorten, zwei in Graz und einem außerhalb von Graz, sollte das Projekt durchgeführt werden.

Das Projektziel, die Fragen der Integration der Palliativmedizin an einer Akutabteilung, sowie die Organisation, die Koordination und die Patientenzufriedenheit zu prüfen, wurde durch die Landeskommission erweitert. Ziel des Pilotprojektes sollte es nun sein, den Bedarf und das notwendige Angebot an Palliativbetreuung in der Steiermark zu ermitteln. Gleichzeitig sollte damit überprüft werden, ob es zu einer Qualitätsverbesserung der Pflege und Betreuung kommt, ob die Aufenthaltsdauer dieser Patienten in den Akutkrankenanstalten reduziert werden kann und es dadurch zu Kosteneinsparungen im den Akutbereich kommt. Mit diesen, für ein Projekt dieses Umfanges titanischen

Aufträgen begann die Vorbereitung. Entsprechend dem Antrag und dem Beschluß der Landeskommission war das Projekt in eine Vorbereitungsphase, eine Durchführungsphase und eine Evaluationsphase gegliedert. Mit den Förderungsmitteln des SKAFF sollten die Kosten der Projektorganisation und der Evaluation sowie der im Zuge der Durchführungsphase notwendigen personellen Verstärkungen für die mitwirkenden Stationen und für den Hospizverein gedeckt werden.

Um ein strukturiertes Vorgehen zu gewährleisten, wurden im Projekt die Richtlinien der KAGes zum Projektmanagement als leitende Vorgabe herangezogen. Kernpunkt dieser Richtlinien ist die Projektvereinbarung, in der sich Auftraggeber und Durchführende auf die Projektstruktur, zu Ablauf und Berichtswesen, sowie zum Kostenrahmen einigen.

Als bestimmender Faktor vieler Projekte ist die Person des Projektleiters von besonderer Bedeutung. Mit Dr. J. Baumgartner wurde ab 1. Februar 1998 ein praktischer Arzt mit der notwendigen Haltung und Einsatzbereitschaft als Projektleiter gewonnen. Ihm oblag es, aufbauend auf den grundsätzlichen Beschlüssen der Landeskommission hinsichtlich Zielen, Projektstruktur und Kostenrahmen das Projekt aufzubauen. Nachdem das Krankenhaus der Elisabethinen und das LKH Bad Aussee neben der II. Medizinischen Abteilung des LKH Universitätsklinikum Graz als weitere Standorte gewonnen werden konnten, wurde folgende Projektstruktur gewählt:



In vielen Gesprächen wurde einerseits die Gesamtprojektvereinbarung erarbeitet, andererseits wurde parallel mit den einzelnen Standorten die Operationalisierung der Gesamtprojektvereinbarung durch Standortvereinbarungen mit den einzelnen Spitälern und mit dem Hospizverein ausgehandelt. Mit der grundsätzlichen Konzeption der Evaluation wurde begonnen, die Informationstätigkeit aufgenommen. Mit 5. Mai 1998 erfolgte der

Projektstart mit der konstituierenden Sitzung des Projektausschusses, die endgültige Gesamtprojektvereinbarung wurde am 1. Juli 1998 von den Geschäftsführern des SKAFF und der KAGes, vertreten durch den Projektermächtigten Univ.Prof. Dr. K. Harnoncourt unterzeichnet.

Die Phasen des Projektes

Das Projekt war in drei grundsätzliche Phasen gegliedert, die Vorbereitungsphase, die Durchführungsphase und die Phase der Evaluation und der Erarbeitung von Vorschlägen zur weiteren Vorgangsweise.

• Vorbereitungsphase

Auf die Vorbereitungsphase und die grundsätzliche Projektstruktur wurde bereits kurz eingegangen. Die Vorbereitungsphase diente der Etablierung des Projektplanes, der Projektorganisation und der grundsätzlichen Evaluationsplanung. Angesichts der schlanken Projektstruktur und der für die Mitarbeiter neuen Aufgaben der Palliativbetreuung, die mit Unsicherheit und Sorgen erwartet wurden, war es notwendig, mehrere Aufgaben parallel zu erfüllen und Schwerpunkte zu setzen.

Es waren dies die Bildung der lokalen Arbeitsgruppen mit den notwendigen Aufgaben der Information und Motivation, die richtungweisenden Entscheidungen zur Evaluation, mit der die Auswahl der Evaluationsinstrumente und damit der zu planenden Dokumentation einherging und die Herstellung klarer Aufgaben- und Organisationsstrukturen. Um letzteres zu gewährleisten, wurden an den einzelnen Standorten Vereinbarungen getroffen, die jeweils die gleiche Struktur hatten. (Siehe Übersicht Standortvereinbarung)

In dieser frühen Phase der Standortvereinbarungen galt es, Patientenbetreuung und Evaluation gleichermaßen einerseits deutlich zu gestalten, andererseits die Flexibilität zu ermöglichen, auf die noch nicht absehbaren Hürden zu reagieren. Eine Vereinbarung mit dem Hospizverein, dessen ehrenamtliche Mitarbeiter einen Eckpfeiler des Projektes bilden sollten, wurde abgeschlossen. Dem Hospizverein wurde dafür der Ersatz der Kosten für die Koordinationsaufgaben zugesagt.

Standortvereinbarung

1. Darstellung der Ausgangssituation
2. Maßnahmen zur Erreichung der Projektziele
 - 2.1. Dokumentation und Evaluation
3. Abgrenzung zu anderen Projekten und zum Tagesgeschäft
4. Projektstruktur
5. Projektablauf
6. Zeitplanung
7. Ressourcen
 - Räumliche Ressourcen
 - Personalressourcen
 - Zusammenarbeit mit dem Hospizverein
 - Sachaufwand
 - Gesamtaufwand
8. Information und Dokumentation
9. Interne Finanzierung und Zusammenarbeit mit dem SKAFF.

Hinsichtlich der Evaluation wurde hier die Entscheidung getroffen, verschiedene Blickwinkel und Methoden heranzuziehen.

Wichtig war die Einrichtung des "Forum". Mit dieser, mehr als 60 Persönlichkeiten umfassenden begleitenden Gruppe sollten mehrere Ziele verfolgt werden: Die Einbindung des in der Steiermark vorhandenen Wissens, die Möglichkeit, Planung, Fortschritt und Probleme des Projektes darzustellen und schließlich besonders die Unterstützung der Meinungsbildung in der Palliativmedizin. Im Forum und auch durch öffentliche Veranstaltungen während des Projektes - mit einer großen Zahlen von Zuhörern sowie prominenten Experten - sollte der grundsätzliche Ansatz der Palliativmedizin gefördert werden.

In der Vorbereitungsphase zeigte sich auch der Nachholbedarf an Wissen, Fertigkeiten und Einstellung; sowie die eigentlich mangelhafte räumliche Ausstattung. Ohne Räumlichkeiten für Gespräche mit Patienten und Angehörigen, für die Abstimmung in den Teams und für die Möglichkeit sich zurückzuziehen, lassen sich die Leitlinien der Palliativbetreuung kaum gelingend umsetzen.

Über die engagierte Mitwirkung der Pflege kann berichtet werden: nicht nur trotz der Unsicherheit dessen, was auf sie zukommt, arbeitete sie an allen Linien mit und war auch von Beginn an der umfänglichen Dokumentation offen gegenüber eingestellt und brachte darüberhinaus eigene Instrumente für die pflegebezogenen Dokumentation ein.

Mit dem Start der Durchführungsphase an der II. Medizinischen Abteilung und später am Krankenhaus der Elisabethinen und dem LKH Bad Aussee endete die Vorbereitungsphase zwar formal, die folgenden Monate brachten aber immer wieder Erfordernisse der Anpassung und der flexiblen Reaktion. War, um für andere Projekte Schlüsse zu ziehen, die Vorbereitungsphase zu kurz? Bei einem derart komplexen Projekt tauchen immer wieder neue Situationen auf, die eine flexible Handhabung erfordern.

- **Durchführungsphase**

Die Durchführungsphase ist hier nur kurz anzusprechen, weil sie Inhalt der ausführlichen Evaluation in den anderen Teilen des Berichtes ist.

Daher hier nur die Eckdaten:

Standort	Kapazität	Zeitraum	Patienten
II. Medizinische Abteilung LKH - Univ. Klinikum Graz	6 Betten Auslastung: 93%	31. 07. 98 bis 23. 06. 99	107
Abt. f. Innere Medizin Krankenhaus der Elisabethinen	5 Betten Auslastung: 71%	05. 10. 98 bis 01. 10. 99	80
Abt. f. Innere Medizin LKH Bad Aussee	4 Betten Auslastung: 49%	05. 10. 98 bis 01. 10. 99	44

- **Evaluation und Erarbeitung von Vorschlägen zur weiteren Vorgangsweise**

Wie beschrieben, war es Auftrag und Anliegen des Projektes, die Betreuung der Patienten und das Erleben der Betreuer, die Organisationsstruktur und die Arbeit des Projektes und seine Auswirkungen, die Situation in der Steiermark ebenso wie die möglichen Ausblicke herauszuarbeiten. Das sind von den Fragestellungen her jeweils methodisch schwierige Unterfangen und bei exakter Bearbeitung sehr aufwendige Untersuchungen. Es galt daher gewisse Schwerpunkte zu setzen in jene Richtungen, aus denen man für die Zukunft den jeweils größeren Nutzen ziehen kann. Insbesondere waren das Fragen wie:

- Ist die Vorgangsweise und die Projektarbeit in dieser Form zielführend?
- Wie ändert sich der Zustand der Patienten durch die Palliativbetreuung, soll das in der Steiermark gemessen werden und wenn, wie?
- Wie kann man den Bedarf abschätzen?
- Welche Rückschlüsse kann man auf die Notwendigkeiten der Personalentwicklung ziehen?

Es wurden vor Beginn der Durchführungsphase des Projektes eine Reihe von Instrumenten gesucht, ausgewählt und teilweise weiterentwickelt. Damit war ein Basissatz der Dokumentation geschaffen. Schwieriger gestaltete sich die Frage der Kosten. Aus der Literatur war ziemlich eindeutig zu entnehmen, daß gute Palliativbetreuung zumindest nicht mehr kostet als die bisherige Routineversorgung. Es war zu entscheiden, welche Erkenntnisse aus einer detaillierten Kostenerhebung zu gewinnen wären und wie diese durchzuführen wäre. Angesichts der begrenzten Ressourcen, wurde der Patientenbetreuung gegenüber der Kostenerhebung Priorität eingeräumt.

Für die quantitative Analyse der Dokumentation wurde das Team Dr. Brigitte Wagner/Dr. Dieter Krainz gewonnen, die qualitative Betrachtung des Projektes und seiner Vorgangsweisen übernahm das "IFF-Palliative Care und Organisationales Lernen", die Beurteilung der Bedarfsfrage in einer Form, die lokale Projekte ermöglichen wird, half das Österreichische Bundesinstitut für das Gesundheitswesen (ÖBIG). Auswertungen administrativer Datensätze oder von Erhebungen zur Patientenzufriedenheit oder der Mitarbeiterbefragungen erfolgten mit den Ressourcen der KAGes.

Die Ergebnisse sind an den entsprechenden Stellen des Berichtes zu finden.

Palliativmedizin erfordert in besonderer Weise die Zusammenarbeit eines multiprofessionellen Teams (vgl.oben). Die Betreuung der Kranken ist aufwendig. In den einzelnen Standortvereinbarungen wurde dementsprechend die über die Allgemeinstation hinausgehende notwendige Personalverstärkung geregelt, die sowohl die zusätzlichen pflegerischen und ärztlichen Leistungen ermöglichen sollte, als auch die Betreuung durch das multiprofessionelle Team. Im Bereich der Pflege ergab sich, daß die Ansätze zu gering geplant waren, sodaß für das weiterführende Provisorium eine Verstärkung notwendig war. Es zeigt sich, daß die Auswertung des großen Deutschen Palliativprojektes (vgl.oben) hinsichtlich des Personalbedarfes dem entspricht, was sich auch im Pilotprojekt ergeben hat.

Aus den Gesamtkosten des Projektes kann auf einige Kernwerte auch an den Standorten rückgerechnet werden; dabei handelt es sich jeweils um zusätzliche Kosten. Da in den Standorten auch Mittel für Maßnahmen der Infrastruktur zur Verfügung gestellt wurden und über den sonstigen Sachaufwand keine detaillierten Dokumentationen angelegt wurden, wird in der Tabelle nur der zusätzliche Personalaufwand an den Standorten ausgewiesen. Die Personalkosten sind bekanntlich der größte Anteil an den Gesamtkosten im Krankenhaus. Die Koordination des Hospizvereines wurde getrennt abgerechnet, in der Tabelle wurde jedem Standort ein Drittel des Personalaufwandes des Hospizvereines zugerechnet. Um die durch das Projekt übermäßige Belastung durch die Dokumentation zu berücksichtigen, wurde wie in der Planung des Projektes ein Anteil von 15% für die wissenschaftliche Dokumentation angenommen, der in der Tabelle nicht mehr berücksichtigt ist.

Die Tabelle läßt erkennen, um wie viel aufwendiger die Betreuung dieser Schwerkranken ist. Obwohl nur drei Standorte geführt wurden, lassen sich Hinweise erkennen, daß es in

diesem Bereich skalenökonomische Verhältnisse gibt - je größer die Einheit desto besser die Auslastung und desto geringer der zusätzliche Personalaufwand pro Belagstag.

Pilotprojekt Stationäre Palliativbetreuung - zusätzlicher Personalaufwand			
	Betten	zusätzliche Personalkosten incl. Hospizverein	
		Kosten pro Bett	Kosten pro Belagstag
II. Medizinische Abteilung LKH Univ.-Klinikum Graz	6	302.539	911
Abt. f. Innere Medizin Krankenhaus der Elisabethinen	5	327.091	1.262
LKH Bad Aussee Abt. f. Innere Medizin	4	349.895	1.956
Gesamt	15	323.351	1.211

Ausblick

Das Projekt hat, wie den Ergebnissen der Evaluation zu entnehmen ist, den Nachweis erbracht, daß stationäre moderne Palliativbetreuung nach einer entsprechenden Lernphase in der Steiermark umzusetzen ist.

Das Projekt hat dazu beigetragen, die grundsätzlich positive Atmosphäre sowohl bei den Betreuern als auch in der informierten Öffentlichkeit noch zu verstärken.

Das Projekt hat dazu beigetragen, daß zwei Palliativeinheiten in Graz provisorisch weitergeführt werden.

Das Projekt hat wesentlich dazu beigetragen, daß die führende Institution des steirischen Gesundheitswesens, die medizinische Fakultät der Universität Graz, eine palliativmedizinische Einrichtung auf Universitätsniveau errichten will. Diese wird als Vorbildinstitution fungieren und die steirische Palliativbetreuung in jeder Hinsicht befruchten.

ADLMANN Brigitte, DGKS & ALDRIAN Andrea & ANGERER Julia & AUER Alexandra, DGKS & BACHMANN Barbara, Dr. & BAHAR Christine & BAKANITSCH Christine & BAUER Claudia, DGKS & BAUMANN Edeltraud & BAUMGARTNER Holger, Univ.Prof. Dr. & BAUMGARTNER Johann, Dr. & BERGLER Ulrike, DGKS & BERGMANN Stephan & BERLACH-POBITZER Irene, Mag. & BRAND Dorothea & BREINEDER Michaela, DGKS & BRUNNER Christine, Dr. & CEIPEK Karin & DOKTER Sandra & DÖRFLINGER Günter, LR & DRAGOJEVIC Vesna, DGKS & EDELSBRUNNER Eva, Dr. & EGGER Ingrid & EIBEL Hedwig, Pfl.Dir. & EIBL Susanne & ERDINGER Maria, DGKS & FAHRNER Barbara & FANKHAUSER Klaus, DI Dr. & FANNINGER Sigrid, Mag. & FASCHING Gerlinde, Dr. & FEISCHL Gunther, Prim. Dr. & FELBERMAIER Barbara, DGKS & FESSLER Irmgard, Pfl.Dir. i.R. & FISCHER Wolfgang, Mag. & FORCHE Günter, Prim. Univ.Do. Dr. & FORTMÜLLER Alexandra, DGKS & FREIDL Wolfgang, Univ.Prof. Dr. & FREUND Elvira & FREUNDORFER Helga & FRÖHLICH Brigitte, Dr. & FROMM HARALD & FUEGER Gerhard, Dir. Univ.Prof. Dr. & FÜLÖP Gerhard, DI Dr., & FÜRSTENAU Christian, OA Dr. & GEIER Ria, DGKS & GLAWOGGER Bernd, DGKP & GOLLNER Michaela, Stat.Sr. & GOLLOWITSCH Karin & GOMSI August, Dr. & GRAGER Hedi & GREIMEL Eva, Dr. & GRILL Hermine & GRITZ Reinhard, Mag. & GRUBER Martina & GUGENBERGER Helma, DGKS & GYERGYEK Eva Maria, Mag. & HAAS Karl & HACK Reinhold & HARB Helga & HARNONCOURT Gerda & HARNONCOURT Karl, Univ.Prof. Dr. & HARTINGER Beate, Mag. & HECKE Ernst, Dir. & HEIMERL Katharina, Dr. & HELLER Andreas, Univ.Prof. Dr. & HERBST Edeltraud & HERRMANN Gerhard & HILLBRAND Brigitte & HILLBRAND Johanna, DGKS & HIRSCHBECK Renate & HIRT Helmut, Mag & HIRTL Magdalena, Sr. & HIRZBERGER Anna Maria & HOCHEGGER Martin & HOEDL Ernestine & HOELLERL Gerhard, Univ.Prof. Dr. & HORN Erika, Dr. & HUSEBOE Stein, Univ.Prof. Dr. & JANOUSCHEK Sabine, Mag. & KAIBA Trautgundis, OA Dr. & KAISER Siegmund & KAPFHAMMER Gertrud & KAPPEL Ingrid & KARISCH Eva, Dr. & KARL Birgit & KAUFMANN Ingrid & KENNER Thomas, Univ.Prof. Dr. & KINAST Theresia, DGKS & KLACKL Elvira, DGKS & KLASCHIK Eberhard, Univ.Prof. Dr. & KLIMEK Gerda & KLINGENBERG Doris & KNEISSL Irmgard & KONRAD Herta & KOPEINIG Gerald, Dr. & KÖRBLER Günther, Dir. & KRAINZ Dieter, Dr. & KRETAUER Eveline, DGKS & KREUZER Angelika, DSA & KRIESSMANN Gisi, DGKS & KRISPER Christa, DGKS & KUGELGRUBER Andrea & KURZ Monika & LABACK Maria, Dr. & LANKMAIR Franz & LECHNER Margarete, DSA & LEMMERER Rosa, Pfl.Dir. & LEOPOLD Maria & LICHTENEGGER Helga & LINDNER Erna & LIST Annemarie, DGKS & LÖFFLER Gerlinde, Dr. & LOIDL Karoline, DGKS & LUDWIG Hannelore & MADERBACHER Consolata, Sr. & MANDL **TEIL B:** Mag. & MARTETSCHLÄGER Bernd, DI & MASSANG Dagmar & MAURER Birgit & MAYERHOFER Christine & MEIER Coralee & MEINHART Helmut Mag. & MERKINGER Ingeborg, **DIE ZUSAMMENFASSUNGEN DER EXTERNEN EVALUATION** & MORL Sonja, DGKS & MUCHAR Michaela, Dr. & NARATH Markus, Dr. & NEBEL Margarete & NEMETH Claudia, Mag. & NEUMANN Peter, DGKS & NEUBER Eva, DGKS & OBLAK Karin & OFFENMÜLLER Lore & ORTNER Hans-Peter, Mag. & PAAL Ute & PAPST Sonja & PENDL Gerhard, Univ.Prof. Dr. & PESL Harald, DSA & PILLITSCH Brunhilde, DGKS & POLLNER Christa & POTZA Gerald, Mag. & PRADNER Michael & PRATNER Michael & PREDERL Maria & PRIELER Gerhard, Dr. **WAGNER/KRAINZ** & RAGOSNIG Werner, OA Dr. & RAIMANN Herbert & RAINER Maria & RAMKISSOON Mitra Peter, Dr. & REINHOFER Helmut, Dir. Mag. Dr. & REINPRECHT **3. DAS STEIRISCHE PALLIATIVKONZEPT DES ÖBIG** RESCH Johanna & RICHTSFELD Christi & RIEDRICH Maria, DGKS & RIENMÜLLER Susanne, OA Dr. & RITZ Petra & RÖSSLER Ingrid & RUHSAM Dagmar, DGKS & RUPP Roswitha & SAMONIGG Helmut, Univ.Prof. Dr. & SAURER Georg, Dr. & SCHATZMAYER Anita & SCHEUFLER Sabine, Dr. & SCHICK Elfi & SCHIRNHOFER Andrea, DGKS & SCHLOFFER Christine, Dr. & SCHMIEDLECHNER Bianca, DGKS & SCHNABL Helmuth, Dr. & SCHREIBMAIER Andrea, Dr. & SCHWARZ Alexandra & SCHWARZ Alexandra, DGKS & SCHWARZL Tizia & SCHWILLINGER Karoline, DGKS & SEIBERL Brigitte, DGKS & SIEGL Karin, DGKS & SITZWOHL Max, Mag. & STARK Ulrike, Dr. & Dr. STEINER Helene & STRASSER Silke & STROBL Helmut, DI & STROBL Silke & SUDY Reinhard, Dr. & TASCH Gertrude, DGKS & TEUSCHL Hildegard, Mag. Sr. & THALLER Elisabeth, Dr. & THANNER Johann, Dr. Dir. & THAUSING Eleonore & TROPFER Monika, OSr. & TRUMMER Günther, Dr. & UITZ Christian & ULBRICH Christa & ULRICH Therese, Stat.Sr. & URAY-HOERNER Edith & URDL Manuela & USCHAN Erika & VASOLD Ingrid & VERBOSEK Gundl & VEREBES Juliane, Dr. & WAGNEGG Doris & WAGNER Brigitte, Dr. & WEBER Günter, Prim. Univ.Do. & WEISS Ronald, Dr. & WIELAND Hillmann & WIMMER Gabriele & WIMMER Helgert & WINDISCH Charlotte & WINTER Hildegard & WURM Maria & ZAND Walpurga & ZDRAHAL Franz, Dr. & ZECHNER Gundi & ZEIRINGER Christian, DGKS & ZENZ Evelyn & ZETTL Melitta & ZULAUF Klaus &&&& &&&&&& &&

1. DIE SYSTEMISCHE EVALUATION DES IFF

Auftragnehmer: IFF - Palliative Care und Organisationales Lernen
Westbahnstraße 40/6, 1070 Wien
Tel: ++ 43/1/526 96 88/12
Fax: ++43/1/526 96 88/18
Website: <http://www.univie.ac.at/iffpallorg/>
E-mail: pallorg@univie.ac.at

IFF Team: Univ. Prof. Dr. Andreas HELLER, MA, Leitung
Mag. Irene BERLACH-POBITZER
Dr. Katharina HEIMERL MPH
Mag. Hanna MAYER DGKS
Mag. Dr. Christian METZ

DIE ZUSAMMENFASSUNG DER SYSTEMISCHEN EVALUATION

Einleitung

Das Pilotprojekt der KAGes „Stationäre Palliativbetreuung in der Steiermark“ verfolgt das Ziel, an drei ausgewählten Standorten (LKH Graz, Krankenhaus der Elisabethinen Graz, LKH Bad Aussee) eine umfassende palliative Versorgung zu entwickeln. Dieses auf zunächst ein Jahr angelegte Modell impliziert die Integration einer Palliativversorgung in kurativ ausgerichteten Akutkrankenhäusern. Gleichzeitig soll eine Vernetzung zwischen professionellen und ehrenamtlichen Diensten erprobt werden. Für eine an der Lebensqualität der Patienten orientierte Versorgung kommt den Schnittstellen zwischen intra- und extramuraler Versorgung besondere Aufmerksamkeit zu.

Methode

Das IFF – Palliative Care und Organisationales Lernen hat im Rahmen dieses Projektes die Systemische Evaluation übernommen. Das heißt, in 29 strukturierten qualitativen Interviews wurden systematisch die Perspektiven der relevanten Personen, Professionen und Systeme erhoben und identifiziert.

Aufgabenstellung

Bei dieser interventionsorientierten Arbeitsweise geht es darum, das im Projekt aufgebaute Wissen zu erheben und für alle zugänglicher zu machen. Gleichzeitig gilt es, den Transfer dieser Wissensproduktion und Projekterfahrung in nicht am Projekt beteiligte Häuser (Systeme) hinein zu unterstützen.

Dieses Projekt wird derzeit in Österreich und über die Landesgrenzen hinaus mit hoher Aufmerksamkeit verfolgt. Im Rahmen der kurzen Zeit wurde von allen Beteiligten enorm viel geleistet. Mit hohem Engagement wurde diese Pionierarbeit angegangen, und mit Idealismus, fachlicher Kompetenz und Professionalität konnten organisatorische Probleme der Pilotphase teilweise ausgeglichen werden.

Der Zwischenstand der Entscheidungen über die Fortsetzung der drei Pilotprojekte war zum Zeitpunkt der Berichtabgabe der folgende: An zwei von den drei Standorten soll das Projekt, wenn auch in teilweise veränderter Form, fortgesetzt werden.

Ergebnisse

Aus unserer externen Perspektive und basierend auf den von uns durchgeführten Erhebungen sehen wir, daß folgende wichtige Schritte der Organisationsentwicklung und des Projektmanagements zu setzen wären:

A. Fortsetzung des Projektes

Aus unseren Erhebungen und den Diskussionen anlässlich der öffentlichen Projektpräsentation geht hervor, daß eine Fortsetzung des Projektes aus mehreren Gründen angezeigt ist:

- Die beteiligten Mitarbeiter haben viel Zeit, Engagement und Lebensenergie in den Aufbau und die Durchführung des Projektes investiert. Will man sie für künftige Innovationen wieder gewinnen, so ist es wichtig, daß sie den Ertrag ihres Engagements in Form einer Projektfortsetzung sichern können.
- Im Pilotprojekt wurde sehr spezifisches Know-how über den Aufbau und die Durchführung von Palliative Care in der Steiermark gewonnen. Räumliche und personelle Rahmenbedingungen für die Durchführung wurden gesetzt. Um die materiell und ideell getätigten Investitionen ebenso wie das erwirtschaftete Wissen nutzen zu können, ist das Weiterbestehen der Palliativeinheiten eine Voraussetzung.
- Eine integrierte Versorgung schwerkranker und sterbender Menschen ist eine der zentralen gesundheitspolitischen Herausforderungen in unserer Gesellschaft. Modellbildungen sind dringend notwendig, an Modellen und ihrer Qualitätssicherung muß dringend gelernt werden.

B. Weiterentwicklung des Projektes

Für die Weiterentwicklung des Projektes erscheinen uns folgende Dimensionen unerlässlich:

- *Wissenssicherung und Transfer*
Das im Projekt erwirtschaftete Wissen muß in systematischer Weise in der Palliativpflege, in der Palliativmedizin, in der psychosozialen Versorgung und in den anderen relevanten Bereichen gesichert und standardisiert werden.
- *Projektorganisation*
Eine fachlich unterstützte und strategisch ausgerichtete Projektorganisation, die die lokalen und regionalen Unterschiede aufnimmt und gleichzeitig das Wissen aus dem Gesamtprojekt zur Verfügung stellt, müßte systematisch und fachlich Beraterisch unterstützt aufgebaut werden.
- *Teamentwicklung*
Das Herzstück der palliativen Versorgung ist das interprofessionelle Team. In die Auswahl der Teammitglieder, in die Entwicklung und kontinuierliche Auswertung der

Arbeit von entsprechenden Teams müßte zugunsten der Qualitätsentwicklung der palliativen Versorgung sorgfältig und systematisch investiert werden.

- *Projektleitfäden*

Wir empfehlen für den Transfer die Erarbeitung von Leitfäden für die Handlungsorientierung in unterschiedlichen Rollen: kollegiale Führung, Projektleitung etc. Solche aus dem Projekt gewonnene systematisierte und fachlich unterstützte Maßnahmen bilden wichtige Schritte für den Transfer dieser Modellerfahrung in die unterschiedlichen Versorgungskontexte in der Steiermark. Kurze und effiziente Trainingsmaßnahmen können die Aneignung und die Wirkung entsprechend unterstützen.

- *Gesamtkonzept*

Was hier in eindrucksvoller Weise in drei Modellkrankenhäusern in unterschiedlicher Intensität gelungen ist, sollte zu einem Gesamtkonzept für die palliative Versorgung in der Steiermark führen und damit auch richtungsweisend für Österreich sein. Diese Perspektive stellt einen qualitativen Sprung dar, der nach unserer praktischen und theoretischen Erfahrung die Entscheidung für ein Organisationsentwicklungsprojekt bedeutet. In der Regel wird unterschätzt, welche notwendigen strukturellen Verknüpfungen zwischen palliativer und akutmedizinischer Logik in einem Krankenhaus der Regelversorgung entwickelt werden müssen. Der Abstimmungsbedarf zwischen den medizinischen Professionen und den unterschiedlichen Instituten in einem Haus braucht effiziente Kommunikationsarrangements, um Kriterien, Standards und Regeln für die Betreuung und Überweisung von Patienten zu erarbeiten.

2. DIE WISSENSCHAFTLICHE BEGLEITUNTERSUCHUNG WAGNER/KRAINZ

Auftragnehmer: Dr. Brigitte WAGNER
Theoretische Aufbereitung, Interpretation
Sonnenstr. 25/4/13
8010 Graz
Tel.: 0664/4821383

Dr. Dieter KRAINZ
Statistische Aufbereitung, Datenanalyse
Eggenbergerstr. 48/4/26
8020 Graz
Tel.: 0699/10106396

KURZZUSAMMENFASSUNG

Aufgabenstellung

Entsprechend der Projektvereinbarung war die Annahme zu prüfen, ob die in der Steiermark praktizierte Form von Palliativbetreuung zu einer Verbesserung der Lebensqualität unheilbar Kranker in ihrer letzten Lebensphase führt.

Im Rahmen der Falldokumentation wurden zu Beginn des stationären Aufenthaltes in der Palliativeinheit die Eingangsprofile der Patienten bestimmt und mit ihren jeweiligen Entlassungsprofilen verglichen, sodaß die Effektivität palliativer Interventionsmaßnahmen überprüft werden konnte. Die zentralen Variablen bezogen sich in erster Linie auf Symptomatik – insbesondere Schmerz – und Pflegebedürftigkeit der Patienten sowie ihre soziale Lage und subjektiv wahrgenommene Lebensqualität. Eine Nachuntersuchung, welche 14 Tage nach Entlassung erfolgte, sollte Rückschlüsse über die extramurale Situation der Patienten ermöglichen.

Theoretische Annahmen

Ausgehend von der Annahme, daß befriedigende Behandlungserfolge vornehmlich dann erzielt werden, wenn Palliativbetreuung möglichst frühzeitig einsetzt, wurde anhand des Vergleichs unterschiedlicher Patientengruppierungen ermittelt, welche Bedeutung dem Erkrankungsstadium sowie dem Erkrankungstyp beim Erreichen palliativer Therapieziele zukommt. Entsprechend den Untersuchungsergebnissen einer großangelegten deutschen Studie von Viefhues et al. (1997), wurden nur einmal aufgenommene bzw. im Rahmen des Erstaufenthalts verstorbene Patienten als mehrheitlich spät aufgenommen, d.h. in ihrer Erkrankung weit fortgeschritten, klassifiziert, während entlassene bzw. zumindest ein zweites Mal aufgenommene Patienten vergleichsweise frühzeitig zugewiesene repräsentierten.

Bei etwas mehr als einem Drittel der Palliativpatienten, nämlich jenen, die sich bereits zum Zeitpunkt der Erstaufnahme im präterminalen bzw. terminalen Erkrankungsstadium befanden und im Rahmen des Erstaufenthaltes verstarben, konnte in diesem Sinne davon ausgegangen werden, daß sich keine signifikanten Behandlungserfolge einstellen würden.

Darüber hinaus wurde die Gesamtheit der in die vorliegende Untersuchung eingehenden Patienten in bezug auf ihren jeweiligen Erkrankungstyp nach Tumor- vs. Nicht-Tumorpatienten unterschieden und entsprechende Charakteristiken erstellt.

Bereits bei ihrer Erstaufnahme wiesen Palliativpatienten gemäß ihrem jeweiligen Erkrankungsstadium, aber auch im Hinblick auf den Erkrankungstyp, deutlich voneinander abweichende Merkmale auf.

Unterschiede zwischen ‚frühzeitig und spät‘ Aufgenommenen

Bezogen auf das Erkrankungsstadium war die Ausgangslage frühzeitig aufgenommener, d.h. in weiterer Folge entlassener und erneut aufgenommener Patienten im Vergleich zu spät aufgenommenen deutlich günstiger. Frühzeitig Aufgenommene waren vor ihrem Erstaufenthalt in der Palliativeinheit häufiger in der Lage, zu Hause zu leben und sich selbst zu versorgen. Zum Zeitpunkt ihrer Erstzuweisung befanden sie sich vergleichsweise öfter in ansprechbarer Bewußtseinslage und wurden seltener aufgrund von Schmerzen, sondern meist infolge des Auftretens von Symptomen wie Verwirrtheit, Fieber, Müdigkeit, aber auch anlässlich der Durchführung einer palliativen Chemotherapie aufgenommen. Darüber hinaus zeigten frühzeitig aufgenommene Patienten gegenüber spät aufgenommenen ein weitgehend geringeres Auftreten von Symptomen und eine etwas geringere Zahl an Begleiterkrankungen. Innerhalb des gesamten Untersuchungszeitraumes waren in dieser Patientengruppe weniger Sterbefälle zu verzeichnen.

Unterschiede zwischen Tumor- und Nicht-Tumor Patienten

Bei Unterscheidung der Stichprobe nach dem Erkrankungstyp stellte sich heraus, daß Tumorpatienten im Gegensatz zu Nicht-Tumorpatienten jünger waren, sich vor ihrem Erstaufenthalt in der Palliativeinheit häufiger zu Hause aufhalten sowie selbst versorgen konnten und seltener aufgrund von Pflegeproblemen, jedoch häufiger infolge des Auftretens von Schmerzen aufgenommen wurden. Sie waren zum Zeitpunkt ihrer Erstzuweisung meist in ansprechbarer Bewußtseinslage und wiesen deutlich weniger Begleiterkrankungen auf. Hinsichtlich ihrer Symptombelastung unterschieden sie sich jedoch nicht wesentlich von Nicht-Tumorpatienten. Bezogen auf den gesamten Dokumentationszeitraum verstarben Tumorpatienten häufiger.

Symptomkontrolle

Zum Zeitpunkt ihrer Erstaufnahme in die Palliativeinheit wurde bei mehr als der Hälfte aller Fälle das Auftreten von acht und mehr Symptomen, bei insgesamt 38 möglichen Symptomen beobachtet.

Entsprechend ihren günstigeren Eingangsvoraussetzungen waren Behandlungserfolge vor allem bei frühzeitig zugewiesenen Patienten, aber auch bei Tumorpatienten zu verzeichnen. Bei vergleichsweise spät aufgenommenen Patienten sowie Nicht-Tumorpatienten war zwar keine bedeutsame Verbesserung zu beobachten, jedoch auch keine wesentliche Verschlechterung ihrer körperlichen Symptomatik. In bezug auf die Effektivität schmerztherapeutischer Maßnahmen zeigte sich ein ähnliches Bild mit Ausnahme dessen, daß - entsprechend dem Erkrankungstyp - bei jenen wenigen Nicht-Tumorpatienten, die unter Schmerzen litten, gegenüber Tumorpatienten deutlich bessere Therapieerfolge erzielt wurden. Die Annahme, wonach Schmerzen, welche bei Beginn der Behandlung in der Palliativeinheit im leichten bis mittelstarken Bereich liegen, höhere Linderungschancen bieten als solche von starker bis kaum stärker vorstellbarer Intensität (Viefhues et al. 1997), wurde nicht bestätigt. Obwohl nur ein geringer Anteil an Patienten bei der Erstaufnahme unter starken bis extrem starken Schmerzen litt, kam es bei diesen Patienten innerhalb der ersten vierzehn Tage zu einer deutlichen Abnahme der von ihnen wahrgenommenen Schmerzstärke. Die vorliegenden Ergebnisse geben Grund zur

Annahme, daß die in das Projektprojekt eingebundenen Ärzte und vor allem auch jene, welche an der extramuralen Betreuung der Patienten beteiligt waren, gegenüber deutschen Verhältnissen über ein vergleichsweise kompetenteres Wissen in bezug auf die adäquate Durchführung schmerztherapeutischer Maßnahmen verfügen, wie auch aus dem generell geringen Anteil an Patienten mit starken bis äußerst starken Schmerzen ersichtlich wurde.

Im Hinblick auf die übrige Symptomatik, welche im Zuge des stationären Erstaufenthaltes in der Palliativeinheit deutlich reduziert werden konnte, zeigte sich innerhalb eines vierzehntägigen Zeitraums nach der Entlassung ein deutlicher Zuwachs und damit verbunden auch ein leichtes Sinken der von den Patienten subjektiv beurteilten Lebensqualität. Dies ist einerseits in Zusammenhang mit der Progredienz im Krankheitsverlauf der Patienten zu sehen, andererseits gibt es auch Anlaß zu der Annahme einer suboptimalen Symptomkontrolle im extramuralen Bereich. Dennoch kann gesagt werden, daß sich die Patienten zu diesem Zeitpunkt im Vergleich zum Zeitraum ihres stationären Aufenthalts durch ihre Erkrankung nicht sonderlich stärker beeinträchtigt fühlten.

Therapeutische Maßnahmen

Medikamente und pflegerische Maßnahmen

Im Hinblick auf die in der Palliativeinheit gesetzten weiteren therapeutischen Maßnahmen ist festzustellen, daß die Medikation allgemein gesteigert wurde, wobei die größten Zuwächse bei der Gabe von Antidepressiva, Antiemetica, Laxantien und Antacida zu finden waren. Parallel dazu konnten pflegerische Maßnahmen - mit Ausnahme der Decubitusprophylaxe - im Zuge des Erstaufenthaltes reduziert werden. Ausgenommen des Einsatzes eines Blasenkatheters wurde - entsprechend der allgemeinen Auffassung - die Belastung von Palliativpatienten in der präfinalen bzw. finalen Phase möglichst gering zu halten und auf das Notwendigste zu beschränken - vor allem bei im Rahmen des Erstaufenthaltes Verstorbenen in ihren letzten Lebenstagen eine deutliche Reduktion spezieller palliativer Maßnahmen festgestellt.

Flüssigkeit und Ernährung

In bezug auf eine oral mögliche Flüssigkeitszufuhr war im Zuge des Erstaufenthaltes keine wesentliche Veränderung zu verzeichnen, jedoch stellte sich auch hier bei frühzeitig zugewiesenen Patienten die größere Wirksamkeit palliativer Interventionen heraus. Im Gegensatz zum Behandlungsbeginn in der Palliativeinheit waren Patienten, die zumindest ein zweites Mal aufgenommen werden konnten, bei Beendigung ihres stationären Erstaufenthaltes in ihrer Gesamtheit in der Lage, sich Flüssigkeit ohne weitere Hilfsmittel zuzuführen.

Im Gegensatz zur Flüssigkeitszufuhr war eine orale Nahrungsaufnahme bei Beendigung des Erstaufenthaltes in der Palliativeinheit gegenüber dem Aufnahmezeitpunkt seltener möglich. Dies kam vor allem bei spät aufgenommenen Patienten zum Ausdruck.

Erhebung der Lebensqualität

Vor dem Hintergrund stationär durchgeführter Interventionsmaßnahmen wurde in bezug auf die im Rahmen der vorliegenden Studie untersuchten Aspekte der Lebensqualität von Palliativpatienten eine deutliche Steigerung der Intaktheit ihrer körperlichen Funktionen festgestellt, jedoch nur bei frühzeitig aufgenommenen Patienten, während bei jenen, die in ihrem Erkrankungsstadium schon sehr weit fortgeschritten waren und im Zuge des

Erstaufenthaltes verstarben, eine deutliche Verschlechterung zu beobachten war. Hinsichtlich einer Veränderung der Lebensqualität nach dem Lebensqualitätsmaß von Spitzer konnte insgesamt ein leichter Anstieg festgestellt werden, wengleich auch, mit Ausnahme des Aspekts „Aktivität“, keine statistisch nennenswerte Größenordnung erreicht wurde. Wie jedoch betont werden muß, erscheint - auch nach Meinung von Viefhues et al. (1997) - die Zuverlässigkeit des Lebensqualitätsindex nach Spitzer in bezug auf die Anwendung bei Palliativpatienten fraglich, da dieses Erhebungsinstrument nicht eigens für diese Patientengruppe konzipiert wurde.

Festzuhalten ist, daß Palliativpatienten des Steirischen Pilotprojektes kurz von dem Ende ihres Erstaufenthaltes angaben, sich generell durch ihre Erkrankung weniger beeinträchtigt zu fühlen.

Bezogen auf den Durchschnitt deutscher Palliativeinheiten wurden insgesamt verhältnismäßig geringe Abweichungen im Gesamtergebnis festgestellt, obwohl betont werden muß, daß die Daten des Steirischen Pilotprojektes aufgrund der wesentlich kürzeren Erhebungsdauer nur bedingt vergleichbar sind.

Ergebnisse im Überblick

Analog den Resultaten der Studie von Viefhues et al. (1997) können jedoch die vorliegenden Ergebnisse als hinreichender Beleg dafür gelten, daß, bei rechtzeitiger Zuweisung in eine Palliativeinheit, der physische Status von Patienten in relativ kurzem Zeitraum günstig beeinflußt werden kann, während bei unheilbar Kranken in weit fortgeschrittenem Erkrankungsstadium nur noch mit geringen Behandlungserfolgen zu rechnen ist, bzw. dann von Erfolgen gesprochen werden muß, wenn zumindest keine signifikanten Verschlechterungen im Krankheitsbild auftreten.

In bezug auf den Erkrankungstyp weisen die Daten von Nicht-Tumorpatienten, die sich bereits vor ihrer Erstaufnahme großteils im Krankenhaus befanden und bei Entlassung ausschließlich in Alters- oder Pflegeheimen überwiesen werden mussten, darauf hin, daß für ihre Betreuung ein bis dato in der Steiermark noch nicht vorhandenes Hospiz erforderlich wäre.

Im Hinblick auf die außerstationäre Betreuungssituation sei erwähnt, daß es in erster Linie die Angehörigen sind, die sich - vor allem täglich - um unheilbar kranke Familienmitglieder kümmern. Obwohl auch Hausärzte ähnlich häufig genannt wurden, waren ihre Besuchsfrequenzen verhältnismäßig gering. Ein besonderes Problem stellt die Situation von alleinstehenden Patienten dar, bei denen - gegenüber jenen, die in eine Lebensgemeinschaft eingebunden waren - erst nach einer vergleichsweise längeren stationären Verweildauer eine Entlassung aus der Palliativeinheit möglich war.


Zusammenfassung

Zusammenfassend kann gesagt werden: Das vornehmliche Ziel palliativer Betreuungsmaßnahmen, welches in der Erhaltung bzw. Wiederherstellung einer möglichst hohen Lebensqualität unheilbar Kranker liegt, wurde im Rahmen des Steirischen Pilotprojektes „Stationäre Palliativbetreuung“ weitgehend erreicht. Jedoch wurde auch die Annahme bestätigt, wonach palliative Maßnahmen umso eher zu Erfolgen führen, je frühzeitiger sie einsetzen.

Weitere, vor allem längerfristige, Untersuchungen wären jedoch notwendig, um die im Rahmen der vorliegenden Arbeit unbeantwortet gebliebenen Fragen im Detail zu klären.

Ausblick

Für die Zukunft sind vor allem der Ausbau eines flächendeckenden Versorgungsnetzes im extramuralen Bereich, aber auch die Integration der gesamten Thematik in Ausbildung, Fortbildung und Forschung sowie eine Qualitätssteigerung und kontinuierliche Qualitätskontrolle von zentraler Bedeutung. Nur auf diese Weise ist das Ziel zu erreichen, daß Palliativpatienten bis zu ihrem Lebensende eine maximal mögliche Zeit mit größtmöglicher Lebensqualität außerhalb des Krankenhauses verbringen können.



3. DAS STEIRISCHE PALLIATIVKONZEPT DES ÖBIG

Auftragnehmer:	Österreichisches Bundesinstitut für das Gesundheitswesen Geschäftsführerin Dr. Michaela MORITZ Stubenring 6 1010 Wien
Bearbeitung	Dr. Gerhard FÜLÖP Mag. Claudia NEMETH

KURZFASSUNG DES STEIRISCHEN PALLIATIVKONZEPTES DES ÖBIG

Aufgabenstellung

Im Zuge des seit Juni 1998 laufenden und mit Jänner 2000 abzuschließenden Pilotprojektes „Stationäre Palliativbetreuung“ soll für die Steiermark ein Palliativkonzept entwickelt werden. Das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) wurde mit der Quantifizierung der Versorgungsangebote im stationären Akutbereich, das sind Palliativstationen bzw. -bereiche und palliativmedizinische Konsiliardienste, beauftragt. Für beide sind die bedarfsnotwendigen Kapazitäten bis zum Jahr 2020 berechnet worden.

Bedarf

Zur Abschätzung des Bedarfs an palliativmedizinischen Betten in den steirischen Akutkrankenhäusern wurde ein Rechenmodell entwickelt, das es erlaubt, den Bedarf unter Berücksichtigung der demographischen Veränderungen, für einzelne Regionen und mit veränderbaren Eingangsparametern abzuschätzen. Es wurden die in Akutkrankenanstalten bedarfsnotwendigen Betten in Palliativstationen sowie auf Normalstationen mit Betreuung durch einen palliativmedizinischen Konsiliardienst in zwei Planungsszenarien bis zum Jahr 2020 ermittelt.

Insgesamt ergeben sich für das Jahr 2000 je nach Planungsszenario an versorgungsnotwendigen Kapazitäten 41 bis 50 Betten in Palliativstationen sowie 21 bis 27 Betten auf Normalstationen mit Betreuung durch einen palliativmedizinischen Konsiliardienst. Dieser Bedarf steigt bis zum Jahr 2020 auf 47 bis 56 Betten auf Palliativstationen bzw. auf 24 bis 31 Betten auf Normalstationen.

Empfehlungen

Ein bedarfsgerechtes System palliativmedizinischer Versorgung erfordert zur Sicherung der Betreuungskontinuität der Patienten neben entsprechenden Angeboten im stationären Akutbereich auch Versorgungsangebote in Einrichtungen der stationären Langzeitversorgung sowie im ambulanten Bereich. Der Aufbau eines palliativmedizinischen Versorgungssystems sollte flächendeckend und landesweit koordiniert erfolgen.

Stationärer Akutbereich

Es wird ein stufenweiser Auf- und Ausbau der palliativmedizinischen Versorgung in den steirischen Akutkrankenanstalten in mehreren Phasen empfohlen:

⇒ **Phase 1:**

- Einrichtung von zwei bis drei Palliativstationen in den Krankenanstalten in Graz (mit jeweils mindestens 8 Betten), ein Standort sollte die Uniklinik Graz sein, und Einrichtung einer Palliativstation im LKH Leoben oder im LKH Bruck/Mur (8 Betten).
- Modellhafte Einrichtung von palliativmedizinischen Konsiliardiensten an den Standorten mit Palliativstationen und Evaluierung von Akzeptanz und Inanspruchnahme durch die Normalstation(en).
- Modellhafte Einrichtung eines palliativmedizinischen Konsiliardienstes an zumindest einem Standort ohne Palliativstation und Evaluierung von Akzeptanz und Inanspruchnahme.

⇒ **Phase 2:** Einrichtung von palliativmedizinischen Konsiliardiensten in allen LKH mit Ausnahme der LKH Mariazell und Radkersburg.

⇒ **Phase 3:** Einrichtung von Palliativbereichen in den LKH Judenburg-Knittelfeld, Feldbach bzw. Hartberg sowie Rottenmann.

⇒ **Phase 4:** Einrichtung einer Palliativstation im LKH Feldbach oder im LKH Hartberg (nach Abstimmung mit dem Burgenland)

Mit dieser etappenartigen Vorgangsweise wird einerseits die Möglichkeit geschaffen, rechtzeitig Qualifizierungsmaßnahmen für das erforderliche Personal zu ergreifen, andererseits kann gewährleistet werden, daß der Auf- und Ausbau der palliativmedizinischen Versorgung in den steirischen Akutkrankenanstalten nach Maßgabe der Akzeptanz und des Funktionierens der notwendigen Vernetzung mit Einrichtungen außerhalb des Akutbereiches erfolgt (Hospize, mobile Hospizteams).

Stationärer Pflegebereich

Hospize, das sind palliativmedizinische Versorgungseinrichtungen im Pflegebereich, sollten zur Sicherstellung der Versorgung von Palliativpatienten, die nicht krankenhausbedürftig sind, aber stationäre Pflege aufgrund ihrer Erkrankung oder fehlender Möglichkeiten der Betreuung zu Hause benötigen, geschaffen werden. Zusätzlich zum geplanten Hospiz im Geriatrischen Krankenhaus Graz sollte im ersten Ausbauschnitt zumindest ein weiteres Hospiz - in organisatorischer Verbindung mit einem Alten- oder Pflegeheim - im Versorgungsraum Nord eingerichtet werden. Die Höhe des Bedarfes an Betten in Hospizen ist gegenwärtig nicht bekannt.

Ambulanter Bereich

Die steirische Hospizbewegung setzt derzeit für die Betreuung von Palliativpatienten ausschließlich ehrenamtliche Mitarbeiter ein. Es ist jedoch erforderlich, das Angebot der mobilen Hospizbetreuung in der Steiermark so zu erweitern, daß auch die ärztliche,

pflegerische und psychosoziale Betreuung von Palliativpatienten zu Hause gesichert ist. Für den weiteren Ausbau der mobilen Hospizbetreuung bieten sich folgende Aktivitäten an:

1. Ausweitung des Angebotes ehrenamtlicher Helfer zur Sicherung der Versorgung aller Bezirke in der Steiermark.
2. Bildung von regional verteilten mobilen Palliativteams mit ärztlicher und pflegerischer Qualifikation.
3. Weiterführung und gegebenenfalls Ausweitung der interdisziplinären Ausbildungsangebote bzw. Organisation eines „Palliative Care“ - Lehrganges in der Steiermark.
4. Qualifizierung der in den mobilen pflegerischen und sozialen Diensten Beschäftigten und der niedergelassenen praktischen Ärzte auf dem Gebiet der Palliativmedizin.

1. DIE EINBINDUNG DER EHRENAMTLICHEN MITARBEITER

Koordination: Hospizverein Steiermark
DGKS Maria RIEDRICH
Kirchbergstr. 18
8044 Graz

ZUSAMMENFASSUNG DES ABSCHLUSSBERICHTES DER KOORDINATORINNEN

Die Hospizbewegung

Die moderne Hospizbewegung spezialisiert sich auf Problemsituationen während der letzten Lebensphase: Palliative Maßnahmen (Symptomkontrolle und Schmerzlinderung ohne Lebensverlängerung) und ganzheitliche Begleitung in Form von Gesprächen und Zuwendung sollen ein Leben in Geborgenheit und Würde bis zuletzt ermöglichen.

Der Hospizverein Steiermark

In Graz wurde am 18. Jänner 1993 der Hospizverein Steiermark als unabhängige, überparteiliche und überkonfessionelle Einrichtung mit folgenden Zielen gegründet:

1. Der Aufbau von ehrenamtlichen (und hauptamtlichen) ambulanten Hospizteams in der gesamten Steiermark.
2. Der Aufbau von Palliativstationen in allen steirischen Schwerpunktkrankenhäusern.
3. Die Errichtung eines Hospizhauses

Seit 1993 haben 860 Personen die Hospizausbildung absolviert und die Hospizidee in ihrem Umkreis umgesetzt und weitergetragen.

Durch die zahlreichen Hospizgrundausbildungen wurde eine breite Bewusstseinsbildung in Bezug auf das Thema Tod und Sterben in der Bevölkerung bewirkt und somit auch der Boden für einen weiteren Ausbau von Hospiz- und Palliativeinrichtungen geschaffen.

Die Einbindung in das Projekt

Das Projekt „Stationäre Palliativbetreuung“ hat deutlich gezeigt, daß die Einbindung ehrenamtlicher HospizbegleiterInnen, bei entsprechender Vorbereitung und professioneller Koordination möglich ist und eine ganzheitliche Betreuung und Verbesserung der Lebensqualität von Schwerkranken und Sterbenden im Krankenhausbereich bewirkt.

„Ehrenamtliche sind „Laien“ soweit das, was sie tun, an professioneller Fachlichkeit gemessen wird, aber Experten, wenn sie ihre Familien-, Berufs- und Lebenserfahrung einbringen.

Eine zeitaufwendige, intensive Einzelbetreuung in Form von Gesprächen und Zuwendung stellt meistens eine Überforderung für das Krankenhauspersonal dar. Die Zeitkapazität ist sehr knapp berechnet und reicht meistens nur für die medizinisch-pflegerische Versorgung.

Die Aufgaben der Ehrenamtlichen

Für eine ganzheitliche, umfassende Betreuung, vor allem von sterbenden Patienten, ist es aber wichtig, ihre Lebensgeschichte, ihr soziales Umfeld und ihre alltäglichen Sorgen mit einzubeziehen. Hier können freiwillige Mitarbeiter mit ihrer Zeit und ihrem Engagement auf die Bedürfnisse der Patienten eingehen und in Form von Gesprächen, Zuwendung und einfachen Hilfestellungen die Arbeit des Krankenhauspersonal ergänzen.

Die Patienten erzählen aus ihrem Leben, von ihren Sorgen und Ängsten; ihren Wünschen und Hoffnungen. Sie sprechen über ihre Beziehungen zu ihren Angehörigen und Freunden, über ihre Erlebnisse und ihr Befinden im Krankenhaus, über ihre Einstellungen und Gedanken zu ihrer Krankheit oder über ihre Glaubensvorstellungen bzw. die Sinnfrage.

Viele Angehörige fühlen sich durch diese Situation, in der sie stehen, sehr belastet und überfordert. Als Selbst-Begleitende brauchen auch sie Unterstützung und Ermutigung und werden bei ihrem eigenen Abschiedsprozeß begleitet. Oft gibt es noch innerfamiliäre Konflikte, die vor allem in Krisensituationen verstärkt zum Vorschein kommen.

Um den Patienten den Krankenhausalltag zu erleichtern und das Personal zu entlasten, bieten Ehrenamtliche verschiedene Formen von einfachen Hilfestellungen an. Dies ist vor allem dann notwendig, wenn keine Angehörigen vorhanden sind.

Manche Patienten hatten den Wunsch, wenn sie zu einem Ehrenamtlichen Vertrauen gefasst hatten, von diesem auch zu Hause oder im Heim weiterbegleitet zu werden. Dies förderte auch das weitere Kontakthalten zur Palliativstation.

Die Begleitung durch die ehrenamtlichen Mitarbeiter auf der Station wurde von den Patienten zu über 90% angenommen. Sie haben in Graz und Bad Aussee insgesamt 1583 Stunden beim Patienten am Krankenbett verbracht.

Die Koordination der Ehrenamtlichen

Die Koordination von ehrenamtlichen, anstaltsfremden Personen und die Einbindung in den geregelten Stationsablauf eines Krankenhauses erfordert einen großen Aufwand an Organisation, Planung und interdisziplinärer Kommunikation. Um die Kontinuität und die Qualität von ehrenamtlicher Arbeit zu sichern, muß diese zentral gesteuert und verwaltet werden, welche nur in Form einer hauptamtlichen Planstelle möglich ist.

Die Akzeptanz ehrenamtlicher Begleitung seitens des Personals und der Patienten steigt im Laufe der Zusammenarbeit und mit dem Bekanntheitsgrad dieser Tätigkeit. „Der Hospizverein hat eine tragende Rolle“ ;“... die Hospizarbeit wird für einige Bereiche als wesentlich und entlastend beschrieben.“ (Heller et al., 1998)

Im Laufe des Projektes wurde aber die mangelnde ambulante Weiterversorgung der Patienten und die unzureichende Vernetzung von intra- und extramuralen Diensten und damit auch die Notwendigkeit eines hauptamtlichen mobilen Hospizteams und der Ausweitung des Angebotes ehrenamtlicher Helfer zur Sicherung der Versorgung aller Bezirke in der Steiermark sichtbar.

Empfehlungen:

- Ausweitung des Angebotes ehrenamtlicher Helfer zur Sicherung der Versorgung in Graz und in allen Bezirken der Steiermark
- Aufbau einer ausreichenden Anzahl von hauptamtlichen Koordinationsstellen
- Vermehrte Gewinnung von ehrenamtlichen Mitarbeiter durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit
- Verbesserung der Ausbildungsbedingungen für ehrenamtliche Mitarbeiter
Bisher zahlen die ehrenamtlichen Mitarbeiter ihre Ausbildung zur Gänze selbst.
Wünschenswert wäre zumindest eine Teilfinanzierung für die Ehrenamtlichen.
- Verbesserung der Rahmenbedingungen für Ehrenamtliche im stationären Bereich
 - Planposten für eine hauptamtliche Koordination
 - Übernahme der entstehenden administrativen Kosten
 - Finanzierung von Aus-, Fort- und Weiterbildung und Supervision
 - geeignete Räumlichkeiten für soziale Aktivitäten und für den Arbeitsbereich der Koordination der ehrenamtlichen Mitarbeiter im stationären Bereich
 - zur Verfügung stellen von geeigneten Parkmöglichkeiten
 - Rückerstattung der Fahrtkosten
 - Übernahme der Kosten für Haftpflicht- und Unfallversicherung der ehrenamtlichen Mitarbeiter
- Strukturen für einen gegenseitigen Austausch zwischen ehrenamtlichen Mitarbeitern und professionellen Helfern im ambulanten Bereich etablieren
Empfehlenswert ist die Einrichtung eines hauptamtlichen, ambulanten Hospizteams, bestehend aus Ärzten, Pflegepersonen, Sozialarbeitern unter Einbindung von ehrenamtlichen Mitarbeiter.
- Erweiterung des Ausbildungsangebotes für Ärzte, diplomiertes Pflegepersonal, Alten- und Pflegehelfer...

2. DAS LETZTE LEBENSJAHR DER KREBSPATIENTEN IN DEN KAGES-SPITÄLERN

Zusammenfassung

Es wurden die administrativen Daten jener Patienten erhoben, die im Zeitraum Juli 98 bis Juni 99 in einem steirischen Landeskrankenhaus an einer malignen Neoplasie (Krebs) verstarben. Das letzte Lebensjahr der betroffenen 1484 Patienten wurde nach vorhergehenden stationären Aufenthalten untersucht, um einen Überblick über die Krankenhausinanspruchnahme in diesem Zeitraum zu erhalten. Es stellte sich heraus, daß die Patienten durchschnittlich 3,9 mal stationär aufgenommen wurden und durchschnittlich 40 Belagstage in Anspruch nahmen. Die Gesamtkosten können auf rund 330 Millionen Schilling geschätzt werden.

Die Ergebnisse können (auch angesichts der nicht optimalen Datenlage) zwar keine Hinweise darauf geben, inwieweit gute Palliativbetreuung Aufnahmezeiten und Verweildauern ändern können, doch können sie als Basisdaten für die Beobachtung im Zeitverlauf und im Vergleich dienen.

EINLEITUNG

Fragestellungen

Kann die Einführung organisierter Palliativbetreuung zu einer Vermeidung oder Verkürzung stationärer Spitalsaufenthalte beitragen?

Diese Frage läßt sich aus den Ergebnissen des Projektes heraus nicht beantworten. In der Literatur ist die Vermeidung oder Verkürzung stationärer Spitalsaufenthalte durch Palliativbetreuung unbestritten.

Wie ist die Inanspruchnahme des Akutkrankenhauses im letzten Lebensjahr derzeit?

Um darüber einen groben Überblick und einen Basiswert für spätere Vergleiche zu gewinnen, wurden MBDS-Daten (Minimum Basic Data Set) von Patienten aus den Spitälern der Stmk. Krankenanstaltengesellschaft (KAGes) ausgewertet.

Methode

Als Zeitraum wurde ein Jahr von Juli 1998 bis Juni 1999, das entspricht dem Zeitraum der Durchführungsphase des Pilotprojektes, gewählt. Die in diesem Zeitraum in den LKH an malignen Neoplasien (Krebs) verstorbenen Patienten (Haupt- oder Zusatzdiagnose) wurden identifiziert. Im nächsten Schritt wurden die Voraufenthalte aller dieser Patienten in den LKH erhoben, die innerhalb eines Jahres vor dem Sterbezeitpunkt verbracht wurden. Das ist für die LKH deshalb möglich, weil in der KAGes-Statistik über das MBDS hinaus auch eine eindeutige Patientenidentifizierung an Hand eines Codes verfügbar ist. Aus dem Sterbeaufenthalt und den Voraufenthalten wurde für jeden Patienten ein Datensatz generiert.

Von den betroffenen Patienten wurde in manchen Auswertungen jene zwei Datensätze ausgeschieden, die als Langzeitpatienten das ganze letzte Lebensjahr überwiegend in der Landesnervenklinik Sigmund Freud verbracht hatten und die Statistik bei diesen Auswertungen verzerrt hätten.

Einschränkungen

Die Spitalsdaten liegen nur für die steirischen LKH vor. Aufenthalte der Patienten in Krankenhäusern außerhalb der KAGes (z.B. Krankenhäuser der Barmherzigen Brüder, Sanatorien etc.) während des letzten Lebensjahres sind damit ebensowenig erfaßt wie Aufenthalte in substituierenden Einrichtungen wie Pflegeheimen. Das schränkt die Aussagekraft ein.

Die Entscheidung, Krebs in Haupt- oder Zusatzdiagnose als Auswahlkriterium heranzuziehen, wurde im Bewußtsein der möglichen Fehlerquellen getroffen. Die Fehlerquellen liegen in der Frage, inwieweit die malignen Neoplasien die Todesursache waren oder nur eine Nebenerkrankung. Für die Palliativbetreuung wesentliche Daten, wie die Krankheitsphase oder Angaben über die funktionellen Fähigkeiten liegen nicht vor.

Auswertungen

Die Auswertung erfolgte rein beschreibend. Zusätzlich zur Zahl der Aufenthalte im letzten Lebensjahr und den verbrachten Spitalstagen als zentraler Fragestellung wurde die LKF-Punktebewertung der Fälle analysiert.

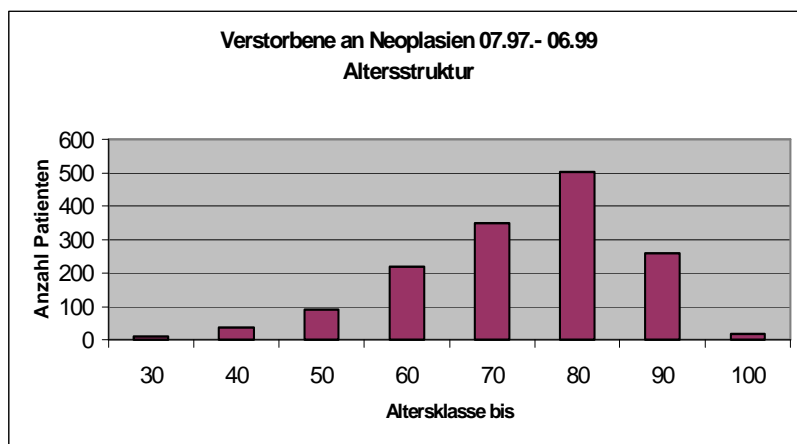
ERGEBNISSE

Patienten

Im Zeitraum von Juli 1998 bis Juni 1999 verstarben in den steirischen LKH 1484 Patienten mit einer Haupt- oder Zusatzdiagnose Krebs, 56% davon waren Männer.

Das Alter reichte von 5 bis 100 Jahren, das Durchschnittsalter lag bei 69,2 Jahren, wobei das Alter der Frauen im Schnitt um etwa eineinhalb Jahre höher lag (70 vs. 68,6 Jahre).

Alter der Patienten						
Alter bis	Gesamt	in %	M	in %	W	in %
30	10	1%	3	0%	7	1%
40	36	2%	20	2%	16	2%
50	90	6%	45	5%	45	7%
60	218	15%	139	17%	79	12%
70	350	24%	216	26%	134	21%
80	502	34%	281	34%	221	34%
90	260	18%	129	15%	131	20%
100	18	1%	2	0%	16	2%
	1484	100%	835	100%	649	100%
Durchschnitt			68,6		70,0	



Das letzte Lebensjahr

Aufenthalte im letzten Lebensjahr

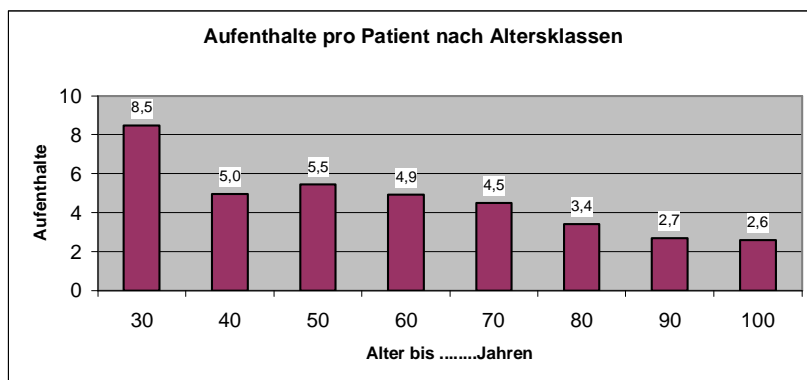
Die 1484 Patienten hatten insgesamt 5874 stationäre Aufenthalte (Fälle) im Krankenhaus (inkl. 504 sog. O-Tagesaufenthalten, also Patienten die nicht über Nacht im Krankenhaus verblieben). 77 Patienten verstarben am Aufnahmetag (deren Aufenthalte sind in den 504 O-Tages-Fällen enthalten).

Anzahl	Häufigkeit	Anteil
1	362	24%
2	310	21%
3	218	15%
4	165	11%
5	121	8%
6	80	5%
7	45	3%
8	34	2%
9	32	2%
10	27	2%
11	21	1%
12	18	1%
Öfter als 12 mal	53	4%

Rund ein Viertel der Patienten (24 % das entspricht 362 Personen) hatten nur einen Aufenthalt im Krankenhaus, während dem sie verstarben. Weitere 20,8% waren nur zweimal stationär.

Die Zahl der Aufenthalte streut von 1 bis 44, im Mittel waren es 3,96. Die Hälfte der Patienten war dreimal und öfter im Krankenhaus (Median). Mit zunehmendem Alter sinkt die Aufnahmezahl. Das kann aber auch die oben beschriebene Problematik (Sterben an Krebs vs. Sterben mit Krebs) abbilden.

Alter bis	Gesamt	M	W
30	8,5	9	8,3
40	5,0	4,5	5,6
50	5,5	5,4	5,5
60	4,9	5,0	4,7
70	4,5	4,4	4,6
80	3,4	3,7	3,2
90	2,7	3,1	2,3
100	2,6	1,0	2,7
Gesamt	3,96	4,1	3,7

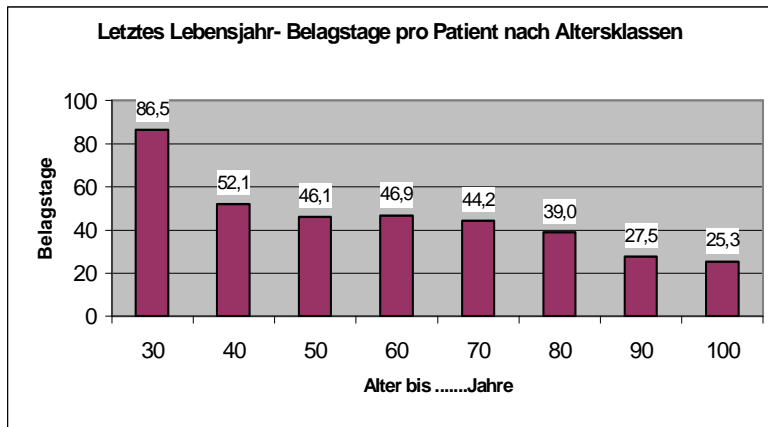


Spitalstage im letzten Lebensjahr

Die Patienten nahmen insgesamt 59.767 Spitalstage in Anspruch (Summe wieder ohne O-Tage Fälle). Im Durchschnitt sind das 40 Tage, wobei die Bandbreite zwischen 0 Tagen (d.h. im ganzen letzten Lebensjahr nur am Todestag in ein LKH gekommen) und 231 Tagen (ein fünfjähriges Mädchen) liegt. Die Hälfte der Patienten verbrachten 33 und mehr Tage in einem LKH.

Alter bis	Gesamt	M	W
30	86,5	36	108,1
40	52,1	57,3	45,6
50	46,1	44,7	47,5
60	46,9	45,2	49,8
70	44,2	42,3	47,4
80	39	41	36,4
90	27,5	29,8	25,3
100	25,3	16	26,5
Gesamt	40,3	41	39,6

Mit zunehmendem Alter sinkt die Zahl der im Krankenhaus verbrachten Spitalstage im letzten Lebensjahr (vgl. Tabelle und Diagramm).



Durchschnittliche Verweildauer bei Aufenthalten im letzten Lebensjahr

Die durchschnittliche Verweildauer der 5874 (incl. O-Tage Fälle) Fälle betrug 10,1 Tage, die Hälfte der Aufenthalte dauerten bis zu 6 Tagen.

Hinsichtlich Alter und Geschlecht sind die durchschnittlichen Belagstage pro Fall nicht sehr unterschiedlich.

Punkte nach den LKF-Pauschalen im letzten Lebensjahr

Die "Leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung" hat ein Fallpauschalensystem eingeführt, nach dem jedem Spitalsaufenthalt ein bestimmter Punktwert zugeschrieben wird, der die Kosten abbilden soll und zur Honorierung angewandt wird.

Insgesamt wurden die fast 6000 Aufenthalte der 1484 Patienten mit 257.623.773 LKF Punkten bewertet, das entspräche, ganz grob und unter verschiedenen Annahmen gerechnet, Kosten von rund 330 Mio. ÖS (Kosten pro Punkt mit ÖS 1,30 angenommen).

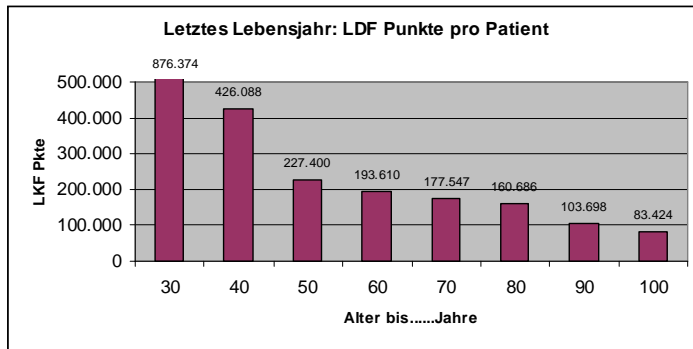
Pro Patient wurden im Durchschnitt 173.367 LKF Punkte berechnet (unter den Annahmen entspräche das etwa 225 Tausend ÖS Kosten), die Hälfte der Patienten hatte bis zu 109.000 Punkte. Der höchste Wert eines Patienten sind rund 3,5 Millionen Punkte.

Klasse	Häufigkeit
bis 50.000	371
100.000	315
150.000	229
200.000	164
250.000	119
300.000	76
350.000	48
400.000	43
450.000	31
500.000	23
550.000	13
600.000	11
650.000	2
700.000	7
750.000	5
und mehr	29

Es zeigt sich eine große Bandbreite, die häufigste Klasse ist aber jene bis 50.000 Punkte (vgl. Tab). Hier sind auch die Patienten beinhaltet, die am Aufnahmetag verstarben.

Entsprechend der geringeren Anzahl der Spitalstage sinken auch die Punkte pro Patient und Lebensjahr mit zunehmendem Alter (vgl.

Alter bis	Gesamt	M	W
30	876.374	299.359	1.123.666
40	426.088	563.203	254.694
50	227.400	263.159	192.436
60	193.610	179.165	219.352
70	177.547	178.795	175.535
80	160.686	177.559	139.231
90	103.698	111.250	96.261
100	83.424	46.625	88.024
Gesamt	173.835	181.779	163.611



methodische Einschränkung oben)

Pro Aufenthalt bedeutet das im Schnitt einen Wert von rund 44.000 Punkten, die Hälfte der Aufenthalte lag bis ÖS 22.000. Der höchste Wert lag bei 1,7 Millionen Punkten für einen Aufenthalt eines Leukämiepatienten.

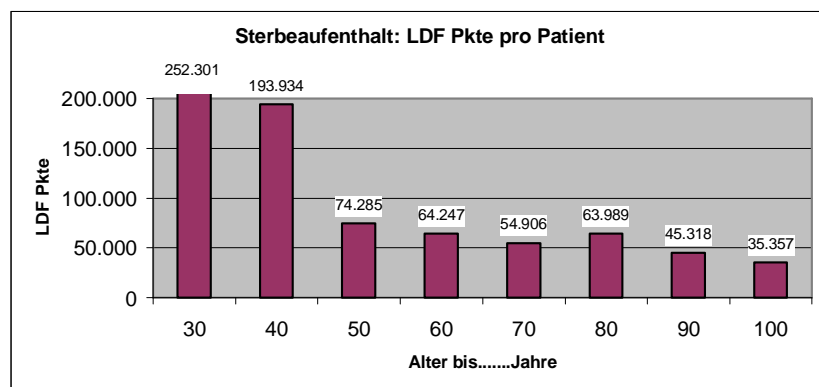
Im Durchschnitt fiel pro Belagstag ein Wert von rund 4300 Punkten an.

Der Sterbeaufenthalt

Die durchschnittliche Dauer der Sterbeaufenthalte betrug 13,7 Tage (incl. O-Tages-Fälle). Die Bandbreite reichte von 0 bis 183 Tagen, die Hälfte der Patienten lag über eine Woche im Krankenhaus, ehe sie starben.

Die Sterbeaufenthalte haben wie beschrieben eine höhere Verweildauer (13,7 vs. 10,1) und auch einen höheren Punktwert von 63.312 Punkten (vs. 37.290 Pkte.) als die Voraufenthalte.

Alter bis	Gesamt	M	W
30	252.301	51.872	338.200
40	193.934	289.467	74.519
50	74.285	120.235	28.336
60	64.247	44.450	99.078
70	54.906	55.080	54.625
80	63.989	70.977	55.104
90	45.318	42.848	47.749
100	35.357	37.434	35.098
Gesamt	63.312	65.842	60.056



Maligne Neoplasie als Haupt oder als Zusatzdiagnose

Vergleicht man jene Gruppe, die eine maligne Neoplasie im Sterbeaufenthalt als Hauptdiagnose dokumentiert hatten, mit der Gruppe die sie als Zusatzdiagnose hatten, so zeigt sich, daß die zweite Gruppe durchschnittlich älter ist, mehr Spitalsaufenthalte hatte und mehr LDF Punkte anfielen.

Gestorbene mit Maligner Neoplasie			
	als Haupt- oder Zusatzdiagnose	als Hautdiagnose	als Zusatzdiagnose
Anzahl der Patienten	1.484	1.103	381
Alter, Durchschnitt	69,2	67,7	73,5
Das letzte Lebensjahr			
Anzahl der Aufenthalte	4	3,4	5,5
Gesamtverweildauer	40	35	57
LKF Punkte, gesamt	173.601	151.288	238.197
Punkte/Aufenthalt	43.866	44.018	43.589
Punkte/Tag	4.310	4.379	4.190
Der Sterbeaufenthalt			
Anzahl	1	1	1
Verweildauer	13,7	14,2	12,3
LKF Punkte, gesamt	63.312	61.601	68.262
Punkte/Tag	4.623	4.343	5.557
Anzahl 0 Tage-Fälle	77	43	34
Vorige Aufenthalte			
Anzahl voriger Aufenthalte	3	2,4	4,5
Verweildauer je Aufenthalt	9	8,4	10
LKF Punkte, gesamt	37.291	36.802	38.063
Punkte/Tag	4150	4404	3813

Schlußfolgerung

Auch wenn nur die Daten der KAGes zur Auswertung zur Verfügung standen, so zeigt sich doch, daß das letzte Lebensjahr für diese Patienten mit einer starken Inanspruchnahme des Krankenhauses verbunden ist. Verglichen mit der Durchschnittsbevölkerung kommen diese Patienten fünfzehn mal so oft ins Krankenhaus und verbringen zwanzig mal so viele Tage im Krankenhaus.

Die Summe der Krankenhaustage entspricht, legt man das um, daß ein Krankenhaus in der Größe des LKH Wagna mit 194 Betten das ganze Jahr voll ausgelastet ist.

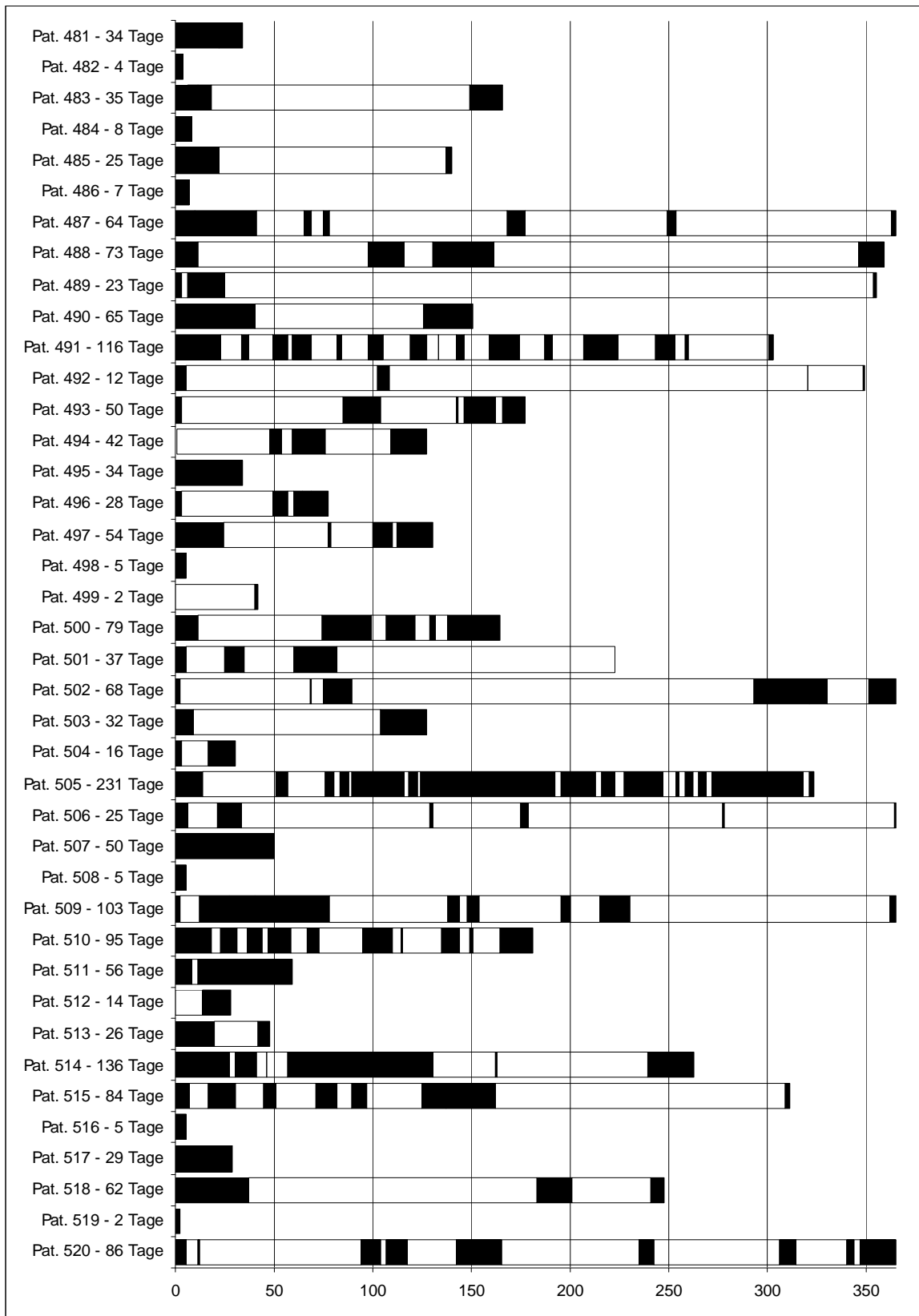
Für das Krankenhaussystem (genauer für die LKH's) bedeutet die Betreuung dieser Patienten Kosten von rund 330 Millionen ÖS im Jahr. Wie viel davon für vielversprechende kurative Behandlung angefallen ist und wieviel für palliative, das kann nicht gesagt werden.

Ob der Aufbau der koordinierten Palliativbetreuung in der Steiermark an diesen Rahmendaten etwas ändern wird, das wird zumindest im Ansatz durch die vorliegenden Daten beobachtet werden können.

Anmerkung:

Unseres Wissens ist diese Erhebung und Auswertung der erste Versuch in Österreich, das letzte Lebensjahr von Patienten in dieser Form zu betrachten. Herrn Reinhold HACK, Leiter der Stabsstelle EDV der Medizinischen Direktion der KAGes, ist für sein besonderes Engagement zu danken. Er hat die technische Methode der Auswertung erarbeitet und quasi eigenhändig die Daten zusammengetragen.

Anhang: Exemplarischer Auszug aus der grafischen Darstellung der Aufenthalte der 1484 Krebspatienten im letzten Lebensjahr in den KAGes Spitälern
 Patienten mit ICD9 140-208.9 als Haupt- oder Nebendiagnose, die im Zeitraum 01.07.1998 bis 30.6.1999 gestorben sind und Ihre Aufenthalte bis 365 Tage zurück



3. DIE KREBSPATIEN TEN DER II. MED. ABT. DES LKH UNIV.-KLINIKUM GRAZ

ZUSAMMENFASSUNG

Durch Auswertung der MBDS-Daten einer Abteilung werden an Hand von stationären Aufenthalten von Patienten, die im Zeitraum August 1998 bis Juni 1999 mit einer malignen Neoplasie (Krebs) entlassen wurden oder daran verstorben sind, Fälle der Allgemeinstation mit Fällen der Palliativeinheit verglichen. Der Datensatz läßt keine weitreichenden Auswertungen zu. Die Fälle der Palliativeinheit liegen länger, haben weniger LKF-Einzelleistungen und Intensivleistungen und bringen geringere Erlöse sowohl pro Fall, besonders aber pro Tag. Das LKF-System wird dem Aufwand, der für diese besonders selektierten Fälle erforderlich ist, nicht gerecht.

EINLEITUNG

Fragestellung

Wie unterscheiden sich Fälle von Patienten mit einer malignen Neoplasie als Entlassungsdiagnose auf der Palliativeinheit und der Allgemeinstation und wie wirkt sich das in den LKF-Pauschalen aus, eignen sich diese für die Honorierung?

Methode

Der berücksichtigte Zeitraum umfaßt die Durchführungsphase des Pilotprojektes von einem Jahr. Aus der KAGes Patientenverwaltung wurden die MBDS jener Fälle von Patienten der II. Medizinischen Abteilung herangezogen, die mit der Diagnose „maligne Neoplasie“ entlassen wurden oder verstarben. Ausgeschlossen wurden Patienten, die im Zuge des gleichen Aufenthaltes am LKH Univ. Klinikum Graz operiert wurden. Jene Fälle, die auf der Palliativeinheit betreut wurden, werden mit den Fällen an der Allgemeinstation verglichen.

Einschränkungen

Der Vergleich bezieht sich auf eine Abteilung. Diese eine Abteilung führt gleichzeitig Allgemeinstation und Palliativeinheit. Die Palliativpatienten wurden zu einem Drittel aus der eigenen Abteilung in die Palliativeinheit zugewiesen. Nach den Aufnahmekriterien in die Palliativeinheit ist jedoch davon auszugehen, daß es sich um betreuungsintensive Patienten handelte, für die eine Optimierung der Betreuung zu erwarten war. (Siehe Aufnahmekriterien im Anhang Seite 48).

Rückschlüsse auf andere Abteilungen, die diese Trennung nicht haben, sind schwer möglich. Die Methode mit Daten geringer Tiefe läßt auch keine tiefschürfenden Analysen zu.

Auswertungen

Die Auswertung erfolgte rein beschreibend hinsichtlich allgemeiner demographischer Aspekte, hinsichtlich Diagnosen und Verweildauern und in Bezug auf das Fallpauschalensystem des LKF.

ERGEBNISSE

Patienten

Basisdaten

Von den 352 Fällen betrafen 53% der Aufenthalte Männer und 47% Frauen. Hinsichtlich des Alters unterscheiden sich die Patienten wenig.

	Fälle	M %	W %	Alter MW	Alter Median	Alter Min	Alter Max
Palliativ, Entlassene	106	55,7%	44,3%	69,5	71	39	91
Palliativ, Verstorbene	24	66,7%	33,3%	68,7	71	43	91
2. Med. Rest, Neoplasien, Entlassene	178	51,7%	48,3%	71,8	72	31	97
2. Med. Rest, Neoplasien, Verstorbene	44	43,2%	56,8%	69	71	32	97
Gesamt	352	53%	47%				

Diagnosespektren

Für die Bereiche außer ‚Palliativ Verstorbene‘ gilt, daß die vier wichtigsten Diagnosen nicht die Hälfte der Fälle abdeckten.

Palliativ, Entlassene			2.Med. Rest, Entlassene mit Neoplasien		
	Fälle	%	Fälle	%	
Neo bronchi	16	15,1%	Neo bronchi	30	16,9%
Neo prostatae	13	12,3%	Neo prostatae	18	10,1%
Neo hepatis	11	10,4%	Neo mammae	13	7,3%
Neo mammae	9	8,5%	Neo coli	12	6,7%
Rest	57	53,8%	Rest	105	59,0%
Fälle gesamt	106	100,0%	Fälle gesamt	178	100,0%
Palliativ, Verstorbene			2. Med. Rest, Verstorbene mit Neoplasien		
	Fälle	%	Fälle	%	
Neo prostatae	4	16,7%	Neo bronchi	6	13,6%
Neo oesophagi	3	12,5%	Neo pancreatis	6	13,6%
Neo mammae	3	12,5%	Neo coli	4	9,1%
Leukämie	3	12,5%	Maligner Hirntumor	4	9,1%
Rest	11	45,8%	Rest	28	63,6%
Fälle gesamt	24	100,0%	Fälle gesamt	44	100,0%

Verweildauern

Die Fälle der Palliativeinheit werden trotz der intensiven Betreuung und Vernetzung länger stationär betreut (BD= Belagsdauer, MW = Mittelwert, Min = Minimum, Max = Maximum).

Bildet man die erwarteten Werte nach dem LKF System, dann zeigt sich, daß die Fälle der Palliativeinheit auch den oberen Grenzwert der LKF- Gruppen um mehr als 100% übersteigen.

Verweildauern

	BD MW	BD Median	BD Min	BD Max	BD LKF MW	BD LKF Min	BD LKF Max
Palliativ, Entlassene	16,1	14,0	1	54	5,4	3,0	7,8
Palliativ, Verstorbene	17,4	14,5	3	46	5,9	3,4	8,5
2. Med. Rest, Neoplasien, Entlassene	10,1	7,0	0	95	6,3	3,5	9,1
2. Med. Rest, Neoplasien, Verstorbene	11,3	6,5	0	59	6,6	3,6	9,8

Honorierung nach dem LKF System

Das Fallpauschalensystem des LKF ordnet jeder Entlassung einen Punktwert zu. Diese Punktwerte können in Relation gestellt werden. Die Zahl der Gesamtpunkte setzt sich aus den Komponenten Tagespunkte (inkl. Verweildauerzuschläge), Leistungspunkte und Intensivpunkte zusammen. Es zeigt sich, daß Fälle der Palliativeinheit nur geringfügig höhere Punktezuschreibungen erhalten, obwohl sie doppelt so lange zu betreuen waren. Dem entsprechend sind die Punkte pro Belagstag trotz höheren Personaleinsatzes an der Palliativeinheit niedriger als an der Allgemeinstation.

Tagespunkte pro Fall

	Tagespunkte MW	Tagespunkte Median	Tagespunkte Min	Tagespunkte Max
Palliativ, Entlassene	27.467	26.542	5.323	85.715
Palliativ, Verstorbene	31.941	30.213	11.067	85.715
2. Med. Rest, Neoplasien, Entlassene	22.320	18.878	3.032	30.571
2. Med. Rest, Neoplasien, Verstorbene	25.135	18.117	3.623	98.200

Leistungspunkte pro Fall

	Leistungs- punkte MW	Leistungs- punkte Median	Leistungs- punkte Min	Leistungs- punkte Max
Palliativ, Entlassene	1.914	694	86	11.982
Palliativ, Verstorbene	1.282	603	86	5.679
2. Med. Rest, Neoplasien, Entlassene	2.391	729	0	17.943
2. Med. Rest, Neoplasien, Verstorbene	3.645	1.167	199	26.143

Intensivpunkte pro Fall

	Intensivpunkte MW	Intensivpunkte Median	Intensivpunkte Min	Intensivpunkte Max
Palliativ, Entlassene	173	0	0	12.196
Palliativ, Verstorbene	0	0	0	0
2. Med. Rest, Neoplasien, Entlassene	2.193	0	0	201.734
2. Med. Rest, Neoplasien, Verstorbene	4.393	0	0	71.270

Gesamtpunkte pro Fall

	Gesamtpunkte MW	Gesamtpunkte Median	Gesamtpunkte Min	Gesamtpunkte Max
Palliativ, Entlassene	29.553	28.679	6.017	91.394
Palliativ, Verstorbene	33.611	30.485	12.508	91.394
2. Med. Rest, Neoplasien, Entlassene	27.174	21.723	5.613	250.749
2. Med. Rest, Neoplasien, Verstorbene	33.173	20.405	5.883	164.058

Gesamtpunkte pro Belagstag

	MW Punkte pro Belagstag	Median Punkte pro Belagstag	Min Punkte pro Belagstag	Max Punkte pro Belagstag
Palliativ, Entlassene	1.838	2.065	863	10.853
Palliativ, Verstorbene	2.557	2.090	1.014	5.139
2. Med. Rest, Neoplasien, Entlassene	2.678	6.226	1.895	29.884
2. Med. Rest, Neoplasien, Verstorbene	2.931	3.707	990	13.374

Schlußfolgerung

Die Eckdaten der LKF-Honorierung spiegeln die Schwere der Krankheit und die Komplexität der Betreuung nicht wieder. Die Fälle an der Palliativeinheit liegen länger, haben weniger Leistungspunkte und weniger Intensivpunkte; das wiederum entspricht der Zielsetzung der stationären Palliativbetreuung: schwerstkranke Patienten sollen möglichst ohne invasive Diagnostik und Therapie sowie ohne künstlich lebensverlängernde Maßnahmen vor allem durch optimale Schmerztherapie und größtmögliche menschliche Zuwendung begleitet werden. Eine Abgeltung für derartige Leistungen ist in den Pauschalen des derzeit gültigen LKF- Systems nicht enthalten.

Wenn, wie es das Ziel der stationären Palliativbetreuung ist, die schwerwiegendsten Fälle den persönlichen Wünschen entsprechend in einer besonderen Einheit palliativ betreut werden, wird eine Anpassung des Honorierungssystems in diesem Bereich notwendig sein, um eine faire Bezahlung zu erreichen.

Anhang:

Aufnahmekriterien der Palliativeinheit:

- ◆ Patienten, für die primär der palliative Behandlungsansatz zielführend ist
- ◆ Patienten mit nicht ausreichend beherrschbarer Symptomatik im gegebenen Therapiesetting
- ◆ Aufklärung des Patienten
- ◆ Primär Patienten mit Aussichten auf Entlassung, aber auch terminale Patienten

4. ERGEBNISSE DER BEFRAGUNG ‚PATIENTENZUFRIEDENHEIT‘

ZUSAMMENFASSUNG

Im Rahmen des Projektes „Stationäre Palliativbetreuung“ wurde ein Fragebogen zur Erhebung der subjektiven Patientenzufriedenheit mit diesem für die Steiermark neuen Betreuungsangebot eingesetzt. Die Patienten haben bei der Entlassung nach dem Erstaufenthalt an den drei Standorten einen Fragebogen erhalten. Insgesamt sind 34 Fragebögen zur Auswertung zur Verfügung gestanden. Die Ergebnisse belegen eine durchwegs hohe Patientenzufriedenheit mit der Betreuung und Unterbringung in den Palliativbereichen.

Fragestellung

Wie beurteilen die Palliativpatienten den Aufenthalt im Palliativbereich in Hinblick auf Betreuung und Unterbringung nach der Entlassung?

Methode

Die Palliativpatienten erhielten nach der ersten Entlassung aus dem Palliativbereich einen Fragebogen gemeinsam mit einem frankierten Rückkuvert. Der Fragebogen war innerhalb von 14 Tagen auszufüllen und an den Projektleiter zurückzuschicken.

Einschränkungen

Ausgenommen waren zum einen Patienten, die nicht mehr voll ansprechbar waren und solche, die durch die physische Beeinträchtigung und Aussichtslosigkeit einer Besserung des Zustandes nicht imstande waren, einen Fragebogen auszufüllen. Die genaue Anzahl der ausgegebenen Fragebögen konnte im nachhinein nicht mehr eruiert werden. Geschätztweise liegt die Rücklaufquote bei einem Drittel.

Auswertungen

Die Auswertung erfolgte rein deskriptiv, den einzelnen Fragenstellungen folgend. Bedingt durch die niedrige Zahl der Fragebögen war eine Auswertung nach den einzelnen Standorten nicht sinnvoll.

ERGEBNISSE

Aufnahme:

- *Wie beruhigend hat das Personal bei der Aufnahme auf Sie gewirkt?*

Alle befragten Patienten gaben an, daß von den Mitarbeitern der Palliativeinheiten bei der Aufnahme eine beruhigende (85%) bzw. eher beruhigende (15%) Wirkung ausging. Diese Einschätzung entspricht den auf internistischen „Normalstationen“ eines Vergleichskrankenhauses erzielten Ergebnissen.

Fragenblock Information:

- *Wurde bei der Aufnahme mit Ihnen besprochen, warum Sie im Krankenhaus bleiben müssen?*
- *Hat man Sie über den weiteren Behandlungsverlauf informiert?*
- *Ist Ihr behandelnder Arzt von sich aus zu Ihnen gekommen, um Sie über Ihre Erkrankung zu informieren?*
- *Haben Sie die Erfahrung gemacht, daß im Krankenhaus auf wichtige Aspekte Ihrer Erkrankung vergessen wurde?*
- *Wurden Sie persönlich über den Tagesablauf auf der Station (Essenszeiten, Visite, Besuchszeiten) informiert?*
- *Möchten Sie über verschiedene zusätzliche Behandlungsmethoden (z.B. zusätzliche oder gegen Aufzahlung angebotene Behandlungen wie Akupunktur, Homöopathie usw.) informiert werden?*

94% der Befragten gaben an, daß mit ihnen über den Aufnahmegrund gesprochen wurde. 6% beantworteten diese Frage mit „nein“. Das gleiche Ergebnis wurde hinsichtlich der Information über den weiteren Behandlungsverlauf erzielt. Auch hier ergibt sich kein Unterschied zur Vergleichsabteilung. 91% der Patienten wurden durch den behandelnden Arzt ohne vorhergehende Aufforderung über die Erkrankung informiert. Die Erfahrung, daß wichtige Aspekte der Erkrankung während des Aufenthaltes nicht berücksichtigt wurden, mußte nur ein Patient machen.

Informationen über den allgemeinen Tagesablauf der betreuenden Station haben 84% erhalten. 16% verneinten die betreffende Frage. Dieses Ergebnis deutet darauf hin, daß Palliativpatienten besser mit allgemeinen Informationen versorgt werden, als internistische Patienten außerhalb einer Palliativstation.

Ein Drittel der Befragten möchte außerdem über allenfalls angebotene und/oder gegen Aufzahlung erhältliche Zusatztherapien wie Akupunktur, Homöopathie,) informiert werden.

Fragenblock Kommunikation:

- *Wie beurteilen Sie die Fähigkeit der Ärzte zuzuhören und auf Ihre Probleme einzugehen?*
- *Wie beurteilen Sie die Fähigkeit der Schwestern zuzuhören und auf Ihre Probleme einzugehen?*
- *Wurden Sie ermuntert Fragen zu stellen?*
- *Wurden Sie in die Entscheidungsfindung hinsichtlich Ihrer Behandlung einbezogen?*
- *Wurde vor Ihnen so gesprochen als ob Sie nicht da wären?*
- *War für die Visite ausreichend Zeit?*
- *Haben Ihre Angehörigen vom Arzt ausreichend Information über Ihre Krankheit erhalten?*
- *Haben Ihre Angehörigen vom Arzt mehr Information erhalten als Ihnen recht war?*

Die Fähigkeit der Ärzte und Schwestern zuzuhören und auf die Probleme der Patienten einzugehen, wird ausschließlich als „gut“ (88% bzw. 94%) und „eher gut“ (13% bzw. 6%) beurteilt (siehe Diagramm 1, Seite 54). Wie in vergleichbaren Befragungen

werden auch hier den Schwestern/Pflegern etwas bessere Fähigkeiten zugeschrieben als den Ärzten. Beide Berufsgruppen werden hinsichtlich ihrer Fähigkeit zuzuhören von den Palliativpatienten aber in der Tendenz noch positiver erlebt, als das auf der Vergleichsabteilung der Fall war.

In die Entscheidungsfindung hinsichtlich ihrer Behandlung fühlten sich 77% der Palliativpatienten einbezogen. 23% fühlten sich nicht einbezogen. Nach den bisherigen Ergebnissen scheinen die Patienten der Vergleichsabteilung besser in Entscheidungen eingebunden zu werden. (Diagramm 2 Seite 54).

Über ein Viertel (28%) der Befragten verspüren noch eine gewisse Unsicherheit in bezug auf die Möglichkeit, Fragen zu stellen. Sie fühlten sich nicht ermuntert, nachzufragen oder offen gebliebene Themen anzusprechen (Diagramm 3 Seite 54).

Nur zwei Patienten (~ 6%) hatten den Eindruck, daß über sie, statt mit ihnen gesprochen wurde. Vergleichswerte aus anderen Erhebungen lassen darauf schließen, daß dieses Verhalten in Normalstationen weit häufiger beobachtet werden kann. Die bei den Visiten zur Verfügung stehende Zeit ist für 97% der Palliativpatienten ausreichend.

Jeder sechste Befragte (16%) gab an, daß die Angehörigen von den Ärzten nicht ausreichend über die Erkrankung informiert wurden. Mehr Informationen, als dem/der Patienten/in recht war wurden nur in einem Fall weitergegeben. Die geringe Zahl der Befragten sollte nicht dazu verleiten, diesen Punkt als gänzlich unproblematisch zu interpretieren. Die einerseits ausreichende Information der Angehörigen und andererseits dabei die Wünsche der Patienten zu berücksichtigen, ist ein jeweils individuell zu vereinbarendem wichtiger Punkt in der Beziehung Betreuer– Patient – Angehörige.

Fragenblock Kompetenz:

- *Haben Sie das Gefühl, daß Sie fachlich gut behandelt wurden?*
- *von den Ärzten*
- *von den Schwestern und Pflegern*
- *von den Psychologen*
- *von den Sozialarbeitern*
- *von den ehrenamtlichen Mitarbeitern*
- *Wie groß ist in diesem Krankenhaus Ihr Vertrauen in die ärztlichen Fähigkeiten?*

Ca. jede/r zehnte Palliativpatient kommt mit „eher geringem“ Vertrauen in die ärztlichen Fähigkeiten ins Spital. Der Anteil der „Zweifler“ an der Leistungsfähigkeit unserer Medizin scheint damit deutlich höher zu sein, als bei Patienten in prognostisch besserer Situation (Anteil von 2% mit eher geringem oder geringem Vertrauen).

Demgegenüber hatten alle Befragten das Gefühl, während des Aufenthaltes von den im Palliativteam vertretenen Berufsgruppen gut (87% - 90%) bzw. eher gut (7% - 13%) behandelt/betreut worden zu sein. Etwas Kritik wurde dabei nur an der Arbeit der Sozialarbeitern sichtbar, wo mit 6% (n=2) (eher schlecht bzw. schlecht) auch Defizite erlebt wurden. (Siehe Diagramm 4 Seite 55)

Fragenblock Hotelkomponente:

- *Wie ist Ihre Zufriedenheit mit der Größe des Zimmers?*
- *Wie ist Ihre Zufriedenheit mit der Ausstattung des Zimmers?*
- *Wie ist Ihre Zufriedenheit mit den sanitären Einrichtungen?*
- *Wie ist Ihre Zufriedenheit mit dem Essen im Krankenhaus?*
- *Wie ist Ihre Zufriedenheit mit den Möglichkeiten sich selbst zu versorgen (z.B. einkaufen, telefonieren, Friseur, Cafeteria usw.)?*
- *Wurden Sie öfters in Ihrer Nachtruhe gestört?*

Die Zimmergröße ist kein Anlaß zur Unzufriedenheit. Die Ausstattung der Zimmer wird nicht ganz so gut gesehen (9% eher zufrieden, 3% unzufrieden). Auch die sanitären Einrichtungen werden als zufriedenstellend beurteilt. Damit sind Palliativpatienten wahrscheinlich weniger anspruchsvoll (oder besser untergebracht) als Patienten der Vergleichsabteilung, wo deutlich weniger Antworten im obersten Zufriedenheitsbereich lagen.

Zufriedenheit besteht überwiegend auch mit dem angebotenen Essen (77% zufrieden, 23% eher zufrieden). Die Möglichkeiten der Selbstversorgung (einkaufen, telefonieren, Friseur, Cafeteria) werden von 20% als verbesserungswürdig eingestuft. Hier wäre ein standortabhängiges Ergebnis von Interesse. (Diagramm 5 + 6 Seite 55).

Über mehrmalige Störungen der Nachtruhe berichteten 10% der Patienten.

Fragenblock Entlassung:

- *Wie zufrieden sind Sie mit der Beratung für die Zeit nach Ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus?*
- *Wie zufrieden sind Sie mit der Organisation Ihrer Lebenssituation nach der Entlassung aus dem Krankenhaus?*

Die Beratung für die Zeit nach der Entlassung wird überwiegend positiv (84% „zufrieden“) bewertet. Geht man von einem hohen Anspruch in bezug auf die Unterstützung der extramuralen Zeitspanne aus, wäre es interessant, die Ursachen herauszufinden, die zu 13% „eher zufrieden“ und 3% „unzufrieden“ Antworten geführt haben. Die Organisation der Lebenssituation nach der Entlassung wird noch etwas kritischer gesehen. Hier sind 76% „zufrieden“, 17% „eher zufrieden“ und 7% „eher unzufrieden“. Im Übergang vom stationären Aufenthalt zur Pflege außerhalb des Krankenhauses scheint diese Bewertung ein Hinweis auf typische Schnittstellenprobleme, zu sein (siehe Diagramm 7 Seite 56).

Kontinuität der Betreuung:

- *Wie wichtig ist es für Sie, immer von denselben Pflegepersonen betreut zu werden?*
- *Ist es für Sie wichtig, daß ein bestimmter Arzt während Ihres gesamten Aufenthaltes für Sie zuständig ist?*

Die Kontinuität der Betreuung ist für eine deutliche Mehrheit der Patienten von großer Bedeutung. Für 69% ist es „wichtig“, daß während des Aufenthaltes *ein* bestimmter Arzt für die Behandlung zuständig ist. Für lediglich 3% ist dieser Punkt „eher unwichtig“. (siehe Diagramm 8 Seite 56)

Etwas weniger, aber insgesamt dennoch hohe Bedeutung wird auch dem Gleichbleiben des Pflegeteams beigemessen (59% „wichtig“, 6% „eher unwichtig“) Siehe Diagramm 9 Seite 56).

Bewertung des Aufenthaltes:

- *Haben Sie im Krankenhaus ausreichend Platz für Ihre persönlichen Bedürfnisse?*
- *Wurden Ihre Erwartungen von unserem Krankenhaus erfüllt?*

Die Palliativpatienten hatten, mit einer Ausnahme, ausreichend Platz für ihre persönlichen Bedürfnisse. Insgesamt wurden die Erwartungen an das Krankenhaus in einem hohem Maß erfüllt (87,5%) – bei ebenfalls einem Patienten wurden die Erwartungen nicht erfüllt.

Schlußfolgerungen:

Die Ergebnisse zeigen eine hochgradige Zufriedenheit und Erfüllung der Erwartungen der Palliativpatienten mit den Aufenthalten in den Palliativbereichen, besonders in den Bereichen Aufnahme, Information, Unterbringung und Kommunikation und Betreuung durch das Team.

Die kritischere Einstellung der Palliativpatienten zur Leistungsfähigkeit der Medizin dürfte mit dem Aufklärungsstatus in Verbindung zu bringen sein. Die Einbindung in Entscheidungsfindungen und die Ermutigung Fragen zu stellen, scheint dennoch gerade in der letzten Lebensphase schwierig. Diese Bereiche brauchen eine besondere Aufmerksamkeit.

Weiters gibt es Hinweise, daß für Palliativpatienten die Möglichkeiten der Selbstversorgung (einkaufen, telefonieren, Friseur, Cafeteria) verbesserungswürdig sind.

Ergebnisse lassen erkennen, daß am Übergang vom stationären zum ambulanten Bereich, trotz ‚koordinierter Entlassung‘, für die Palliativpatienten eine weitere Verbesserung erforderlich ist – gerade auch beim ausgeprägten Bedürfnis nach einer Kontinuität der Betreuung.

Anhang: Diagramme 1-9 Patientenzufriedenheit

Diagramm 1:

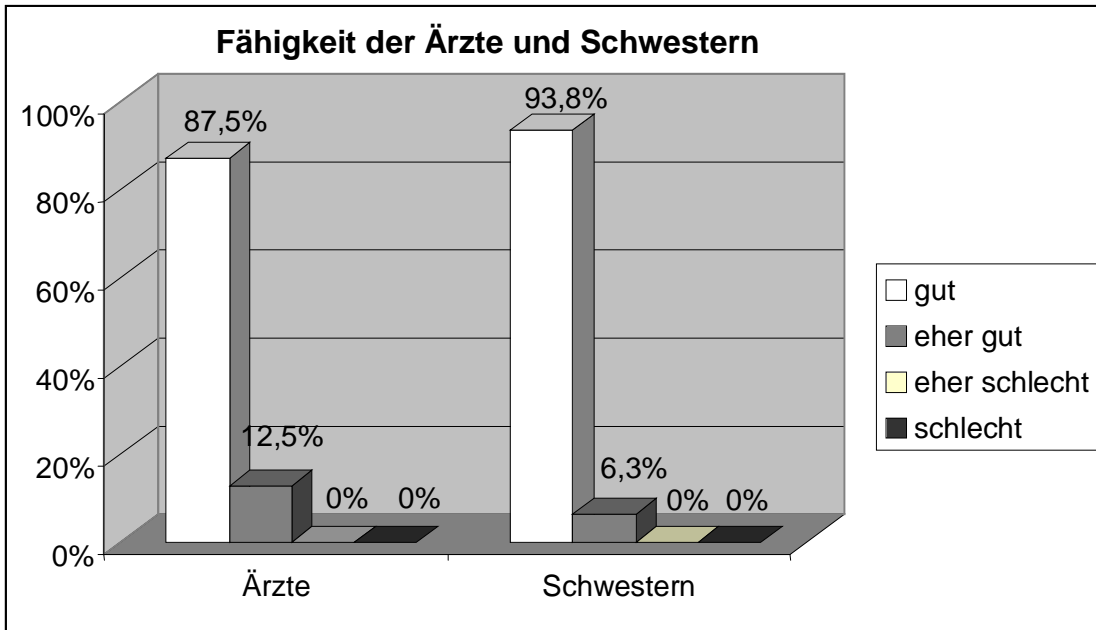


Diagramm 2:

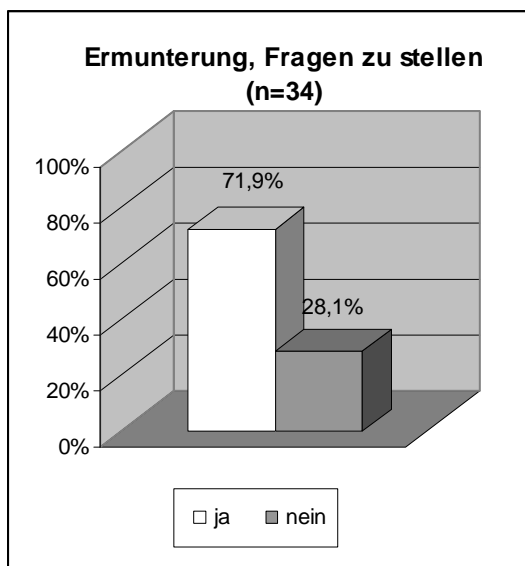


Diagramm 3:

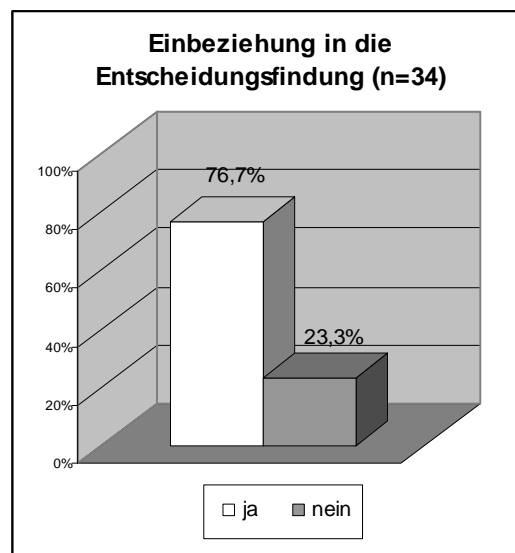


Diagramm 4:

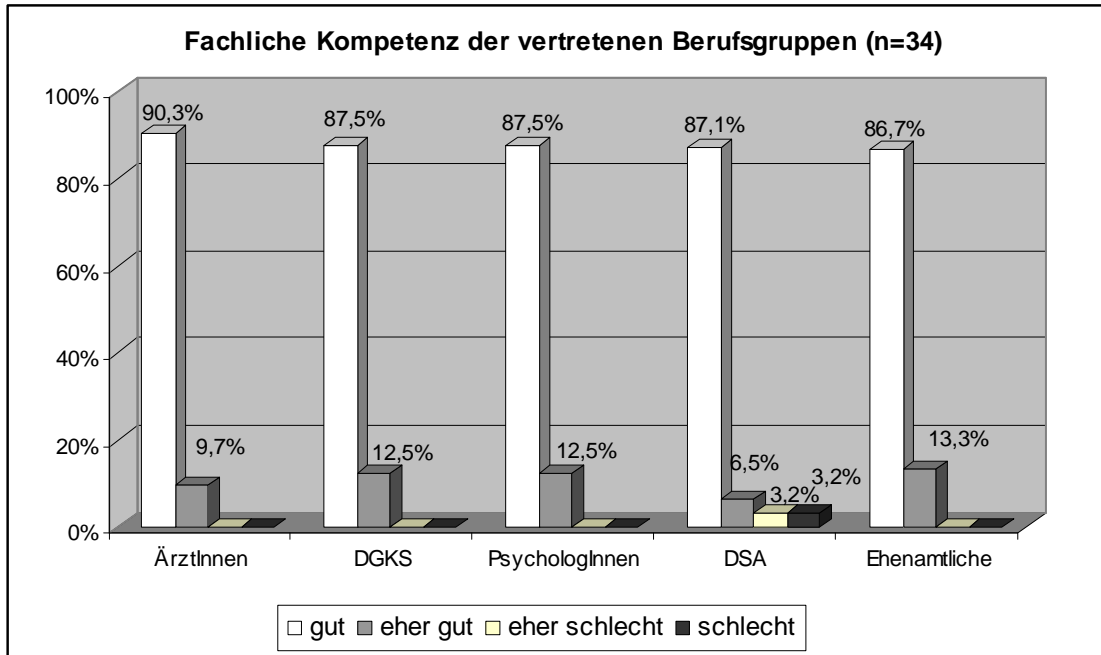


Diagramm 5:

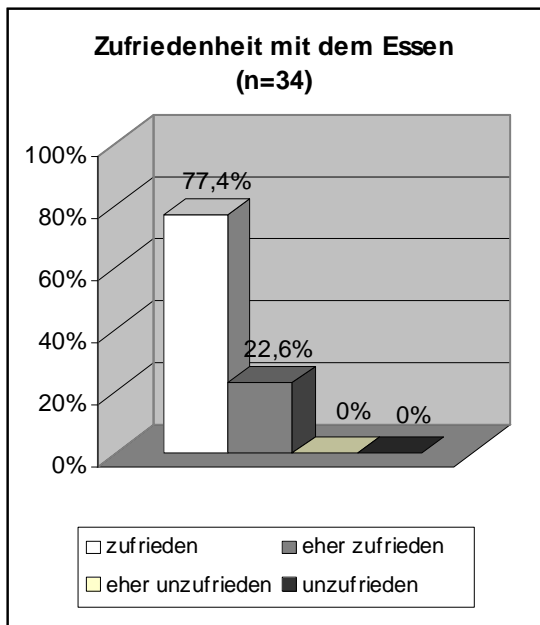


Diagramm 6:

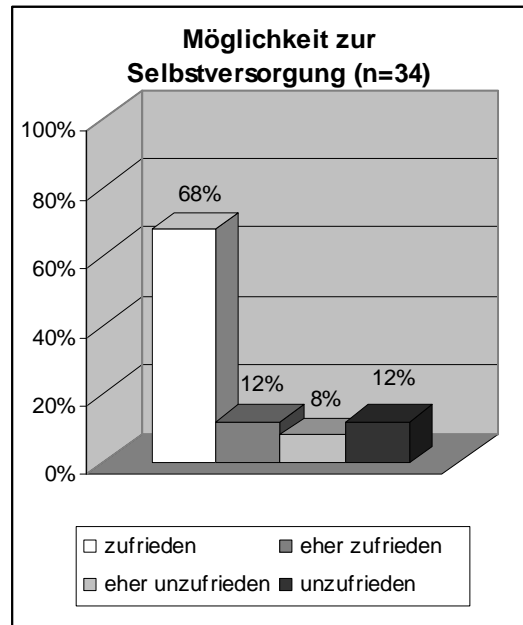


Diagramm 7:

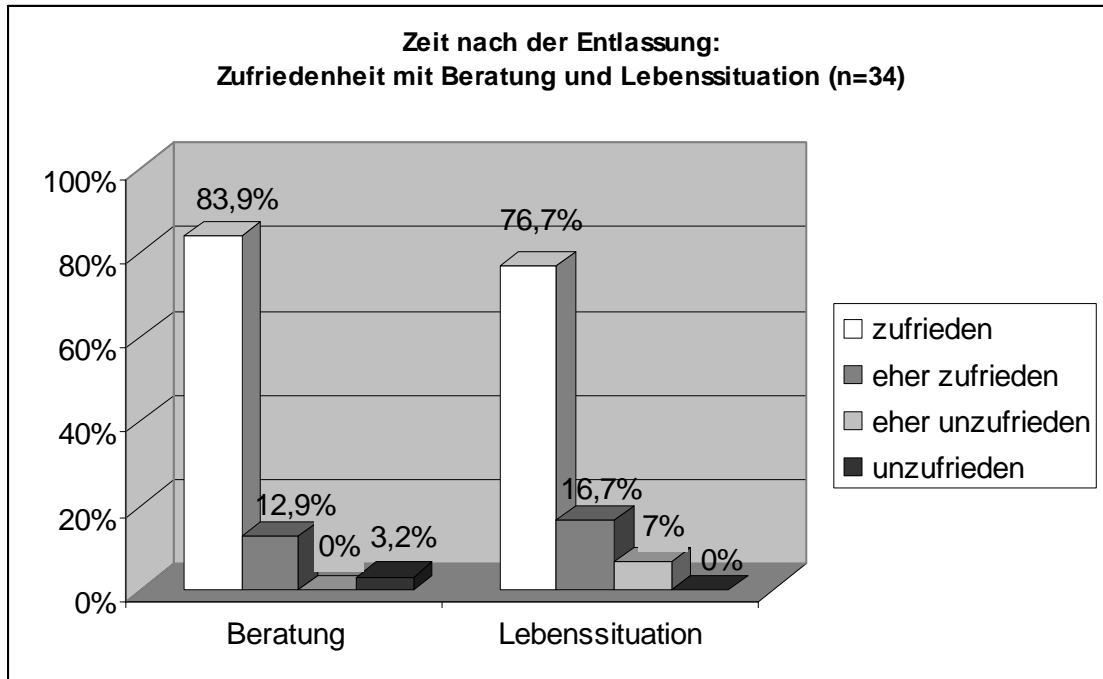


Diagramm 8

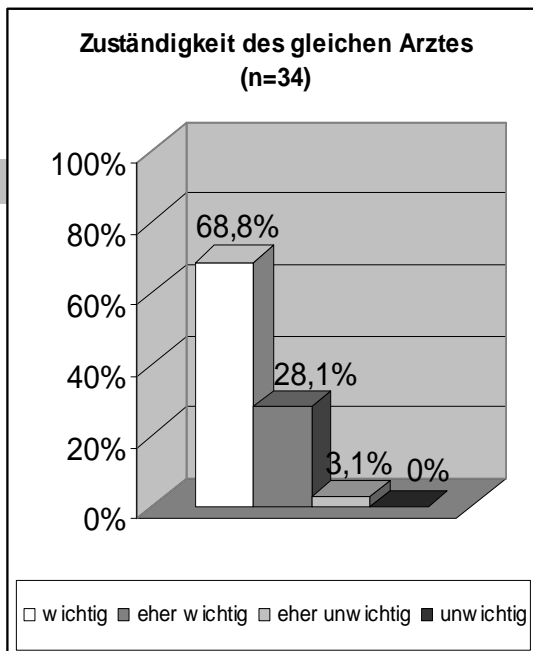
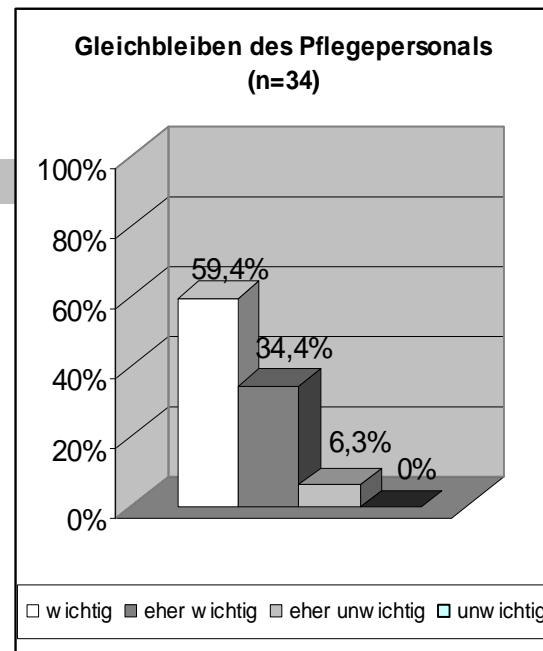


Diagramm 9:



5. ERGEBNISSE DER MITARBEITERBEFRAGUNG

ZUSAMMENFASSUNG

Vor Beginn der Durchführungsphase des Pilotprojektes "Stationäre Palliativbetreuung" wurden die Ärzte und Pflegepersonen (n=140), die an den 3 Standorten in die Palliativbetreuung eingebunden waren, zu den Themenbereichen Tod und Sterben befragt und wurden mittels des Maslach Burnout Inventory (MBI) auf Zeichen eines Burnout untersucht.

Ärzte fühlen sich noch weniger gut auf die Palliativbetreuung vorbereitet als das Pflegepersonal. Beide Berufsgruppen erleben sich bei der Betreuung Schwerkranker Sterbender belastet, mehr noch bei der Betreuung der Angehörigen. Als Methoden zum Abbau emotionaler Belastungen werden Gespräche innerhalb des Teams, Seminare, Supervision und Kommunikationstraining für geeignet gehalten.

Nahezu alle Mitarbeiter fanden die psychosoziale Betreuung Schwerkranker und Sterbender in unserer Gesellschaft unzureichend.

Den Angaben der Befragten zufolge, weisen Fachärzte, gegenüber den anderen Berufsgruppen, die geringsten Burnout-Werte auf.

Fragestellung

Wie ist der aktuelle Ausbildungsstand und wie sind Einstellungen zu den Themenbereichen „Tod und Sterben“ der beteiligten Ärzte und Pflegepersonen?
Finden sich Anzeichen von Burnout ?

Methode

In diesem Rahmen waren insgesamt 34 Fragebogenitems zu beantworten. 12 dieser Items verfolgten das Ziel, Informationen über den aktuellen Ausbildungsstand und über die Einstellung und Erfahrung zum Thema „Tod und Sterben“ einzuholen. Bei den restlichen 22 Items handelte es sich um das Maslach Burnout Inventory (MBI, 1981) in der deutschsprachigen Version von Enzmann und Kleiber (1989).

Definition Burnout:

Unter Burnout ist ein Erschöpfungsphänomen als Folge übermäßiger Arbeitsbeanspruchung zu verstehen. Es tritt häufig bei Berufsgruppen auf, die im Sozialbereich tätig sind und resultiert aus lang anhaltendem Streß, der mit physischer und emotionaler Erschöpfung einher geht. Charakteristika des Burnout-Syndroms sind leichte Reizbarkeit sowie eine negative Einstellung gegenüber der Arbeit und den damit verbundenen Personen.

Stichprobe:

Vor Beginn der Durchführungsphase des Pilotprojektes „Stationäre Palliativbetreuung“ erhielten alle Mitarbeitern der jeweiligen Abteilung der 3 Standorte einen Fragebogen. Das Einschlußkriterium war ein vorhersehbarer professioneller Kontakt mit den Patienten und sei es auch nur die Möglichkeit eines Kontaktes, z.B. während des Nachtdienstes. Keinen Fragebogen erhielten die Mitarbeiter, die zum Erhebungszeitpunkt bedingt durch Urlaub,

Krankenstand, Fortbildung, Karenz, .. abwesend waren. Die genaue Rücklaufquote liegt nicht vor. Nach eigenen Schätzungen liegt sie über 80 %.

Die Stichprobe der befragten Mitarbeiter umfaßte insgesamt 146 Personen, die sich auf einzelne Berufsgruppen wie folgt aufteilen:

Die Anzahl der befragten Ärzte betrug 56, wobei es sich bei diesen Personen um 24 Fachärzte, 12 Assistenzärzte und 20 Turnusärzte handelte.

Das befragte Pflegepersonal umfaßte 84 Personen - 52 Diplomkrankenschwestern und 32 Pflegehelfer.

Darüber hinaus gab es noch 6 weitere Befragte (DSA, MTA, Physiotherapeuten, Diätassistentinnen, ...), die aufgrund der geringen Gruppengröße bei der Auswertung nicht berücksichtigt wurden.

Einschränkungen

Diese Befragung wurde vor Beginn der Palliativbetreuung durchgeführt, ein Teil der Befragten hat zum Befragungszeitpunkt schon an vorbereitenden Fortbildungen teilgenommen. Im Fragebogen ist keine Unterscheidungsmöglichkeit zwischen den Mitarbeitern in den Palliativbereichen und den weiteren Mitarbeitern vorgesehen.

Auswertungen

Die Auswertungen erfolgen rein beschreibend. Im Rahmen der statistischen Analysen erfolgten Vergleiche der Antworthäufigkeiten von Ärzten (n=56) vs. der Antworthäufigkeiten des Pflegepersonals (n=84) mittels CHI-Quadrat-Tests. Für die Häufigkeitsanalysen (CHI-Quadrat-Tests) zu den einzelnen Items wurden jeweils die Antwortkategorien „ja/eher ja“ zur Kategorie „ja“ und „nein/eher nein“ zur Kategorie „nein“ zusammengelegt.

Es wurden für jede der drei Dimensionen des MBI - emotionale Erschöpfung, Depersonalisation und reduzierte persönliche Leistungsfähigkeit - die Mittelwerte der Berufsgruppen mittels einfaktorieller Varianzanalyse auf Unterschiede geprüft.

Die Signifikanzprüfungen erfolgten generell auf einem Niveau von $\alpha=.05$

ERGEBNISSE

Aus- und Weiterbildung

Bewertung der Berufsausbildung für Vorbereitung auf die Behandlung und Betreuung von Schwerkranken und Sterbenden

Tabelle 1: Häufigkeitsverteilung der Antworten von Ärzten und Pflegepersonal hinsichtlich der Bewertung ihrer Berufsausbildung auf die Vorbereitung im Hinblick auf die Behandlung und Betreuung Schwerkranker und Sterbender

	Ärzte	Pflegepersonal	Zeilensumme
Ausreichende Vorbereitung	22 39,3%	48 57,1%	70 (50,0%)
Unzureichende Vorbereitung	34 60,7%	36 42,9%	70 (50,0%)
Spaltensumme	56 (40,0%)	84 (60,0%)	N=140

Es zeigte sich, daß sich das Pflegepersonal - im Gegensatz zu Ärzten – signifikant häufiger durch die Ausbildung ausreichend vorbereitet fühlt ($\text{CHI}^2=4,29$, $\text{df}=1$, $p<.05$).

Teilnahme an Weiterbildungsveranstaltungen:

Tabelle 2: Häufigkeitsverteilung der Antworten von Ärzten und Pflegepersonal hinsichtlich ihrer Teilnahme an Weiterbildungsveranstaltungen

	Ärzte	Pflegepersonal	Zeilensumme
Teilnahme	32 57,1%	56 66,7%	88 (62,9%)
Keine Teilnahme	24 42,9%	28 33,3%	52 (37,1%)
Spaltensumme	56	84	N=140

Zwischen den Antworthäufigkeiten der Ärzte und jenen des Pflegepersonals gab es keine signifikanten Unterschiede.

Die Palliativbetreuung - Einschätzungen und Erleben

Einschätzung der Bedeutung von Schmerztherapie, psychosozialer Betreuung, Palliativpflege, Unterstützung der Angehörigen, Sterbebegleitung und der persönlichen Einstellung zu Tod und Sterben für die jeweilige Tätigkeit der Mitarbeiter

Nach Angaben der Befragten wird Schmerztherapie von 96,4% (der Gesamtheit der Ärzte und 94,0% des Pflegepersonals), Sterbebegleitung von 95,7%, die psychosoziale Betreuung Schwerkranker und Sterbender von 95,4%, die Unterstützung von deren Angehörigen von 93,6% und Palliativpflege von 87,0% der Mitarbeiter als für ihre Arbeit wichtig erachtet. 87,0% der Befragten gaben an, daß auch ihrer persönlichen Einstellung zu Tod und Sterben im Rahmen ihrer jeweiligen Tätigkeit große Bedeutung zukomme.

Ein sehr signifikanter Unterschied zwischen der Meinung der Ärzte und jener des Pflegepersonals wurden im Hinblick auf die Bedeutung der Palliativpflege festgestellt. Im Vergleich zu Ärzten gab das Pflegepersonal wesentlich häufiger an, Palliativpflege für seine Arbeit als wichtig zu erachten ($\text{CHI}^2=8,60$, $\text{df}=1$; $p<.01$).

Belastung beim Umgang mit Schwerkranken und Sterbenden:

53,2% von 139 Mitarbeitern gaben an, den Umgang mit Schwerkranken und Sterbenden als belastend zu erleben.

Zwischen Ärzten und dem Pflegepersonal wurde hinsichtlich der Antworthäufigkeiten kein signifikanter Unterschied festgestellt.

Belastung beim Umgang mit den Angehörigen von Schwerkranken und Sterbenden:

Den Angaben von 140 Befragten zufolge fühlen sich 67,9% durch den persönlichen Umgang Mit den Angehörigen von Schwerkranken und Sterbenden belastet. Zwischen Ärzten und Pflegepersonal gab es keine Häufigkeitsunterschiede hinsichtlich ihrer Antworthäufigkeiten.

Bewertung der psychosozialen Betreuung von Schwerkranken und Sterbenden in unserer Gesellschaft:

Tabelle 3: Häufigkeitsverteilung der Antworten von Ärzten und Pflegepersonal hinsichtlich ihrer Bewertung der psychosozialen Betreuung von Schwerkranken und Sterbenden in unserer Gesellschaft

	Ärzte	Pflegepersonal	Zeilensumme
Ausreichend	0 0%	3 3,6%	3 (2,1%)
Unzureichend	56 100,0%	81 96,4%	137 (97,9%)
Spaltensumme	56	84	N=140

97,9% von 140 Mitarbeiter fanden die psychosoziale Betreuung Schwerkranker und Sterbender in unserer Gesellschaft unzureichend. Diese Meinung wurde von der Gesamtheit der Ärzte (100%) und 96,7% des Pflegepersonals vertreten. Lediglich 3 Personen des Pflegepersonals waren der Auffassung, die psychosoziale Betreuung sei ausreichend.

Bewertung der psychosozialen Betreuung von Schwerkranken und Sterbenden im eigenen Tätigkeitsbereich:

Tabelle 4: Häufigkeitsverteilung der Antworten von Ärzten und Pflegepersonal hinsichtlich ihrer Bewertung der psychosozialen Betreuung von Schwerkranken und Sterbenden in ihrem eigenen Tätigkeitsbereich

	Ärzte	Pflegepersonal	Zeilensumme
Ausreichend	10 17,9%	32 38,6%	42 (30,2%)
Unzureichend	46 82,1%	51 61,4%	97 (69,8%)
Spaltensumme	56	83	N=139

Insgesamt waren lediglich 30,2% von 139 Mitarbeitern - 17,9% der Ärzte und 38,6% des Pflegepersonals - der Meinung, daß die psychosoziale Betreuung von schwerkranken und sterbenden Patienten in ihrem Tätigkeitsbereich ausreichend sei. Es zeigte sich ein sehr signifikantes Ergebnis dahingehend, daß das Pflegepersonal – im Gegensatz zu den Ärzten - häufiger die psychosoziale Betreuung im eigenen Tätigkeitsbereich als ausreichend bezeichnete ($\chi^2=6,80$, $df=1$, $p<.01$).

Bewertung der psychosozialen Betreuung der Angehörigen von Schwerkranken und Sterbenden im eigenen Tätigkeitsbereich:

Tabelle 5: Häufigkeitsverteilung der Antworten von Ärzten und Pflegepersonal hinsichtlich ihrer Bewertung der psychosozialen Betreuung von Angehörigen Schwerkranker und Sterbender in ihrem eigenen Tätigkeitsbereich

	Ärzte	Pflegepersonal	Zeilensumme
Ausreichend	13 23,2%	24 28,6%	37 (26,4%)
Unzureichend	43 76,8%	60 71,4%	103 (73,6%)
Spaltensumme	56	84	N=140

73,6% von insgesamt 140 befragten Mitarbeitern - 76,8% der Ärzte und 71,4% des Pflegepersonals – vertraten die Auffassung, daß die Angehörigen von Schwerkranken und Sterbenden im eigenen Tätigkeitsbereich in psychosozialer Hinsicht nur unzureichend betreut werden. Zwischen Ärzten und Pflegepersonal gab es keine signifikanten Häufigkeitsunterschiede hinsichtlich der Antworten.

Emotionale Belastungen bei der Betreuung Schwerkranker und Sterbender:

Tabelle 6a: Häufigkeitsverteilung der Antworten von Ärzten und Pflegepersonal im Hinblick auf Anzeichen von Machtlosigkeit, die sie bei der Betreuung von Schwerkranken und Sterbenden jeweils an sich beobachten

	Ärzte	Pflegepersonal	Zeilensumme
Ja	34 60,7%	62 73,8%	96 (68,6%)
Nein	22 39,3%	22 26,2%	44 (31,4%)
Spaltensumme	56	84	N=140

Tabelle 6b: Häufigkeitsverteilung der Antworten von Ärzten und Pflegepersonal im Hinblick auf Anzeichen von Unsicherheit, die sie bei der Betreuung von Schwerkranken und Sterbenden jeweils an sich beobachten

	Ärzte	Pflegepersonal	Zeilensumme
Ja	23 41,1%	35 41,7%	58 (41,4%)
Nein	33 58,9%	49 58,3%	82 (58,6%)
Spaltensumme	56	84	N=140

Tabelle 6c: Häufigkeitsverteilung der Antworten von Ärzten und Pflegepersonal im Hinblick auf Anzeichen von Trauer, die sie bei der Betreuung von Schwerkranken und Sterbenden jeweils an sich beobachten

	Ärzte	Pflegepersonal	Zeilensumme
Ja	39 69,6%	59 70,2%	98 (70,0%)
Nein	17 30,4%	25 29,8%	42 (30,0%)
Spaltensumme	56	84	N=140

Tabelle 6d: Häufigkeitsverteilung der Antworten von Ärzten und Pflegepersonal im Hinblick auf Anzeichen von Angst, die sie bei der Betreuung von Schwerkranken und Sterbenden jeweils an sich beobachten

	Ärzte	Pflegepersonal	Zeilensumme
Ja	8 14,3%	10 11,9%	18 (12,9%)
Nein	48 85,7%	74 88,1%	122 (87,1%)
Spaltensumme	56	84	N=140

Tabelle 6e: Häufigkeitsverteilung der Antworten von Ärzten und Pflegepersonal im Hinblick auf Anzeichen von Schuldgefühl, die sie bei der Betreuung von Schwerkranken und Sterbenden jeweils an sich beobachten

	Ärzte	Pflegepersonal	Zeilensumme
Ja	4 7,1%	2 2,4%	6 (4,3%)
Nein	52 92,9%	82 97,6%	134 (95,7%)
Spaltensumme	56	84	N=140

Von den insgesamt 140 Mitarbeitern gaben 70,0% an, bei der Betreuung Schwerkranker und Sterbender an sich Anzeichen von Trauer zu beobachten. 68,6% stellten Anzeichen von Machtlosigkeit, 41,4% von Unsicherheit und 12,9% von Angst fest. Ein geringer Prozentsatz von 4,3% gab an, daß im Zuge der Betreuung von Schwerkranken und Sterbenden Schuldgefühle bei ihm auftreten.

Im Hinblick auf ihre Antworthäufigkeiten unterschieden sich Ärzte und Pflegepersonal nicht voneinander.

Emotionale Belastungen bei der Betreuung der Angehörigen von Schwerkranken und Sterbenden:

Tabelle 7a: Häufigkeitsverteilung der Antworten von Ärzten und Pflegepersonal im Hinblick auf Anzeichen von Machtlosigkeit, die sie bei der Betreuung von Angehörigen Schwerkranker und Sterbender jeweils an sich beobachten

	Ärzte	Pflegepersonal	Zeilensumme
Ja	31 55,4%	55 65,5%	86 (61,4%)
Nein	25 44,6%	29 34,5%	54 (38,6%)
Spaltensumme	56	84	N=140

Tabelle 7b: Häufigkeitsverteilung der Antworten von Ärzten und Pflegepersonal im Hinblick auf Anzeichen von Unsicherheit, die sie bei der Betreuung von Angehörigen Schwerkranker und Sterbender jeweils an sich beobachten

	Ärzte	Pflegepersonal	Zeilensumme
Ja	22 39,3%	49 58,3%	71 (50,7%)
Nein	34 60,7%	35 41,7%	69 (49,3%)
Spaltensumme	56	84	N=140

Tabelle 7c: Häufigkeitsverteilung der Antworten von Ärzten und Pflegepersonal im Hinblick auf Anzeichen von Trauer, die sie bei der Betreuung von Angehörigen Schwerkranker und Sterbender jeweils an sich beobachten

	Ärzte	Pflegepersonal	Zeilensumme
Ja	36 64,3%	53 63,1%	89 (63,6%)
Nein	20 35,7%	31 36,9%	51 (36,4%)
Spaltensumme	56	84	N=140

Tabelle 7d: Häufigkeitsverteilung der Antworten von Ärzten und Pflegepersonal im Hinblick auf Anzeichen von Angst, die sie bei der Betreuung von Angehörigen Schwerkranker und Sterbender jeweils an sich beobachten

	Ärzte	Pflegepersonal	Zeilensumme
Ja	6 10,7	14 16,7	20 (14,3%)
Nein	50 89,3%	70 83,3%	120 (85,7%)
Spaltensumme	56	84	N=140

Tabelle 7e: Häufigkeitsverteilung der Antworten von Ärzten und Pflegepersonal im Hinblick auf Anzeichen von Schuldgefühl, die sie bei der Betreuung von Angehörigen Schwerkranker und Sterbender jeweils an sich beobachten

	Ärzte	Pflegepersonal	Zeilensumme
Ja	5 8,9%	3 3,6%	8 (5,7%)
Nein	51 91,1%	81 96,4%	132 (94,3%)
Spaltensumme	56	84	N=140

63,6% der Befragten geben an, bei der Betreuung der Angehörigen von schwerkranken und sterbenden Patienten an sich Anzeichen von Trauer zu beobachten. Den Angaben der Mitarbeiter ist zu entnehmen, daß 61,4% der Befragten an sich Anzeichen von Machtlosigkeit, 50,7% von Unsicherheit, 14,3% von Angst und 5,7% von Schuldgefühlen feststellen.

Ein signifikanter Unterschied zwischen den Antworthäufigkeiten von Ärzten und Pflegepersonal zeigte sich im Hinblick auf den Umgang mit den Angehörigen Schwerkranker und Sterbender lediglich hinsichtlich des Auftretens von Unsicherheit. Das Pflegepersonal gab häufiger an, davon betroffen zu sein als dies bei Ärzten der Fall ist ($\text{CHI}^2=4,90$, $\text{df}=1$, $p < .05$).

Bewertung unterschiedlicher Möglichkeiten zum Abbau eventuell auftretender emotionaler Belastungen:

Tabelle 8a: Häufigkeitsverteilung der Antworten von Ärzten und Pflegepersonal im Hinblick auf die Bewertung von Supervision als Methode zum Abbau eventuell auftretender emotionaler Belastungen

	Ärzte	Pflegepersonal	Zeilensumme
Hilfreich	31 55,4%	64 77,1%	95 (68,3%)
Nicht hilfreich	25 44,6%	19 22,9%	44 (31,7%)
Spaltensumme	56	83	N=139

Tabelle 8b: Häufigkeitsverteilung der Antworten von Ärzten und Pflegepersonal im Hinblick auf die Bewertung von Teamgesprächen als Methode zum Abbau eventuell auftretender emotionaler Belastungen

	Ärzte	Pflegepersonal	Zeilensumme
Hilfreich	50 89,3%	82 97,6%	132 (94,3%)
Nicht hilfreich	6 10,7%	2 2,4%	8 (5,7%)
Spaltensumme	56	84	N=140

Tabelle 8c: Häufigkeitsverteilung der Antworten von Ärzten und Pflegepersonal im Hinblick auf die Bewertung von Seminaren zum Umgang Mit Schwerkranken und Sterbenden als Methode zum Abbau eventuell auftretender emotionaler Belastungen

	Ärzte	Pflegepersonal	Zeilensumme
Hilfreich	39 69,6%	68 81,9%	107 (77,0%)
Nicht hilfreich	17 30,4%	15 18,1%	32 (23,0%)
Spaltensumme	56	83	N=139

Tabelle 8d: Häufigkeitsverteilung der Antworten von Ärzten und Pflegepersonal im Hinblick auf die Bewertung von Kommunikationstraining als Methode zum Abbau eventuell auftretender emotionaler Belastungen

	Ärzte	Pflegepersonal	Zeilensumme
Hilfreich	31 56,4%	62 74,7%	93 (67,4%)
Nicht hilfreich	24 43,6%	21 25,3%	45 (32,6%)
Spaltensumme	55	83	N=138

Als hilfreiche Methode zum Abbau eventuell auftretender emotionaler Belastungen nannten insgesamt 94,3% der Befragten Gespräche innerhalb des Teams. 77,0% der Mitarbeiter gaben an, Seminare für geeignet zu halten, 68,3% sprachen sich für Supervision und 67,4% für Kommunikationstraining aus. Weitere Methoden wurden von 66,7% der befragten Mitarbeiter genannt, jedoch liegt derzeit noch keine Aufbereitung dieser Daten vor.

Statistisch bedeutsame Unterschiede zwischen den Antworthäufigkeiten von Ärzten und Pflegepersonal wurden dahingehen beobachtet, daß – im Vergleich zu Ärzten - das Pflegepersonal signifikant häufiger Supervision ($\text{CHI}^2=7,31$, $\text{df}=1$, $p<.01$) und Gespräche innerhalb des Teams ($\text{CHI}^2=4,33$, $\text{df}=1$, $p<.05$) sowie Kommunikationstraining ($\text{CHI}^2=5,06$, $\text{df}=1$, $p<.05$) als geeignete Hilfsmittel zur Bewältigung emotionaler Belastungen erachtet. Seminare zum Umgang Mit Schwerkranken und Sterbenden werden vom Pflegepersonal – gegenüber Ärzten - tendenziell häufiger als sinnvolle Unterstützung beurteilt ($\text{CHI}^2=2,85$, $\text{df}=1$, $p<.10$).

Burnout (MBI):

Hinsichtlich der Dimensionen „emotionale Erschöpfung“ und des MBI wurden zwischen den einzelnen Berufsgruppen keine signifikanten Mittelwertsunterschiede festgestellt. Im Hinblick auf die Dimension „reduzierte persönliche Leistungsfähigkeit“ zeigte sich jedoch ein signifikanter Unterschied, wonach sich Pflegehelfer von Fachärzten dahingehend unterscheiden, daß sie – ihren Angaben nach - ein höheres Maß an reduzierter persönlicher Leistungsfähigkeit zeigen ($p < .05$). Den Angaben der Mitarbeiter zufolge ist die persönliche Leistungsfähigkeit bei Fachärzten am geringsten, bei Pflegehelfern hingegen am stärksten reduziert.

Die folgende Grafik zeigt, daß – zumindest den Angaben der Befragten zufolge- Fachärzte gegenüber den anderen Berufsgruppen generell, d.h. in allen drei Dimensionen, die geringsten Burnout-Werte aufweisen.

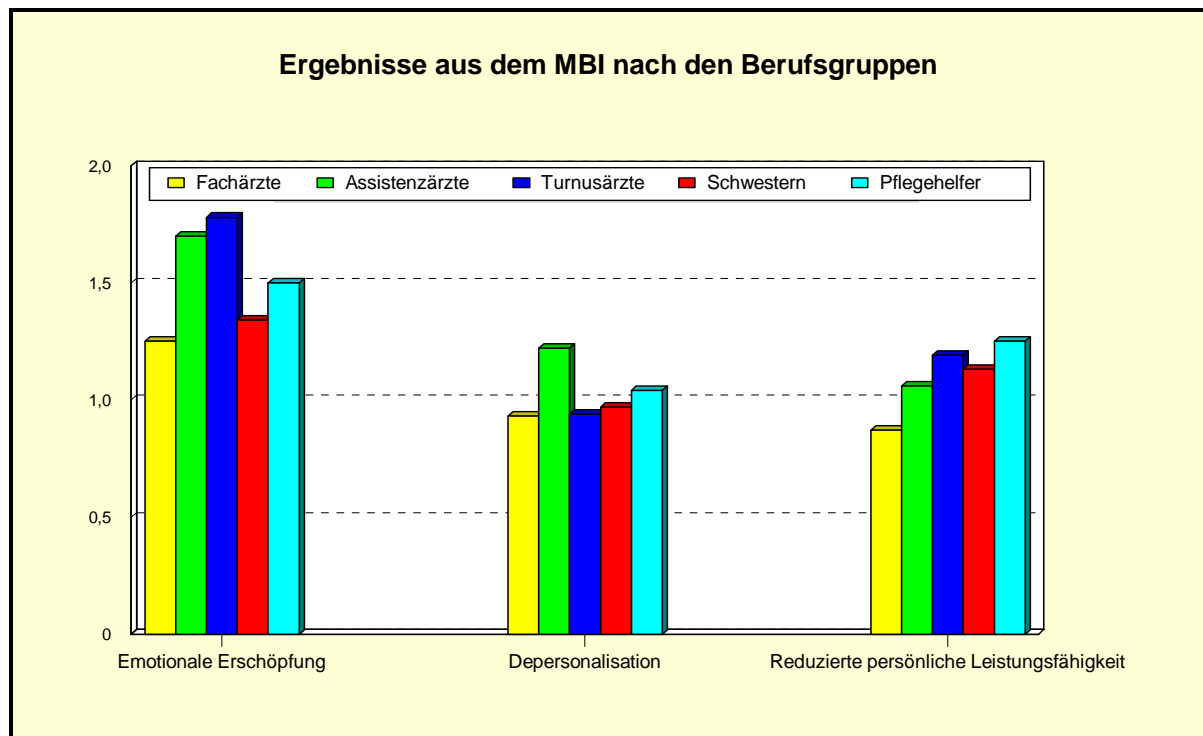


Diagramm 1:

Ergebnisse für die Dimensionen "emotionale Erschöpfung", "Depersonalisation" und "reduzierte persönliche Leistungsfähigkeit" aus dem MBI nach Berufsgruppen.

Schlußfolgerung

Die Aus-, Fort- und Weiterbildungssituation der Mediziner und Pflegepersonen im Palliativbereich muß als unbefriedigend bezeichnet werden. Der niedrige Stellenwert der Palliativbetreuung im Gesundheitssystem wird mitbedingt durch den geringen Stellenwert der Bereiche Sterben, Tod und Trauer in unserer Gesellschaft. Eine Aufwertung steht an. Sterbekultur, Ethik, Ärztekammer, Lehrpläne, Vorbilder, ...

Je unmittelbarer (Pflegehelfer, Turnusärzte) die Betreuer mit den Palliativpatienten in Kontakt kommen, je mehr sie die direkten „Systemerhalter“ sind und je weniger berufliches Handlungsrepertoire sie haben, desto eher fühlen sie sich in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt.

Teamarbeit, die Förderung der Gesprächskultur, gemeinsam mit Supervision und Bildungsmaßnahmen scheinen geeignete psychohygienische Maßnahmen zu sein.

Das Krankenhaus und das Gesundheitswesen, das auf Kuration ausgerichtet ist, steht vor der Herausforderung durch einen Strukturwandel der Palliation schrittweise den geeigneten Raum zu geben.



6. PALLIATIVPFLEGE UND AKTIVITÄTEN DES TÄGLICHEN LEBENS

Ein ausgewähltes Ergebnis

ZUSAMMENFASSUNG

Aufbauend auf der Kategorisierung der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) von N. Roper wurde L. Juchli folgend, bei jedem Patienten einmal wöchentlich dokumentiert, inwieweit die Pflege Zuwendung und Hilfestellung während der letzten Woche für die einzelnen ATL zu leisten hatte.

Im Ergebnis zeigt sich der beruhigende Befund, daß Verstorbene verglichen mit Entlassenen in der jeweils vergangenen Woche mehr Zuwendung und Hilfestellung erhielten.

Einleitung

Die prominente Schweizer Pflegewissenschaftlerin und Herausgeberin eines Standardwerkes zur Pflege Liliane Juchli schreibt der Pflege fünf grundsätzliche Funktionen zu. Im Rahmen des Pilotprojektes können für die Erfüllung jeder dieser Funktionen ausreichend Beweise gefunden werden. Als ein Beispiel für die Punkte 1 und 5 wird im folgenden die regelmäßige Erhebung der Betreuung nach Aktivitäten des täglichen Lebens gezeigt. Dieser Zugang wurde seitens der Pflege in das Pilotprojekt eingebracht. Eine der Auswertungen, der Vergleich der Entlassenen und der Verstorbenen, wird dargestellt.

Fünf Funktionen der Pflege nach Juchli

1. Aktivitäten des täglichen Lebens unterstützen oder stellvertretend übernehmen
2. Begleiten in Krisensituationen und während des Sterbens
3. Mitwirken bei präventiven, diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen
4. Mitwirken an Aktionen zur Verhütung von Unfällen, sowie zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit, sich beteiligen an Eingliederungs- und Wiedereingliederungsprogrammen
5. Mitwirken an der Verbesserung der Qualität und Wirksamkeit der Pflege und bei der Entwicklung des Berufes; Mitarbeiten an Forschungsprojekten im Gesundheitswesen.

Fragestellung dieser Auswertung

Unterscheiden sich die aus der Palliativeinheit Entlassenen und die dort Verstorbenen hinsichtlich der notwendigen Hilfestellung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL)?

Methode

Ein Dokumentationsbogen wurde nach den 12 Lebensaktivitäten von Nancy Roper entwickelt, wobei der Darstellung Juchlis gefolgt wurde.

Wöchentlich wurde die in der vergangenen Woche geleistete Zuwendung/ Hilfestellung von Pflegepersonal hinsichtlich jeder dieser 12 Lebensaktivitäten dokumentiert. Dafür

stand ein Dokumentationsbogen mit einer vierstufigen Skala von "viel" bis "gar nicht" für jede der ATL zur Verfügung. Die 12 Lebensaktivitäten sind am Dokumentationsbogen beschrieben, wobei auch Hinweise zur Interpretation angeführt sind.

Wie Juchli mehrfach feststellt, sind die zwölf angeführten ATL nicht unabhängig voneinander: "...noch einmal muß darauf hingewiesen werden, daß diese nicht isoliert betrachtet werden dürfen, sondern immer im Blick auf die Verbindungen und Verknüpfungen, die nicht an jeder Stelle ausdrücklich sichtbar gemacht werden können." (Juchli L. Pflege: Praxis und Theorie der Gesundheits- und Krankenpflege. 7.Aufl. Stuttgart 1994) und die Liste der ATL ist im Verständnis Juchlis "ein Instrument, nicht mehr und nicht weniger. Es kann nur dann wirksam zur Anwendung kommen, wenn Pflegende gelernt haben, den Menschen bewußt wahrzunehmen", und " Die Summe der ATL ist keine Sache, die man mittels Fragebogen in den Griff bekommen könnte".

Nun ist die Vorgangsweise der Dokumentation und der Auswertung im Projekt eine andere: Es werden nicht die Patienten kategorisiert, sondern es wird festgestellt, was denn die Betreuenden in jeder dieser Kategorien in der vergangenen Woche an welchen Patienten in welchem Bereich geleistet haben. Nicht der Patient wird auf eine, wie Juchli kritisiert, Summe reduziert, sondern die Tätigkeiten der Pflegenden werden zusammengefaßt.

Ohne Frage ist auch die regelmäßige, strukturierte Reflexion über die Patienten und die sich daraus ergebenden Notwendigkeiten der Betreuung an Hand der umfassenden Lebensgrundbedürfnisse, die die ATL ausdrücken, schon für sich wertvoll. Gerade in der Palliativbetreuung, die von sich fordert, den betroffenen Menschen in seinen Bedürfnissen umfassend zu sehen und zu betreuen, erscheint diese Zugangsweise besonders adäquat.

Die ATL wurden im verwendeten Dokumentationsbogen mit folgenden Stichworten beschrieben:

<p>1. Atmen: Atmung ist Ausdruck von Leben - Atemnot ist Lebensnot. Die kompetente situationsgerechte Atemhilfe ist deshalb in erster Linie Lebenshilfe.</p>	<p>7.Sich waschen und kleiden: Professionelle Hilfe zeichnet sich durch ein besonderes Wissen aus, das weit über das hinaus geht, was im allgemeinen unter Körperpflege verstanden wird.</p>
<p>2.Essen und Trinken: Das Ziel der Pflegeintervention ist gesunde Ernährung, förderliche Ernährung und die Hilfe zur Selbsthilfe bei Ernährungs-, -problemen und -behinderungen.</p>	<p>8.Kommunizieren: Kommunikation ist ein Schlüsselement der Pflege. Sie ist aber auch eine Fähigkeit, die gelernt und eingeübt werden muß.</p>
<p>3.Ausscheiden: Professionelle Unterstützung der Ausscheidungsfunktion heißt auch, mit einer respektvollen Haltung in den Intimbereich eines Menschen einzutreten</p>	<p>9.Frau, Mann sein: Werte wie Distanz und Nähe, Berührung, Zärtlichkeit, Leiblichkeit und Sexualität sollen thematisiert und in den Pflegebereich integriert werden können.</p>
<p>4.Körpertemperatur regulieren: Der gesunde Umgang mit Kälte und Wärme und ihr gezielter Einsatz bei Störung der Wärmeregulation ist Inhalt dieser ATL.</p>	<p>10.Raum und Zeit gestalten: Ordnung der Zeit, Ausgleich von Arbeit und Spiel und der Wechsel von Aktion und Muße führen zu Rhythmisierung und Formgebung des gesamten Alltags.</p>
<p>5.Wach sein und schlafen: Schlafgewohnheiten sind tief im Menschen verwurzelt. Störungen treffen daher den ganzen Menschen. Nur in der ganzheitlichen Pflegeplanung werden wir dieser Situation gerecht.</p>	<p>11.Sich sicher fühlen und verhalten: Sicherheit setzt die Verlässlichkeit von Hygiene- und Schutzmaßnahmen voraus. Der kranke Mensch braucht noch mehr eine verlässliche Bezugsperson</p>
<p>6.Sich bewegen: Bewegung steht in enger Verbindung mit den anderen ATL. Ihre Erhaltung und Förderung hat daher einen sehr positiven Einfluß auf sämtliche Lebensbereiche.</p>	<p>12.Sinn finden im Werden - Sein-Vergehen: Das Ziel liegt in der Befähigung, Menschen in Krisensituationen des Lebens und im Sterben begleiten zu können.</p>

Die folgende Auswertung erfolgte mit Unterstützung von Dr. D. Krainz (vgl. oben).

ERGEBNISSE

Für die ATL unterstützenden Leistungen der Pflege standen 185 komplette Datensätze zur Auswertung zur Verfügung.

Zwischen Entlassenen und Verstorbenen unterschieden sich bei sechs der ATL Kategorien die Mengen der den Patienten zugekommener häufiger Zuwendung und Hilfestellung signifikant.

Unterschiede	
signifikant	nicht signifikant
1. Atmen	2.Essen und Trinken
3.Ausscheiden	5.Wach sein und schlafen
4.Körpertemperatur regulieren	6.Sich bewegen
7.Sich waschen und kleiden	9.Frau, Mann sein
8.Kommunizieren	10.Raum und Zeit gestalten
12.Sinn finden im Werden - Sein-Vergehen	11.Sich sicher fühlen und verhalten

Die signifikanten Unterschiede gehen in die Richtung, daß Verstorbene häufiger Zuwendung bzw. Hilfestellung erhielten als Entlassene mit Ausnahme der ATL 8 "Kommunizieren", hier war die Menge bei den Entlassenen größer.

Ein signifikanter Unterschied besagt, daß der Unterschied zwischen den beiden Gruppen größer ist, als es eine zufällige Zuordnung erwarten ließe. Er ist auch abhängig von der Gruppengröße und sagt nichts aus über die Bedeutung und die Größe der einzelnen Werte oder des Unterschiedes. Der signifikante Unterschied bestätigt aber die intuitive Erwartung an die unterschiedlichen Betreuungsnotwendigkeiten in unterschiedlichen Phasen der Palliativbetreuung.

Vier erklärende Beispiele seien herausgegriffen, die Kategorien Atmen, Sinn finden und Kommunizieren als Beispiele für die erste Spalte und die Kategorie Essen und Trinken als Beispiel für die zweite Spalte:

Zuwendung/Hilfestellung durch das Pflegepersonal in der vergangenen Woche zu						
1. Atmen	Entlassene			Verstorbene		
	Patienten	Anteil	kumuliert	Patienten	Anteil	kumuliert
gar nicht	63	50,8%	50,8%	10	14,7%	14,7%
kaum	30	24,2%	75,0%	8	11,8%	26,5%
mäßig	23	18,5%	93,5%	24	35,3%	61,8%
viel	8	6,5%	100,0%	26	38,2%	100,0%
	124	100,0%		68	100,0%	

Der Anteil der Patienten, die mehr Zuwendung in der Kategorie „Atmen“ erhielten, ist bei den Verstorbenen erwartungsgemäß höher.

Zuwendung/Hilfestellung durch das Pflegepersonal in der vergangenen Woche zu						
12. Sinn finden						
	Entlassene			Verstorbene		
	Patienten	Anteil	kumuliert	Patienten	Anteil	kumuliert
gar nicht	26	21,1%	21,1%	17	24,6%	24,6%
kaum	48	39,0%	60,2%	16	23,2%	47,8%
mäßig	39	31,7%	91,9%	15	21,7%	69,6%
viel	10	8,1%	100,0%	21	30,4%	100,0%
	123	100,0%		69	100,0%	

"Sinn finden":

Sterbende erhielten mehr Zuwendung und Hilfestellung in der Begleitung.

Zuwendung/Hilfestellung durch das Pflegepersonal in der vergangenen Woche zu						
8. Kommunizieren						
	Entlassene			Verstorbene		
	Patienten	Anteil	kumuliert	Patienten	Anteil	kumuliert
gar nicht	7	5,7%	5,7%	3	4,3%	4,3%
kaum	8	6,5%	12,2%	16	23,2%	27,5%
mäßig	47	38,2%	50,4%	25	36,2%	63,8%
viel	61	49,6%	100,0%	25	36,2%	100,0%
	123	100,0%		69	100,0%	

Umgekehrt ist das bei der ATL **"Kommunizieren"**:

Hier liegt der Anteil der Entlassenen, die unterstützt wurden, höher als bei den Verstorbenen.

Zuwendung/Hilfestellung durch das Pflegepersonal in der vergangenen Woche zu						
2. Essen und Trinken						
	Entlassene			Verstorbene		
	Patienten	Anteil	kumuliert	Patienten	Anteil	kumuliert
gar nicht	13	10,5%	10,5%	5	7,2%	7,2%
kaum	22	17,7%	28,2%	14	20,3%	27,5%
mäßig	50	40,3%	68,5%	20	29,0%	56,5%
viel	39	31,5%	100,0%	30	43,5%	100,0%
	124	100,0%		69	100,0%	

Die ATL **"Essen und Trinken"** zeigt, wie häufig die Unterstützung vonnöten ist. Nur bei einem Viertel der Patienten fiel die Leistung gar nicht oder kaum in der vergangenen Woche an.

Schließlich wurde untersucht, ob sich die Betreuung der Entlassenen und der Sterbenden über alle ATL hinweg unterscheiden. Dazu wurde den einzelnen Ausprägungen ein Nummernwert zugeschrieben (1 für "gar nicht" und 4 für "viel"). Damit wurden pro Patient Summenscores berechnet. Danach wurden die Summenscores der Entlassenen mit jenen der Verstorbenen verglichen.

Es zeigte sich, daß die Verstorbenen in der vergangenen Woche mehr Zuwendung/Hilfestellung bekamen als die Entlassenen.

Dieser Unterschied ist statistisch sehr signifikant ($t=2.86$, $df=183$, $p<.01$.)

Schlußfolgerung

Patienten, die an einer Palliativeinheit verstarben, erhielten in der Summe der ATL mehr Zuwendung und Hilfestellung als aus der Palliativeinheit Entlassene. Dieses Ergebnis mag für viele nicht spektakulär klingen, tatsächlich zeigen aber Arbeitsstudien, daß das keineswegs immer so ist. Oft erhalten Sterbende nicht den Umfang an Betreuung, der zu erwarten wäre. Es zeigt sich aber auch in der Dimension der große Umfang an Betreuung, der erforderlich ist. Ob der für die Palliativmedizin beruhigende Befund des adäquaten Umfanges an Betreuung, soweit er aus dieser kleinen Studie ersichtlich ist, seine Ursache in der besseren Besetzung, der höheren Motivation, der multiprofessionellen Zusammenarbeit oder vielleicht auch im angesprochenen strukturierten Zugang zur Fragestellung ATL hat, darüber kann hier nichts gesagt werden.

ANHANG

LITERATUR ÜBER HOSPIZBEWEGUNG UND PALLIATIVMEDIZIN:
--

Palliativmedizin, Palliativpflege:

- HUSEBÖ, Stein / KLASCHIK, Eberhard: *Palliativmedizin*, Springer 1998;
2. Auflage in Vorbereitung
- DOYLE, Derek / HANKS, Geoffrey W.C. / MACDONALD, Neil: *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, 2nd edition, Oxford medical publications 1998
- AULBERT, Eberhard / ZECH, Detlev: *Lehrbuch der Palliativmedizin*, Schattauer, Stuttgart 1997
- MÜLLER, M. / KERN, M. / NAUCK, F. / KLASCHIK, E. (Hrsg.): *Qualifikation hauptamtlicher Mitarbeiter*. Curricula für Ärzte, Pflegende Sozialarbeiter, Seelsorger in Palliativmedizin. Schriftenreihe 7. Pallia Med Verlag, Bonn 1997
- KLOKE, Marianne / DE STOUTZ Noémie: *Symptomorientierte onkologische Therapie*, Springer, Berlin Heidelberg 1999
- Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 95: *Palliativeinheiten im Modellprogramm zur Verbesserung der Versorgung Krebskranker*. Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 1997
- LUGTON, Jean / KINKLEN, Margeret: *The Nursing Role*, Churchill Livingstone, 1999
- FALLON, Marie / O'NEILL Bill, *ABC of Palliative Care*, BMJ Books, London, 1998
- HUSEBÖ, Stein: *Was bei Schmerzen hilft*, Herder 1999
- TWYCROSS, Robert: *Symptomatische Therapie bei fortgeschrittener Krebserkrankung*. Ullstein Mosby Verlag, Berlin Wiesbaden 1997
- DOYLE, Derek: *Hauspflege bei unheilbar Kranken*. Ein Leitfaden für Ärzte und Pflegepersonal. Thieme Verlag, Stuttgart 1990
- World Health Organization, Technical Report Series 804: *Cancer pain relief and palliative care*. Geneva 1990
- NEUBERGER, Julia: *Die Pflege Sterbender unterschiedlicher Glaubensrichtungen*. Ullstein Mosby, Berlin / Wiesbaden 1995
- Palliativpsychologie:**
- LUGTON, Jean: *Kommunikation mit Sterbenden und ihren Angehörigen*, Ullstein Mosby, Berlin/ Wiesbaden 1997
- KAST, Verena, *Trauer*, Phasen und Chancen eines psychischen Prozesses, Kreuz, Zürich 1982
- LÜCKEL, Kurt: *Begegnung mit Sterbenden*. „Gestaltseelsorge“ in der Begleitung sterbender Menschen. Kaiser / Grünwald, München / Mainz 1981
- SPIEGEL-RÖSING, Ina, PETZOLD, Hilarion *Die Begleitung Sterbender*, Theorie und Praxis der Thanatotherapie, Junfermann, Paderborn 1984 (vergriffen)
- RATSAK, Gerda / SCHIEBEL-PIEST, Bettina: *Psychoonkologie für Krankenpflegeberufe*. Ein Lernprogramm. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1992
- EISSLER, Kurt R., *Der sterbende Patient - Zur Psychologie des Todes*, Frommann-Holzboog, Stuttgart- 1978

Palliative Care, Sterben Tod und Trauer:

- HELLER, Andreas / HEIMERL Katharina / HUSEBOE Stein: *Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun*, Lambertus, Freiburg im Breisgau 1999
- FÄSSLER-WEIBEL, Peter, *Wenn Kinder sterben*, Paulusverlag Freiburg 1993
- FÄSSLER-WEIBEL, Peter, *Nahe sein in schwerer Zeit : zur Begleitung der Angehörigen von Sterbenden* - 2. Aufl. - Paulusverlag Freiburg 1991
- FÄSSLER-WEIBEL, Peter, *Gelebte Trauer: vom Umgang mit Angehörigen bei Sterben und Trauer*, Paulusverlag, Freiburg 1991
- KÜBLER-ROSS, Elisabeth: *Interviews mit Sterbenden* (17. Aufl.). GTB, Gütersloh 1996
- MÜLLER, Monika, SCHNEGG M., *Unwiederbringlich - vom Sinn der Trauer : Hilfen bei Verlust und Tod*, Herder Freiburg i. B., 1997
- ARIÈS, Philippe: *Geschichte des Todes* (8. Aufl.). dtv, München 1997
- NULAND, Sherwin B.: *Wie wir sterben. Ein Ende in Würde?* Kindler, München 1994
- CANACAKIS Jorgos, *Ich begleite dich durch deine Trauer*, Kreuz Verlag, 1990
- DE HENNEZEL, Marie: *Den Tod erleben*, Bastei Lübbe, Bergisch Gladbach 1996
- IMHOF, Arthur E.: *Die Kunst des Sterbens : wie unsere Vorfahren sterben lernten ; Impulse für heute*; Buch mit CD-ROM / Hirzel, Stuttgart :, 1998.
- ZINK, Jörg, *Trauer hat heilende Kraft*, 14. Aufl. - Kreuz- Verlag Stuttgart, 1994
- ELIAS, Norbert, *Über die Einsamkeit der Sterbenden*, Bibliothek Suhrkamp, Frankfurt 1991
- CONDRAU, Gion: *Der Mensch und sein Tod. Certa moriendi condicio*. Kreuzverlag, Zürich 1991
- TOLSTOJ, Leo, *Der Tod des Ivan Iljitsch*, Reclam, Stuttgart, 1992
- KNEIHS, Benjamin: *Grundrechte und Sterbehilfe*, Verlag Österreich, Wien 1998

Hospizbewegung und Organisationsformen

- HELLER, Andreas (Hrsg.): *Kultur des Sterbens. Bedingungen für das Lebensende gestalten*. Lambertus, Freiburg im Breisgau 1994
- BEUTEL, Helmut / TAUSCH, Daniela (Hg): *Sterben – eine Zeit des Lebens. Ein Handbuch der Hospizbewegung* (4. Aufl.). Quell, Stuttgart 1996
- SAUNDERS, Cicely: *Hospiz und Begleitung im Schmerz*. Herder, Freiburg im Breisgau 1993
- STUDENT, Johann-Christoph, *Das Hospizbuch*, Lambertus, Freiburg, 1991

Fachzeitschriften:

- Palliative Medicine, A multiprofessional journal. ISSN: 0269-2163
- Journal of Pain and Symptom Management. ISSN: 0885-3924
- Journal of Palliative Care, ISSN-0-825-8597
- Infokara: Fachzeitschrift der Schweizerischen Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung. ISSN: 1422-3740
- Hospiz Informationsdienst. Verleger und Herausgeber: Malteser-Hilfsdienst. ISSN 0944-3517
- European Journal for Palliative Care - Internetadresse: <http://www.ejpc.co.uk/ejpc.online>
- Eine *deutschsprachige* Zeitschrift für Palliativmedizin wird voraussichtlich mit Ende 2000 erscheinen

ADRESSEN - HOSPIZBEWEGUNG UND PALLIATIVMEDIZIN:Dachverband von Initiativen für Sterbebegleitung

Hospiz Österreich - Menschenwürde bis zuletzt
Lainzerstraße 138
1130 Wien
Tel.: 01/803 98 68, Fax: 01/ 804 97 43
Vorsitzende: Mag. Hildegard Teuschl
Email: kard.koenig.akademie@asn.netway.at

Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz - BAG Hospiz

Renkerstraße 45
D-52355 Düren
Tel.: 0049/2421/599472, Fax: 0049/2421/599473

Hospizbewegung Slowenien

Neubergerjeva 4
SLO-61000 Ljubljana
Tel.:00386/61/1371284

IFF – Palliative Care und Organisationales Lernen

Westbahnstraße 40/6, 1070 Wien
ab. 20.3.: Schottenfeldgasse 29/4. Stock, 1070 Wien
Tel.: 01/5269688, Fax: 01/5269688-18
<http://www.univie.ac.at/iffpallorg/>
email: pallorg.iff@univie.ac.at

Österreichische Palliativgesellschaft - OPG

Jagdschloßgasse 59
1130 Wien
Präsident: Dr. Franz Zdrahal
Tel.: 01/80110-3482, Fax: 01/80110-3803
Email: zdra@ping.at

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin

Von-Hompesch-Straße 1
D-53123 Bonn
Präsident: Univ.Prof. Dr. Eberhard Klaschik
Tel.: 0049/228/6481361, Fax: 0049/228/6481851

Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin

Kantonsspital Haus 60
CH-9007 St.Gallen
Präsidentin: Dr. Irène Bachmann-Mettler
Tel. 0041/71/494 25 46, Fax: 0041/71/494 61 51

European Association for Palliative Care - EAPC

Instituto Nazionale dei Tumori
Via Venezian 1
I-20133 Milano
Tel.: 0039/02/2390792, Fax: 0039/02/70600462
Email: eapc@institutotumori.mi.it
Website: www.eapcare.org

LINKS ZU HOSPIZBEWEGUNG UND PALLIATIVMEDIZIN:
--

Nachfolgend finden Sie eine Auswahl von Internetadressen zum Thema Hospiz, Palliativmedizin, überwiegend mit weiterführenden Links.

Growth House: Guide To Death, Dying, Grief, Bereavement and End Of Life Resources
 <http://www.growthhouse.org/>
Sehr gute Website mit viel Material, eigene Suchmaschine, Newsletters

Edmonton Palliative Care Program:
 <http://www.palliative.org/>
Vorbildliche kanadische Website mit viel Informationen und Links

National Council for Hospice and Palliative Care Services
 <http://www.hospice-spc-council.org.uk/indexf.htm>
Hervorragende Website über Palliativmedizin und Hospiz in GB

St. Christopher's (UK):
 <http://www.kcl.ac.uk/kis/schools/kcsmd/palliative/top.htm>
Gut geführte vielfältige Website des Mutterhauses der Hospizbewegung

Hospiz.net <http://www.hospiz.net/>
Web-Site der deutschen Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz

Hospiz Österreich: <http://www.hospiz.at>
Das österreichische Pendant steht voraussichtlich Ende April 2000 unter dieser Adresse im Netz

Der gesellschaftliche Umgang mit Sterben und Tod
 <http://www.fes.de/fulltext/asfo/00233toc.htm>

The Hospice Homepage..... <http://www.scu.edu/Hospice/>
Interessant wegen der umfangreichen Sammlung

International Hospice Institute and College
 <http://www.hospicecare.com/>
Mit vielen Infos über die internationale Situation

Children's Hospice International
 <http://www.chionline.org/>
Größte Website über Hospize und Palliativbetreuung für Kinder

Last Acts: <http://www.lastacts.org/>
Die größte amerikanische Plattform für die Verbesserung der Betreuung in der letzten Lebensphase