

Diplomarbeit

Aufnahmekriterien für die stationäre Behandlung auf der Palliativstation Graz

Evaluation der geltenden Aufnahmekriterien im Vergleich mit einer norwegischen Palliativstation

eingereicht von

Astrid Johanna Hiebaum

25.09.1987

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktorin der gesamten Heilkunde

(Dr. med. univ.)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt an der

Universitären Palliativmedizinischen Einrichtung

Univ. Klinik für Innere Medizin Graz

unter der Anleitung von

Univ.-Prof. Dr. Hellmut Samonigg

Ass. Dr. Michael Stotz

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am 6. Februar 2014

Astrid Hiebaum

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei meinem Erstbetreuer Dr. med. univ. Michael Stotz, der mir während des gesamten Entstehungsprozesses stets mit kompetentem Rat zur Seite gestanden ist, und Herrn Univ.- Prof. Dr. med. univ. Hellmut Samonigg für die Betreuung der Diplomarbeit bedanken.

Mein größter Dank gilt aber meinen Eltern Alexandra und Manfred, die mir dieses Studium ermöglicht und mich über die Jahre liebevoll unterstützt haben.

Ich danke meiner Schwester Helene, meiner Familie und meinen Freunden, die mich auf diesem Weg begleitet haben.

Zusammenfassung

Die Palliativmedizin hat sich in Österreich mittlerweile als wichtiges Teilgebiet der Medizin etabliert. Im letzten Jahrzehnt konnten große Fortschritte im flächendeckenden Auf- und Ausbau von Palliativeinheiten verzeichnet werden. Optimierung und Weiterentwicklung der vorhandenen Versorgungsstruktur ist Schwerpunkt der nächsten Jahre.

Das Ziel meiner Diplomarbeit war es, durch eine retrospektive Datenanalyse der tatsächlichen Aufnahmegründe der stationären Patientinnen und Patienten der „Universitären Palliativeinrichtung Graz“ im Jahr 2011 einen Vergleich mit den schriftlichen vorformulierten bestehenden Aufnahmekriterien für diese Einrichtung herzustellen.

Des Weiteren sollte ein Vergleich der gegebenen Aufnahmekriterien mit norwegischen Palliativeinrichtungen gezogen werden. Durch diese retrospektive Analyse sollen in weiterer Folge Schlüsse für eine allfällige bessere Einhaltung oder aber Modifikation der vordefinierten Aufnahmekriterien an der UPE vorgeschlagen werden.

Abstract

Palliative medicine has recently become a growing field in medicine with in Austria. In the last decade, there have been leaps of progress in the development of palliative facilities in all locations. The goal for the coming years is the improvement and advancement of available patient- centered care.

The aim of my thesis is a comparison between the actual and the before defined criteria for admission of in-clinic patients of the Palliative Care Unit Graz. This will be achieved through a retrospective analysis of data collected in 2011.

Furthermore, the criteria for admission of in-clinic patients will be compared with the ones present in the Norwegian system. This analysis should result, if necessary, in suggestions for a better adherence to the existing criteria. In addition, recommendations for improvement for the existing criteria for hospitalization will be proposed.

INHALT

Glossar und Abkürzungen	9
Abbildungsverzeichnis	10
Tabellenverzeichnis	11
1. Einleitung	12
2. Überblick über die Palliativmedizin	15
2.1. Definition	15
2.2. Gegenüberstellung von kurativer und palliativer Therapie	16
2.3. Hospiz und Palliativ – Unterschiede und Gemeinsamkeiten	16
2.3.1. Entwicklung in Österreich	17
2.3.2. Unterschiede Hospiz und Palliativmedizin	18
2.4. Ziele der Palliativmedizin	20
3. Palliative Versorgungsstruktur in Österreich	21
3.1. Epidemiologie	21
3.2. Auf- und Ausbau	21
3.3. Konzept der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung	21
3.4. Prozesshandbuch für Hospiz- und Palliativeinrichtungen	22
3.5. Versorgungsstruktur	22
3.6. Grundversorgung	23
3.6.1. Hausarzt	24
3.6.2. Mobile Pflegedienste	24
3.7. Spezialisierte Versorgung	24
3.7.1. Hospizarbeit	25
3.7.2. Stationäres Hospiz	25
3.7.3. Tageshospiz	26
3.7.4. Palliativkonsiliardienst	26
3.7.5. Mobiles Palliativteam	27
3.7.6. Palliativstation	27
3.8. Strukturqualitätskriterien	28
3.9. Zugangskriterien für die Palliativstation	30
3.10. Aufnahmekriterien	31
3.11. Aufnahmekriterien der UPE Graz	31
4. Besondere Aspekte der Palliativmedizin	33

4.1. Ausbildung in Österreich	33
4.2. Palliative Geriatrie.....	34
4.3. Palliative Pädiatrie.....	35
4.3.1. Besonderheiten der palliativen Pädiatrie	35
4.3.2. Ausblick	36
4.4. Familienhospizkarenz.....	36
4.5. Patientenverfügungsgesetz	37
4.6. Pflegegeld.....	37
5. Versorgung Steiermark.....	39
5.1. Pilotprojekt „Stationäre Palliativbetreuung“	39
5.1.1. Ergebnisse	40
5.2. Aktuelle Versorgungskapazitäten	40
5.2.1. Freiwilligenarbeit.....	41
5.3. Universitäre Palliativmedizinische Einrichtung am LKH Universitätsklinikum Graz	42
5.3.1. Lehre	43
5.3.2. Forschung.....	43
5.3.3. Aufenthaltsdauer	43
6. Norwegen	45
6.1. Entwicklung	45
6.2. Versorgungsstruktur	45
6.3. Palliativstation der Universitätsklinik Trondheim	46
6.3.1. Lehre	47
6.3.2. Aufnahmekriterien	48
7. Methoden.....	49
7.1. Studienaufbau.....	49
7.2. Durchführung	49
7.3. Statistische Auswertung	50
8. Ergebnisse.....	51
8.1. Zuweiser.....	51
8.2. Alter und Geschlecht.....	51
8.3. Aufnahmegrund/ Geschlechterverteilung	52
8.4. Tumorentität/ Geschlechterverteilung.....	55
8.5. Metastasen.....	57

8.6. Aufenthaltsdauer Geschlecht/ Aufnahmegrund	58
8.7. Häufigkeit der stationären Aufnahmen	59
9. Diskussion	60
Literaturverzeichnis	65
Anhang	69

Glossar und Abkürzungen

DRG	Diagnosis related groups
DHÖ	Dachverband Hospiz Österreich
EAPC	European Association for Palliative Care
FH OÖ	Fachhochschule Oberösterreich
GÖG	Gesundheit Österreich G.m.b.H.
HPC	Hospice Palliative Care
KAGes	Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
LKH	Landeskrankenhaus
NYHA	New York Heart Association
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheit
ÖKAP/ GGP	Österreichischer Krankenanstalten- und Großgeräteplan
ÖP	Österreichische Palliativgesellschaft
ö.S.	österreichischer Schilling
PEG- Sonde	Perkutane endoskopische Gastrostomie- Sonde
SKAFF	Steiermärkische Krankenanstaltenfinanzierungsfonds
STZ	Sozialtherapeutisches Zentrum
UPE	Universitäre Palliative Einrichtung
VZÄ	Vollzeitäquivalent

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:Entwicklung der Hospiz- und Palliativeinrichtungen in Österreich 1989- 2011	13
Abbildung 2:Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung	23
Abbildung 3:Strukturqualitätskriterien- Palliativstation	29
Abbildung 4: Von der Anfrage bis zur Aufnahme	32
Abbildung 5: Hospiz- und Palliativeinrichtungen in der Steiermark	41
Abbildung 6: Altersverteilung der stationären Patientinnen/ Patienten	52
Abbildung 7: Häufigkeit der stationären Aufenthalte pro Patientin/ Patient	59

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Überblick über alle Einrichtungen in Österreich 2011	25
Tabelle 2: Zuweiser	51
Tabelle 3: Aufnahmegrund 1	53
Tabelle 4: Aufnahmegrund 2	53
Tabelle 5: Aufnahmegrund 3	54
Tabelle 6: Die fünf häufigsten Aufnahmegründe bei Männern und Frauen.....	55
Tabelle 7: Tumorentitäten	56
Tabelle 8: Die fünf häufigsten Tumorentitäten bei Männern und Frauen.....	56
Tabelle 9: Metastasenlokalisierung	57
Tabelle 10: Aufenthaltsdauer in Tagen nach Geschlecht	58
Tabelle 11: Aufenthaltsdauer nach Aufnahmegrund	58

1. Einleitung

Die Palliativmedizin hat sich in den letzten Jahren als wichtiges Teilgebiet der Medizin etabliert. War es früher normal, kranke Menschen am Lebensende im Familienverband zu Hause zu betreuen, ist dies heute eher die Ausnahme. Obwohl ein Großteil der Menschen zu Hause sterben will, sehen sich Angehörige oft nicht mehr im Stande, ihren Verwandten diesen Wunsch zu erfüllen. Sie fühlen sich den Anforderungen hinsichtlich der Pflege ihrer Angehörigen nicht gewachsen. Auch der Mehrkostenaufwand stellt in vielen Fällen eine große Hürde für die häusliche Betreuung dar. Geringer Familienzusammenhalt und vermehrte Erwerbstätigkeit von Frauen sind weitere Faktoren für die Verschiebung der Pflege in verschiedene Einrichtungen. (1)

Die palliativmedizinische Versorgung bezieht sich derzeit hauptsächlich auf onkologische Patientinnen/ Patienten, eine Ausweitung auf andere Erkrankungen wird angestrebt. (2) Die demographischen Prognosen zeigen, dass unsere Gesellschaft immer älter wird. Mit zunehmendem Alter steigt auch die Inzidenz für Tumorerkrankungen, wodurch die Nachfrage nach kompetenter Palliativmedizin und -pflege in den nächsten Jahren weiter ansteigen wird.

Im ersten Teil meiner Diplomarbeit beschreibe ich die Entwicklung und derzeitige Situation der palliativmedizinischen Versorgungsstruktur in Österreich mit besonderer Berücksichtigung des Landes Steiermark.

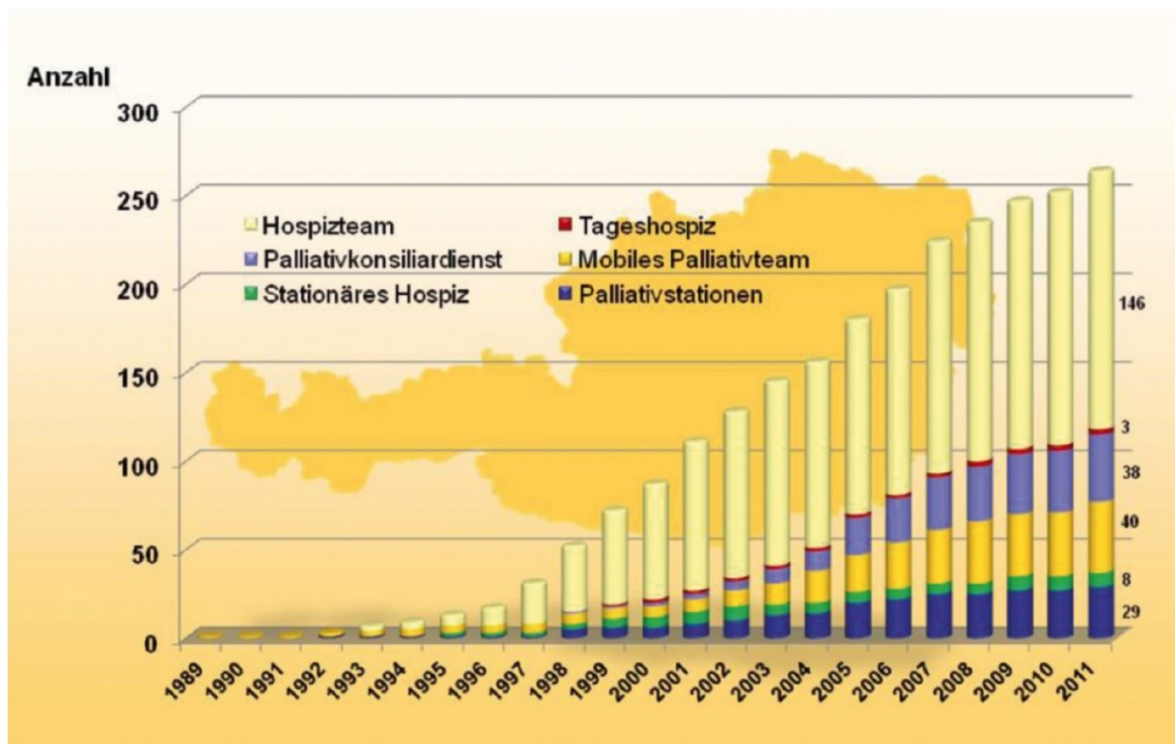


Abbildung 1: Entwicklung der Hospiz- und Palliativeinrichtungen in Österreich 1989-2011 (3)

Auf der UPE Graz stehen derzeit 12 Betten für die palliativmedizinische Behandlung von Patienten zur Verfügung. Betrachtet man die Aufnahmekriterien an der Universitären Palliativmedizinischen Einrichtung sowie die Anzahl der palliativmedizinischen Konsilien und die externe Versorgung der Patientinnen/ Patienten über das Mobile Palliativteam, so ergibt sich, dass der gegebene Bedarf durchwegs gedeckt werden kann. (4) Wie in jeder stationären Einrichtung kann es naturgemäß kurzzeitig zu Engpässen hinsichtlich der Patientenaufnahmekapazität kommen, dies ist jedoch in aller Regel ein Ausnahmefall.

Ralph Grossmann beschreibt in seinem Buch „Intelligentes Krankenhaus“ den Aufbau einer Versorgungsstruktur in zwei Schritten. Im ersten werden die Rahmenbedingungen von Politik und Gesetzgeber geschaffen, die dafür notwendigen Mittel und Ressourcen zur Verfügung gestellt und die Entwicklung beeinflusst und gelenkt. Die tatsächliche Gestaltung des Systems erfolgt jedoch erst im zweiten Schritt als interner Beitrag aus dem System heraus. Das beinhaltet die Optimierung der Organisationsentwicklung und die Veränderung von Prozessen in komplexen Organisationen. (5)

Im ersten Schritt konnten in Österreich im letzten Jahrzehnt im flächendeckenden Auf- und Ausbau von Palliativeinheiten große Fortschritte verzeichnet werden. Ebenso wurde durch interne strukturelle Optimierungsprozesse und großes Engagement der Mitarbeiterinnen/ Mitarbeiter bzw. Verantwortungsträger der palliativmedizinischen Einrichtungen die Patientenversorgung deutlich verbessert.

In Norwegen ist die Versorgungsstruktur durch eine lange palliativmedizinische Tradition ebenso gut ausgebaut und darüber hinaus gibt es eine umfassende Forschungstätigkeit.

Im zweiten Teil der Diplomarbeit werden die Ergebnisse der retrospektiven Datensammlung präsentiert. Hierfür wurden alle an der UPE stationär befindlichen Patientinnen/ Patienten des Jahres 2011 eingeschlossen.

Das Ziel meiner Diplomarbeit war es, durch eine retrospektive Datenanalyse der tatsächlichen Aufnahmegründe der stationären Patientinnen und Patienten der „Universitären Palliativeinrichtung Graz“ im Jahr 2011 einen Vergleich mit den schriftlichen vorformulierten bestehenden Aufnahmekriterien für diese Einrichtung herzustellen. Des Weiteren sollte ein Vergleich mit den gegebenen Aufnahmekriterien norwegischer Palliativeinrichtungen gezogen werden. Durch diese retrospektive Analyse sollen in weiterer Folge Schlüsse für allfällige bessere Einhaltung oder aber eine Modifikation der vordefinierten Aufnahmekriterien an der UPE vorgeschlagen werden.

2. Überblick über die Palliativmedizin

2.1. Definition

Die WHO definiert Palliativmedizin als *„die aktive Behandlung von Patientinnen/ Patienten mit einer progredienten, weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf eine kurative Behandlung anspricht und die Beherrschung von Schmerzen, anderen Krankheitsbeschwerden, psychologischen, sozialen und spirituellen Problemen höchste Priorität besitzt.“* (6)

Der Begriff Palliativmedizin wird häufig im falschen Kontext verwendet, denn streng genommen versteht man darunter nur die ärztliche Untersuchung und Behandlung. Für die ganzheitliche Behandlung der Patientin/ des Patienten in all ihren Dimensionen hat sich deswegen im deutschsprachigen Raum der Begriff Palliativpflege beziehungsweise Palliative Care durchgesetzt. *„Palliative Care ist ein Ansatz, mit dem die Lebensqualität der Patientinnen/ Patienten und ihrer Familien verbessert werden soll, wenn sie mit einer lebensbedrohlichen Krankheit und den damit verbundenen Problemen konfrontiert sind. Dies soll durch Vorsorge und Linderung von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen und fehlerlose Erfassung und Behandlung von Schmerzen und anderen physischen, psychosozialen und spirituellen Problemen erfolgen.“* (7)

An dieser Stelle muss jedoch festgehalten werden, dass die oben genannten Definitionen keineswegs einheitlich verwendet werden und bis dato keine einheitliche feststehende Terminologie bzw. Begriffsdefinition vorhanden ist. So werden best supportive care, palliative care, Palliation, end of life care usw. oftmals synonym oder zum Teil sogar widersprüchlich verwendet. Eine große Herausforderung in diesem Kontext, vor allem hinsichtlich der Vereinfachung bzw. Standardisierung von Forschungstätigkeit, ist die Vereinheitlichung bzw. Präzisierung der vorhandenen Begriffe. (8, 9)

2.2. Gegenüberstellung von kurativer und palliativer Therapie

Bei dem kurativen Ansatz steht die Genesung der Patientin/ des Patienten im Mittelpunkt, weswegen eine vorübergehende Einschränkung der Lebensqualität durch Nebenwirkungen tumorspezifischer, medikamentöser Therapien oder aber operative Eingriffe sowie Strahlentherapien eher in Kauf genommen wird. Im Gegensatz dazu wird bei einer palliativen Therapie die organmedizinische Heilung der Patientin/ des Patienten nicht mehr angestrebt. Vielmehr ist es das Ziel der palliativmedizinischen Betreuung, dass die Lebensqualität der Patientin/ des Patienten so lang wie möglich aufrechterhalten bleibt und nach Möglichkeit die Lebenszeit der Patientin/ des Patienten verlängert wird. Cicely Saunders formuliert: „Es geht in der Palliativmedizin nicht darum, dem Leben mehr Tage, sondern den Tagen mehr Leben zu geben.“ Mit einer adäquaten Betreuung und der zur Verfügung stehenden Infrastruktur können mittlerweile viele Patientinnen/ Patienten und Angehörige während der gesamten Zeit der chronischen Erkrankung und insbesondere im letzten Lebensabschnitt gut betreut werden. Von vielen wird dies als „wertvolle Zeit“ empfunden. 2002 hat die WHO die Definition der Palliativmedizin erweitert und empfiehlt die Linderung spezifischer Probleme und Krisenintervention schon in früheren Stadien der Erkrankung. (10)

2.3. Hospiz und Palliativ – Unterschiede und Gemeinsamkeiten

Palliative Betreuung ist eigentlich die älteste Disziplin in der Medizin und keine Entwicklung der letzten Jahrzehnte. (2) Sehr lange Zeit waren die Linderung von Symptomen, die Pflege und Sterbebegleitung die einzigen Möglichkeiten eine Patientin/ einen Patienten aktiv zu unterstützen, da das Wissen über die Entstehung von Krankheiten und deren Behandlung fehlen. Im Mittelalter wurde diese Aufgabe in Europa vor allem von christlichen Hospitalorden übernommen, das erste Hospiz wurde 1842 in Frankreich erwähnt. In ähnlichen Einrichtungen wurden jedoch schon bei den Römern Bedürftige versorgt und gepflegt. (10) Das lateinische Wort „hospitium“ bedeutet Herberge, Gastfreundschaft. (11)

Erst durch die großen naturwissenschaftlichen Fortschritte im 20. Jahrhundert wurde die Palliativmedizin in den Hintergrund gedrängt. (2) Der Fokus der Ärztinnen/ Ärzte und

Krankenhäuser lag auf der Heilung der Patientin/ des Patienten. Es entstand der Irrglaube von der Allmacht der Medizin und der Tod wurde zum Tabu, da er doch ganz klar die Grenzen der Medizin und der Ärztinnen/ Ärzte aufzeigte. (12) Dies wurde von vielen Medizinerinnen/ Mediziner auch als eine persönliche Niederlage empfunden, da es nicht dem Bild der breiten Bevölkerung von einer/ einem allwissenden Doktorin/ Doktor entsprach. (10)

Unheilbar Kranke und Sterbende bekamen wenig Aufmerksamkeit, notwendige Plätze in Krankenhäusern und medizinischen Einrichtungen fehlten. Aufgrund dieser Missstände entwickelte sich zu Beginn der 60er Jahre, ausgehend von dem Engagement von Cicely Saunders und Elisabeth Kübler- Ross, eine moderne Hospizbewegung. (13)

Durch ihre Arbeit als Krankenschwester und später als Ärztin erkannte Cicely Saunders den Handlungsbedarf und gründete 1967 das St. Christopher's Hospice, in dem Patientinnen/ Patienten sowohl stationär als auch ambulant versorgt wurden.

In den Vereinigten Staaten und in Kanada entwickelten sich Mitte der 70er Jahre ähnliche Institutionen. (13)

Die Psychiaterin Elisabeth Kübler- Ross trug mit ihrem Buch „Interviews mit Sterbenden“ maßgeblich zu einem Umdenken in der Gesellschaft bei. Zu Beginn wurde die Arbeit der Hospizbewegung häufig mit Euthanasie verwechselt und die christlich geprägte Bevölkerung stand ihr skeptisch gegenüber. Allmählich erfolgte jedoch die Integration der Palliativmedizin und -pflege in die moderne Medizin und das notwendige Bewusstsein wurde geschaffen. (13)

Mittlerweile ist die Unterstützung durch Wohlfahrt, ehrenamtliche und kirchliche Einrichtungen in der Betreuung der Patientinnen/ Patienten unerlässlich geworden. (12)

2.3.1. Entwicklung in Österreich

Mitte der 80er- Jahre etablierte sich die Hospizbewegung in Österreich durch die Initiative einer Gruppe um Schwester Hildegard Teuschl, Leiterin der Lehranstalt für Sozialberufe der Caritas in Wien. Die Kirche war maßgeblich an der Verbreitung des Hospizgedankens

beteiligt: In kirchlichen Gemeinden wurden erste Selbsthilfe- und Trauergruppen organisiert, Informations- und Fortbildungsveranstaltungen abgehalten und Institutionen wie das Diakoniewerk und der Caritasverband eröffneten erste ambulante Pflegeeinrichtungen. (12)

1988 erregte die Tötung von schwerkranken, alten Menschen durch Pflegepersonal im Krankenhaus Lainz mediale Aufmerksamkeit. Das Thema wurde nun erstmals in der Öffentlichkeit diskutiert und eine Veränderung des Systems gefordert. (12)

1992 konnte in Wien die erste stationäre Hospizeinrichtung im Krankenhaus „Göttlicher Heiland“ eröffnet werden. 1993 wurde der Dachverband „Hospiz Österreich“ und der „Hospizverein Steiermark“ gegründet. Ziel war es, sich mit den Themen Leben, Sterben, Tod und Trauer auseinanderzusetzen. Die Sterbende/ der Sterbende soll nicht allein gelassen werden, Angehörige sollen ausreichend Unterstützung in der Bewältigung dieser schwierigen Phase erhalten. Das Behandlungsspektrum wurde durch Angebote wie Hausbetreuungsdienste, Hinterbliebenenbegleitung oder Fortbildung kontinuierlich erweitert. Es erfolgte die Gründung von mobilen Hospizteams in allen neun Bundesländern.

1998 ist das Gründungsjahr der österreichischen Palliativgesellschaft. (12) Nach der Pionierphase begann 1999 die Aufbauphase mit den ersten Schritten zur legislativen Umsetzung einer flächendeckenden palliativmedizinischen Versorgungsstruktur. 2005 wurde mit der Einigung über die Organisation und Finanzierung zwischen Bund und Ländern die Ausbauphase eingeleitet. Das am 9.11.2012 veröffentlichte Prozesshandbuch soll nun die Qualitätssicherung fördern. (14)

2009 war Wien Gastgeber des 11. Kongresses der EAPC, der unter dem Motto „Committed to people“ stand. Insgesamt 3000 Expertinnen/ Experten aus dem In- und Ausland konnten auf der dreitägigen Veranstaltung begrüßt werden. (15)

2.3.2. Unterschiede Hospiz und Palliativmedizin

Obgleich landläufig „Hospiz“ und „Palliativ“ oftmals synonym verwendet werden, gibt es doch grundlegende Unterschiede. Vorrangige Aufgabe der Palliativmedizin ist die medizinische Betreuung schwerstkranker Patientinnen/ Patienten und Symptomkontrolle in

ihrer letzten Lebensphase. Um dieses Ziel zu erreichen, werden mögliche therapeutische Interventionen (Gastroskopie, Gefäßstents, Lasertherapie, Nervenblockaden, Punktionen uvm.) im Kontext der potentiellen Lebensqualitätverbesserung kritisch hinterfragt und ggf. durchgeführt. Dabei erstreckt sich die Hilfe nicht nur auf hospitalisierte Patientinnen/ Patienten, sondern auch auf Patientinnen/ Patienten, die zuhause oder in Pflegeeinrichtungen untergebracht sind. Darüber hinaus werden Patientinnen/ Patienten und Angehörige umfassend durch ein multiprofessionelles Team von diplomierten Krankenschwestern/-pflegern, Physiotherapeutinnen/ Physiotherapeuten, Psychologinnen/ Psychologen und Sozialarbeiterinnen/ Sozialarbeiter betreut bzw. unterstützt. Die Berücksichtigung kultureller, religiöser und individueller menschlicher Bedürfnisse und Wünsche steht dabei besonders im Vordergrund, obgleich dies in allen medizinischen Bereichen der Fall ist, bzw. sein sollte. (16, 17)

Die vorrangige Aufgabe von Hospizen ist die Betreuung von Menschen in ihrer letzten Lebensphase ohne Schwerpunkt einer medizinischen Versorgung. Obgleich der Grundgedanke, Patientinnen/ Patienten die letzte Lebenszeit so „leidlos“ wie möglich zu gestalten der gleiche ist, ist der primäre Zugang doch ein anderer. Hauptaufgabe der Hospizbewegung bzw. von stationären Hospizen ist die persönliche, soziale und ggf. spirituelle Betreuung von Personen, die in erster Linie keine ärztliche, sondern viel mehr pflegerische Betreuung aufgrund ausgeprägter körperlicher Einschränkungen benötigen. Die Multiprofessionalität ist aber auch in Hospizen gegeben und keinesfalls fehlt es hier bei Bedarf an ärztlicher Betreuung. Allerdings ist dies wie bereits beschrieben nicht die Kernaufgabe. Eine grundsätzliche Abgrenzung zwischen Palliativmedizin und Hospizbetreuung ist somit zwischen der Versorgungsintention und dem strukturellen Aufbau gegeben. Nichtsdestotrotz ist die absolute praktische Trennung aufgrund der vielen Gemeinsamkeiten weder zielführend noch praktikabel, da die Bereiche oftmals ineinander übergreifen und sich naturgemäß auch gegenseitig in der oftmals schwierigen Betreuung terminal kranker Menschen unterstützen. (16, 17)

2.4. Ziele der Palliativmedizin

- Exzellente Schmerz- und Symptomkontrolle
- Integration der psychischen, sozialen und seelsorgerischen Behandlungsbedürfnisse bei der Krankheit und beim Sterben
- Akzeptanz des Todes als Teil des Lebens
- Kompetenz in der Kommunikation und Ethik (18)

Eine Veränderung weg von einem „high personal, low tech“- hin zu einem „high personal, high tech“-Ansatz sieht der Präsident der deutschen Palliativgesellschaft, Professor Dr. Friedemann Nauk, denn durch Stents, Operationen und Bestrahlungen kann die Lebensqualität auch noch am Lebensende stark verbessert werden. (18) Dennoch ist eine Kernaufgabe der Palliativmedizin, die Patientin/ den Patient vor unnötigen oder nicht zielführenden Eingriffen zu schützen, ganz im Sinne des Wortes pallium (lat. Mantel). (19) Der enorme Fortschritt in der Medizin in den letzten Jahren hat vieles möglich gemacht. Gerade deswegen ist es eine große Herausforderung für jede Palliativmedizinerin/ jeden Palliativmediziner (eigentlich für jede Medizinerin/ jeden Mediziner), zwischen dem was möglich ist und dem was sinnvoll ist, zu unterscheiden.

3. Palliative Versorgungsstruktur in Österreich

3.1. Epidemiologie

Durch die steigende Lebenserwartung der Bevölkerung erhöht sich die Inzidenz für Erkrankungen, die gehäuft im höheren Lebensalter vorkommen, andererseits verlängert sich die Krankheits- und Pflegephase im Leben eines Menschen. Über 75% aller Verstorbenen des Jahres 2012 waren über 70 Jahre alt. Mit 42,7% sind Herz- Kreislauf- Erkrankungen die häufigste Todesursache, gefolgt von malignen Tumorerkrankungen mit 25,2%. In der Gruppe der 40- bis 70-Jährigen ist eine Krebserkrankung die häufigste Todesursache. (20)

Im internationalen Vergleich liegt die Lebenserwartung in Österreich im Spitzenfeld, die Zeitspanne an Lebensjahren ohne funktionelle Einschränkung oder chronische Erkrankung jedoch nur im Mittelfeld. (21)

3.2. Auf- und Ausbau

Unter dem Titel „Hospiz“ wurde 1999 die Palliativmedizin erstmals im ÖKAP/ GGP gesetzlich verankert. Dadurch fielen Palliativstationen bei der Abrechnung nun unter die Regelfinanzierung von Akutkrankenhäusern, wodurch die Errichtung und Erhaltung neuer Einheiten maßgeblich erleichtert wurde. (22)

Die Abrechnung war von Beginn an kompliziert, da man nach der LKF zwischen Behandlungs- und Pflegefall unterscheidet. Im Behandlungsfall werden die Kosten von der Krankenversicherung übernommen, während im Pflegefall die Patientin/ der Patient abhängig von der PflegegeldEinstufung einen gewissen Teil der Kosten selbst begleichen muss.(12)

3.3. Konzept der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung

In den Bundesländern entwickelten sich unterschiedliche Pläne für die Versorgungsstruktur, deswegen wurde 2004 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit von der ÖBIG

ein Plan für die bundesweite Vereinheitlichung der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung geschaffen. Darin wurde erstmals ein Konzept zum flächendeckenden Auf- und Ausbau von Palliativeinheiten in Akutkrankenhäusern vorgestellt und eine verbindliche Umsetzung vorgeschrieben. Langfristig sollten pro 1 Million Einwohner, 60 Betten auf palliativen Stationen und stationären Hospizen zur Verfügung stehen.(23)

„Die Betreuung der Patientinnen/ Patienten im Sinne des abgestuften Hospiz- und Palliativversorgungssystems führt zu einer Entlastung des Akutbereichs, sowohl die Dauer als auch die Häufigkeit des Krankenhausaufenthaltes kann somit reduziert werden.“ (23)

Eine Expertenrunde bestehend aus Vertretern von Bund, Land, Sozialversicherungen, Ärztekammer, dem Dachverband „Hospiz Österreich“ und der österreichischen Palliativgesellschaft, erstellte daraufhin ein Konzept der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung, das 2010 in den Gesundheitsplan integriert wurde. (23)

3.4. Prozesshandbuch für Hospiz- und Palliativeinrichtungen

Um die Qualitätssicherung und eine Weiterentwicklung in der Hospiz- und Palliativversorgung gewährleisten zu können, erstellte die GÖG mit der Unterstützung von DHÖ, ÖP und in enger Kooperation mit weiteren 60 Einrichtungen das Prozesshandbuch für Hospiz- und Palliativeinrichtungen, das Ende 2012 vorgestellt wurde. Das Prozesshandbuch soll den in diesem Bereich tätigen Einrichtungen als Orientierung und dem Personal beim Aufbau eines qualitativ vergleichbaren Standards innerhalb Österreichs als Empfehlung dienen.

3.5. Versorgungsstruktur

Die Betreuung der Kranken setzt sich aus vielen Bausteinen zusammen, was eine besonders gute Organisation notwendig macht. Um eine erfolgreiche Kooperation zu ermöglichen, müssen Aufgabengebiet, Zielgruppe und Zugangskriterien jeder Einheit präzise definiert werden. Erst dann können die einzelnen Bereiche untereinander vernetzt und die Patientinnen/ der Patienten der richtigen Versorgung zugeführt werden.

Grundversorgung		Spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung		
Traditionelle Dienstleister		Unterstützende Angebote		Betreuende Angebote
Akutbereich	Krankenhäuser	Hospizteams	Palliativ-konsiliardienste	Palliativ-stationen
			Stationäre Hospize	
Langzeitbereich	Alten- und Pflegeheime			Mobile Palliativteams
			Familienbereich, Zuhause	Niedergelassene (Fach)-Ärzeschaft, mobile Dienste, Therapeutinnen/Therapeuten ...

Abbildung 2: Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung (23)

Der Grundgedanke der Palliativmedizin ist in allen Ländern gleich. In der Praxis wird die Umsetzung auf unterschiedliche Art und Weise gelöst, was auf die verschiedenen Gesundheitssysteme zurückzuführen ist sowie auf große Unterschiede in den räumlichen Gegebenheiten eines Landes, denn eine ländlich geprägte Umgebung bedarf einer anderen Organisation als der Ballungsraum einer Großstadt. Des Weiteren beeinflussen die kulturellen Ausprägungen und religiösen Haltungen jedes Landes die Entwicklung von Organisationsformen sehr stark. (2)

3.6. Grundversorgung

Für die Grundversorgung ist in Österreich im Akutbereich das Krankenhaus zuständig, die Langzeitbetreuung fällt in den Zuständigkeitsbereich von Alten- und Pflegeheimen. 80 bis 90% aller Patientinnen/ Patienten fallen in diese Bereiche und werden durch niedergelassene Fachärztinnen/ Fachärzte und Therapeutinnen/ Therapeuten verschiedener Disziplinen unterstützt. (23)

3.6.1. Hausarzt

Die Hausärztin/ der Hausarzt übernimmt eine der wichtigsten Rollen in der Grundversorgung einer Palliativpatientin/ eines Palliativpatienten, sie/ er plant und überwacht die Behandlung der Patientin/ des Patienten, überweist sie/ ihn zu Therapeuten, außerdem werden Kenntnisse in Schmerztherapie und Symptomkontrolle von ihr/ ihm erwartet. Patientinnen/ Patienten und ihren Angehörigen dient sie/ er häufig als Ansprechpartnerin/ Ansprechpartner bei persönlichen Problemen, daneben unterstützt sie/ er diese bei rechtlichen Angelegenheiten wie Pflegegeld oder Kuranträgen und vermittelt ambulante Einrichtungen wie die Hauskrankenpflege. (2)

3.6.2. Mobile Pflegedienste

Zur Unterstützung der Pflege im häuslichen Bereich kann die Hauskrankenpflege, die von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegern sowie von Pflegehilfen durchgeführt wird, hinzugezogen werden. „Caritas Österreich“, „Diakonisches Werk Österreich“, „Österreichisches Hilfswerk“, „Österreichisches Rotes Kreuz“ und „Volkshilfe Österreich“ stehen in diesem Zusammenhang zur Verfügung. (24)

Die Anforderungen an die Hauskrankenpflege steigen ständig, denn komplexe Betreuungssituationen sind zunehmend der Normalfall und verlangen kompetente Pflege mit laufender Fortbildung und Veränderungen in der Struktur durch den Gesetzgeber. (25)

3.7. Spezialisierte Versorgung

Neben dem Grundversorgungsangebot mit Hausärztin/ Hausarzt und mobilen Pflegediensten steht eine spezialisierte palliativmedizinische Versorgung zur Verfügung. Im häuslichen Bereich kann das Mobile Palliativteam unterstützend zur Seite stehen, während in Krankenhäusern bei Bedarf der palliativmedizinische Konsiliardienst angefordert werden kann. Für längerfristige Betreuung können stationäre Hospize oder Tageshospize in Anspruch genommen werden, im Akutbereich gibt es Betten auf spezialisierten

Palliativstationen. Das Angebot wird durch das Hospizteam komplettiert, das in allen Bereichen tätig ist. (2,23)

Tabelle1: Überblick über alle Einrichtungen in Österreich 2011 (3)

	Ö	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W
Hospizteams	149	8	7	31	19	9	30	19	7	9
Pall. Konsilliardienst	38		3	15	5	1	10			4
MPT	42	5	3	10	3	4	9	3	1	3
Pall. Station	31	1	3	4	6	3	6	1	1	6
Stationäres Hospiz	9			7		1	1			
Tageshospiz	3					1	1			1

3.7.1. Hospizarbeit

Hospizarbeit wird größtenteils von freiwilligen Mitarbeiterinnen/ Mitarbeitern getragen, eine hauptamtliche Fachkraft ist mit der Koordination betraut. Hospizmitarbeiterinnen/ Hospizmitarbeiter sind im häuslichen Bereich, Pflegeheim oder Krankenhaus tätig, dadurch soll eine kontinuierliche Betreuung ermöglicht werden. Die Betreuung von Schwerkranken erfordert viel Einfühlungsvermögen und ein hohes Maß an Zuwendung, das vom Pflegepersonal wegen Zeitmangels oftmals nicht im ausreichenden Maß aufgebracht werden kann. Eine wertvolle Entlastung des Personals sind Hospizmitarbeiterinnen/ Hospizmitarbeiter, die sich um die psychosoziale Betreuung und emotionale Begleitung der Sterbenden und ihrer Angehörigen kümmern und somit die Lebensqualität der Patientinnen/ Patienten verbessern und den Umgang mit dem Tod erleichtern. (23)

3.7.2. Stationäres Hospiz

Die Aufgabe von stationären Hospizen ist die Pflege und Begleitung von Schwerkranken in der letzten Phase ihres Lebens. Die Zielgruppe sind Menschen, die keiner Behandlung im

Akutkrankenhaus bedürfen, aber deren Anforderungen in der Pflege im häuslichen Bereich oder Pflegeheim die Ressourcen übersteigen. Bei diesen Patientinnen/ Patienten ist aus medizinischer Sicht die Symptomatik komplex, pflegerisch reicht die Versorgung ambulant nicht aus und das psychosoziale Versorgungssystem ist dekompenziert. (23)

3.7.3. Tageshospiz

Das Tageshospiz ist in der Regel an eine stationäre Einrichtung angeschlossen und betreut Patientinnen/ Patienten tagsüber. Es wirkt als Bindeglied zwischen den verschiedenen Versorgungseinrichtungen und verringert somit stationäre Aufenthalte. Nach Krankenhausaufenthalten kann der Alltag im privaten Bereich durch zusätzliche Unterstützung sanfter gestaltet werden, bei einer Verschlechterung wiederum rasch die Indikation zu einer erneuten Aufnahme gestellt werden. (2)

Das Team der hauptberuflichen und ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen/ Mitarbeiter kümmert sich um das psychosoziale Wohlergehen und berät und begleitet sowohl die Patientin/ den Patienten als auch ihre/ seine Angehörigen. Es werden Beschäftigungstherapien angeboten, das gesellschaftliche Leben wird gefördert und die Patientin/ der Patient zu einem im Rahmen ihrer/ seiner Möglichkeiten selbstständigen Leben motiviert. Für die Angehörigen bedeutet das Tageshospiz eine Entlastung im Alltag und die Möglichkeit zum Austausch mit Gleichgesinnten in zusätzlich angebotenen Selbsthilfegruppen. (2,23)

3.7.4. Palliativkonsiliardienst

Der palliativmedizinische Konsiliardienst soll grundsätzlich für alle Krankenstationen sowie Ambulanzen einer Krankenanstalt zur Verfügung stehen. Konsiliardienstliche Tätigkeiten werden vom jeweils zuständigen Behandlungsteam angefordert. Hauptaufgabe ist die Beratung der Kolleginnen/ Kollegen in den Bereichen der Schmerztherapie, Symptomkontrolle, der ganzheitlichen Pflege und psychosozialen Begleitung. Das multiprofessionelle Team des Konsiliardiensts kann durch seine besondere Erfahrung auf diesen Gebieten unterstützend wirken. Durch die Expertise vor Ort ist eine Übernahme auf

eine spezialisierte Station oder die Aufnahme aus dem Pflegeheim oftmals nicht mehr notwendig, wenn doch, kann dies gezielt erfolgen. (23)

Der Palliativkonsiliardienst kann schon bei Diagnosestellung hinzugezogen werden um eine mögliche palliativmedizinische Versorgung frühzeitig zu planen. (2)

3.7.5. Mobiles Palliativteam

Das Mobile Palliativteam ist als Unterstützung der Hausärztinnen/ Hausärzte und der Hauskrankenpflege in der Betreuung schwerkranker und sterbender Menschen zu Hause zu sehen. Im Idealfall, ist es Teil einer stationären palliativmedizinischen Einrichtung. Das Team unterstützt Therapeutinnen/ Therapeuten und Pflegerinnen/ Pfleger, berät Patientinnen/ Patienten und Angehörige. (23)

3.7.6. Palliativstation

Diese Station stellt die höchste Stufe der palliativmedizinischen Betreuung von Patientinnen/ Patienten mit inkurabel fortgeschrittener Erkrankung dar. Palliativstationen werden insbesondere von Patientinnen/ Patienten in Anspruch genommen, welche eine besonders komplexe und schwer beherrschbare Symptomatik aufweisen, die einer hohen fachlichen Kompetenz im stationären Setting bedarf. Sie erweist sich als höchst hilfreich, wenn Symptome schwer einstellbar sind oder andere, komplexe medizinische Fragestellungen auftreten, die einer hohen fachlichen Kompetenz im stationären Setting bedürfen. Diagnostische und therapeutische Maßnahmen können problemlos durchgeführt und andere Fachärztinnen/ Fachärzte rasch hinzugezogen werden. (16)

In Österreich sind diese Abteilungen eigenständig oder als Einheit an eine andere Station in einem Spital angeschlossen. (2)

Palliativmedizin erfordert ein hohes Maß an interdisziplinärer Teamarbeit und eine Betreuung auf den unterschiedlichsten Ebenen. Pflegepersonal und Medizinerinnen/ Mediziner werden fachlich und menschlich gleichermaßen gefordert. (16)

Die Aufgaben neben klassischer Medizin und Therapie sind die Symptomkontrolle von Schmerzen, Übelkeit, Atemnot, Unruhe und Verwirrtheit sowie die Beherrschung der Grundprinzipien der Onkologie. Wesentlich ist auch die Bereitschaft, sich mit den Themen Sterben, Tod und Trauer auseinanderzusetzen. Zusätzlich muss ein Augenmerk auf soziale und kulturelle Hintergründe gelegt werden, Grundkenntnisse einer adäquaten Gesprächsführung und die notwendige menschliche Qualifikation sollten vorhanden sein. Um allen diesen Aufgaben gerecht zu werden, steht im Vergleich zu anderen Stationen mehr Personal zur Verfügung. (16)

Hauptziel ist es, die Patientin/ den Patienten im Rahmen einer Krisenintervention zu stabilisieren und den Allgemeinzustand so weit zu verbessern, dass eine Entlassung in das gewohnte Umfeld gewährleistet werden kann. (16)

3.8. Strukturqualitätskriterien

In Österreich sind in der ambulanten Versorgung neben kirchlichen und gemeinnützigen Einrichtungen auch gewerbliche Institutionen tätig, wodurch unterschiedliche Interessen im Wettbewerb aufeinanderprallen. Um der Patientinnen-/ Patientenbetreuung gerecht zu werden, obliegt es dem Gesetzgeber, die von ihm vorgegebenen Richtlinien zu überprüfen. Dies geschieht durch die Überprüfung des Qualitätsstandards und durch die Evaluierung der Zusammenarbeit der einzelnen Leistungsträger. (26)

In der abgestuften Hospiz- und Palliativbetreuung wurden Personalausstattung, Personalqualifikation, technische und räumliche Ausstattung und die Größe definiert. Somit gibt es für den Krankenhausträger, aber auch für das Palliativteam genaue Vorgaben, die als Orientierungshilfe dienen. (23)

Technische Ausstattung	<p><i>In den Patientenzimmern:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sauerstoffanschluss • Vakuum <p><i>Auf der Station:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Schmerzpumpen • Perfusoren und Infusomaten • fahrbarer Badewannenlift • Patientenheber • Anti-Dekubitus-Betten und spezielle Anti-Dekubitus-Matratzen: bedarfsgerechte Vorhaltung
Räumliche Ausstattung	<p><i>Station:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • wohnliche Atmosphäre, behindertengerechte Ausstattung der Patientenbereiche • 1- und 2-Bett-Zimmer mit Nasszelle • Übernachtungsmöglichkeiten für Angehörige • Stationsbad • Verabschiedungs-/Meditationsraum, multifunktionell nutzbar • Räumlichkeiten für soziale Aktivitäten, multifunktionell nutzbar <p><i>Im Haus verfügbar:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Therapieraum
Leistungsangebot	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunikation mit Zuweisenden bzw. Betreuenden • Erstgespräch mit Patientinnen/Patienten und Angehörigen vor der Aufnahme • Anamnese/Status • Erstellen von Symptomdiagnosen (z. B. Schmerzdiagnose) • qualifizierte Schmerzbehandlung und Symptomkontrolle • adäquate erforderliche Diagnostik • Behandlung interkurrenter Erkrankungen • patientenorientierte, ganzheitliche Pflege (Bezugspflege) • funktionserhaltende und funktionsverbessernde therapeutische Maßnahmen • ernährungstherapeutische Maßnahmen • psychotherapeutische Betreuung der Patientin/des Patienten • psychosoziale Betreuung und Krisenintervention bei Patientin/Patient und Angehörigen • spirituelle Betreuung • Betreuung durch ehrenamtlich Tätige • Planung und Ermöglichung von Ausgängen, Heimausflügen • Miteinbeziehung und Mitbetreuung der Angehörigen • Abklärung der Betreuungssituation nach der Entlassung • Entlassungsvorbereitung • koordinierte Entlassung • ggf. Verabschiedung der/des Verstorbenen • Trauerbegleitung der Angehörigen • Kontakt mit Patientin/Patient und Angehörigen nach der Entlassung • Kooperation mit Weiterbetreuenden • telefonische Beratung von Ärztinnen/Ärzten und sozialen Diensten, die Palliativpatientinnen/-patienten betreuen • Konsiliardienst im Haus bzw. gegebenenfalls in anderen Krankenhäusern • Durchführung von Aus-, Fort- und Weiterbildung • fakultativ: Ambulanz, Tagesklinik
Größe	<p>Palliativstationen mit acht bis 14 Betten. Darüber hinaus sind in Abhängigkeit von regionalen Bedingungen auch Palliativbereiche mit weniger als acht Betten möglich.</p>

Personalausstattung	<p><i>Berufsgruppe</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ärztliches Personal (Tagdienst) • Dipl. Gesundheits- und Krankenpflegepersonal • Physiotherapeutinnen/-therapeuten, Psychotherapeutinnen/-therapeuten, Sozialarbeit • Ergotherapeutinnen/-therapeuten, Logopädinnen/-päden, Diätassistentinnen/-assistenten • Seelsorge verschiedener Konfessionen • ehrenamtlich Tätige mit Koordinationsperson <p>Personalausstattung im Verbund mit der Abteilung, der die PAL-Einheit zugeordnet ist.</p>	<p><i>Personalausstattung</i></p> <p>1 VZÄ je 5 Betten¹</p> <p>1,2 VZÄ je Bett¹ (= 1 VZÄ je 0,833 Betten)</p> <p>6 Wochenstunden je Patientin/Patient</p> <p>verfügbar</p> <p>verfügbar</p> <p>verfügbar</p> <p>¹ exkl. palliativmedizinischer Konsiliar- dienst</p>
Personalqualifikation	<p><i>Ärztliches Personal:</i></p> <p>Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin und/oder Fachärztinnen/Fachärzte, jeweils mit besonderen Kenntnissen auf dem Gebiet der Palliativmedizin (einschlägige Weiterbildung mit mind. 160 Stunden)</p> <p><i>Pflegepersonal:</i></p> <p>Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen mit besonderen Kenntnissen auf dem Gebiet der Palliative Care (einschlägige Weiterbildung mit mind. 160 Stunden)</p> <p><i>Sozialarbeit:</i></p> <p>Diplomierte Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter und/oder Sozialpädagoginnen/-pädagogen mit besonderen Kenntnissen auf dem Gebiet der Palliative Care (einschlägige Weiterbildung mit mind. 160 Stunden)</p> <p><i>Ehrenamtlich Tätige:</i></p> <p>von HOSPIZ ÖSTERREICH anerkannter Einschulungskurs in der Hospizbegleitung (70 Stunden Theorie, 40 Stunden Praktikum)</p>	

Abbildung 3: Strukturqualitätskriterien- Palliativstation (23)

3.9. Zugangskriterien für die Palliativstation

Für einen Zugang muss eine Krankenhausbedürftigkeit gegeben sein und eine Indikation gemäß den Aufnahmekriterien für die Palliativstation bestehen. Die Patientin/ der Patient ist über den Zustand ihrer/ seiner Erkrankung aufgeklärt und sie/ er oder ihr/ sein Stellvertreter stimmt einer Aufnahme zu. Vorab wurde die Patientin/ der Patient über die Ziele und Möglichkeiten aufgeklärt. (23)

3.10. Aufnahmekriterien

Im Jahr 2000 wurden im Endbericht des Pilotprojekts „Stationäre Palliativbetreuung“ Aufnahmekriterien für die stationäre Palliativbetreuung wie folgt beschrieben: (27)

- *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*

3.11. Aufnahmekriterien der UPE Graz

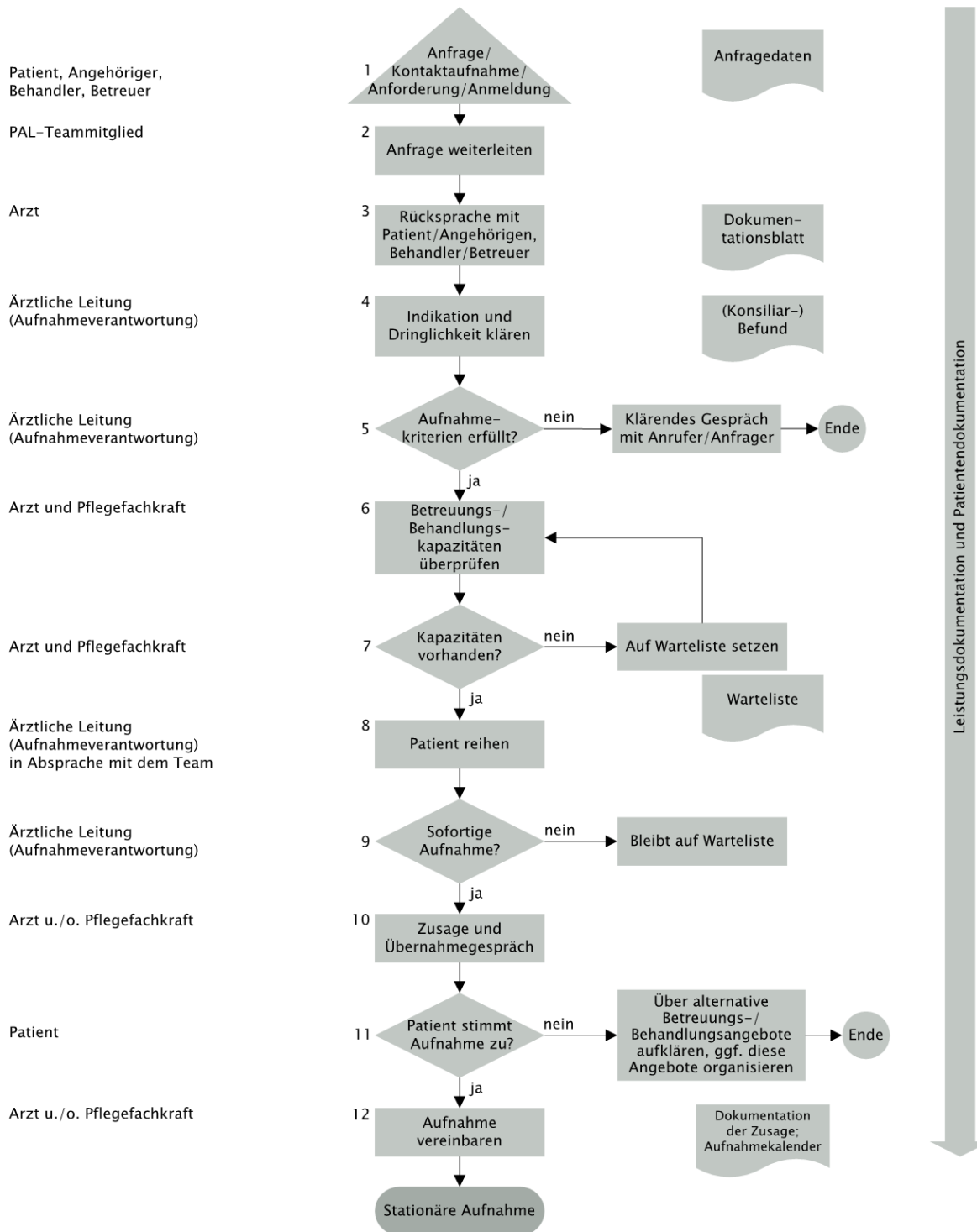
Voraussetzungen:

- *Aufklärung der Patientinnen/ des Patienten über den Krankheitszustand*
- *Einverständnis des Patienten mit der Aufnahme auf der Palliativstation*
- *Kontaktaufnahme mit dem Palliativkonsiliardienst (28)*

Kriterien:

Aufgenommen werden Patientinnen/ Patienten:

- *mit einer nicht heilbaren, weit fortgeschrittenen, progredienten Erkrankung,*
- *für die keine das Grundleiden beeinflussende Therapiemöglichkeit mehr besteht,*
- *für die das Hauptziel der Betreuung Lebensqualität durch Linderung der körperlichen Symptome und psychosoziale Unterstützung sind,*
- *mit akuter körperlicher Symptomatik (z.B.: Schmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Verwirrtheit, Luftnot, etc.) und/oder psychosozialen Problemen bzw. mit Krisensituation (28)*



PAL = Palliativstation

Abbildung 4: Von der Anfrage bis zur Aufnahme (29)

4. Besondere Aspekte der Palliativmedizin

4.1. Ausbildung in Österreich

2007 wurde der erste Lehrstuhl für Palliativmedizin an der Medizinischen Universität Wien geschaffen. In den unterschiedlichen Studienplänen für Humanmedizin der österreichischen Universitäten ist die palliativmedizinische Ausbildung derzeit verschieden stark gewichtet und als Additivfach in der Facharztausbildung noch nicht anerkannt.

Postgraduell gibt es einen internationalen Universitätslehrgang in Palliative Care und ein Doktorandenkolleg „Palliative Care und Organisationsethik“ an der Alpen-Adria-Universität, die Paracelsus Medizinische Privatuniversität bietet einen Master of Science in „Hospiz und Palliativ Care“ an.

In die Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung hielt die Palliativpflege 1997 Einzug und wurde in den Lehrplan aufgenommen. (14)

Ein Spezialdiplom für Palliativmedizin kann von Allgemeinmedizinerinnen/ Allgemeinmedizinern und Fachärztinnen/ Fachärzten aller Sonderfächer an verschiedenen Institutionen erlangt werden. In Graz wird der interprofessionelle Basislehrgang „Palliative Care“ von der UPE in Kooperation mit der Caritas Akademie abgehalten.

2010 wurde in Graz von „Hospiz Österreich“, der Karl-Franzens-Universität und dem Land Steiermark die Hospizakademie gegründet, zum Zweck von Vorträgen und Fortbildung für interessierte Menschen.

Der „Bundesverband der PhysiotherapeutInnen Österreichs“ hat eine eigene Fachgruppe eingerichtet, die sich speziell den Bedürfnissen von Palliativpatientinnen/ Palliativpatienten widmet. Die Lebensqualität soll durch physiotherapeutische Ansätze erhöht werden, durch manuelle Lymphdrainage, Wärme- und Kältetherapie und Schulung in Atemtechniken werden Lymphödeme, Verstopfung und Atemnot verbessert. (30)

4.2. Palliative Geriatrie

Ältere Mitmenschen erhalten im letzten Lebensabschnitt kompetente Betreuung in Pflegeheimen oder zu Hause durch die Hauskrankenpflege. Die Anforderung an die Pflege erhöht sich ständig, da durch Einsparungsmaßnahmen Krankenhausaufenthalte kürzer werden und dadurch die Zahl der multimorbiden Patientinnen/ Patienten, die zusätzlich an einer weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, immer größer wird. (31)

Palliativstationen, die in Österreich immer an Akutkrankenhäuser angeschlossen sind, sind hoch spezialisiert und die Anzahl der Betten ist aufgrund der hohen Kosten stark begrenzt. Dementsprechend werden hier hoch komplexe Palliativfälle betreut, ein Großteil der Palliativpatientinnen/ -patienten wird in Pflegeheimen untergebracht, obwohl damit die Kapazitäten und Ressourcen solcher Einrichtungen zum Teil überschritten werden. (32) Mit diesem Problem ist man derzeit international konfrontiert und intensiviert daher die Forschung in diesem Bereich. (33)

Um eine Optimierung der Bedingungen einleiten zu können, wurde 2012 in einer österreichweiten Erhebung die derzeitige Situation in 284 Pflegeheimen evaluiert. Schon 2006 wurde mit der Integration von HPC in einem Teil der Pflegeheime mit einem von „Hospiz Österreich“ und dem „Bundesverband der Alten- und Pflegeheime Österreichs“ initiierten Projekt begonnen. Einige Heime haben bereits einen 18-monatigen Organisationsentwicklungsprozess durchlaufen und somit Schulungen und Fortbildungen gemäß den Richtlinien von „Hospiz Österreich“ vollständig durchgeführt. (31)

Im Rahmen der Evaluation wurden folgende Eckdaten erhoben:

Die Heime wurden zu 93,3 % von Hausärztinnen/ Hausärzten betreut, in 17,3 % war eine Allgemeinmedizinerin/ ein Allgemeinmediziner fest angestellt. In drei Viertel der Fälle kann jedoch über den Status einer zusätzlichen palliativmedizinischen Ausbildung der dort tätigen Medizinerinnen/ Mediziner keine Auskunft gegeben werden. 89,1 % der Heime greifen auf Neurologinnen/ Neurologen und Psychiaterinnen/ Psychiater auf Angestellten- oder Konsiliarbasis zurück, eine Zusammenarbeit mit Palliativmedizinerinnen/ -medizinern besteht jedoch nur in weniger als einem Viertel der Fälle.

20,7% gaben an mit mobilen Palliativkonsiliardiensten in Kontakt zu stehen, und 40,9% waren mit Palliativstationen vernetzt. Auffällig ist, dass Heime, die den Organisationsentwicklungsprozess gerade durchführten oder schon abgeschlossen hatten, eine signifikant höhere Mitarbeit von Palliativmedizinerinnen/ -medizinern aufwiesen. In der Pflege wurde durch die Integration von HPC signifikant öfter ein ganzheitliches Schmerzmanagement inklusive der Verwendung von Schmerzskalen durchgeführt und eine enge Zusammenarbeit von Medizinerinnen/ Mediziner und Pflege beobachtet. (31)

Die Evaluierung macht deutlich, dass sich die Entwicklung von HPC in Heimen durchaus positiv gestaltet. Um eine Entlastung des Akutbereichs gewährleisten zu können, muss die Integration von HPC in Heimen flächendeckend ausgebaut werden und müssen freiwillige Mitarbeiterinnen/ Mitarbeiter vernünftig miteinbezogen werden. Zum Zeitpunkt der Befragung waren in 90 % der Einrichtungen Freiwillige tätig, eine angemessene Schulung dieser Gruppe ist also ein weiterer wichtiger Ansatzpunkt. (31)

4.3. Palliative Pädiatrie

In der Pädiatrie ist eine Palliativversorgung notwendig, wenn keine realistische Hoffnung auf Genesung besteht und das 40. Lebensjahr höchstwahrscheinlich nicht mehr erreicht wird. (29) Im Alter von ein bis zehn Jahren sind Krebserkrankungen und angeborene Fehlbildungen die häufigsten Todesursachen. (20)

Die Grundprinzipien der Versorgung sind gleich, deswegen wird sie nicht als eigenes Fach, sondern als Subspezialität der Palliativmedizin angesehen. Nichtsdestotrotz gibt es Unterschiede auf allen Ebenen. (34)

4.3.1. Besonderheiten der palliativen Pädiatrie

Kinder leiden häufiger an seltenen Erkrankungen, meistens neuro- degenerativer Art, die wissenschaftlich noch nicht näher erforscht sind. Guidelines für eine Therapie sind dementsprechend nicht vorhanden und eine Prognose über den Verlauf ist schwer zu erstellen. Viele Erkrankungen sind genetisch bedingt und erfordern eine ausführliche

Beratung der Eltern bei weiterhin, bestehendem Kinderwunsch. Symptome können von Kindern durch die noch fehlende verbale Artikulation schwerer präsentiert werden, andererseits verändern sich diese im Kindesalter rascher als bei Erwachsenen. Die Einnahme von Medikamenten ist bei Kindern komplizierter, außerdem sind einige Arzneistoffe für diese Altersgruppen nicht zugelassen oder es fehlen Dosisangaben. Aus psychosozialer Sicht müssen Eltern und Geschwister in dieser Phase intensiv betreut werden und die Entwicklung des Kindes muss gefördert werden, da es nicht selten zu einem Rückschritt in der Entwicklung bei einem längeren stationären Aufenthalt kommt. (34)

4.3.2. Ausblick

Derzeit ist das Angebot an speziellen pädiatrischen Einrichtungen und Dienstleistungen wegen des geringeren Bedarfs sehr klein. Es wird geschätzt, dass ca. 170 bis 1700 Kinder und Jugendliche palliativmedizinische Betreuung benötigen. Österreichweit gibt es fünf mobile und eine stationäre Einrichtung. Um auch für diese Altersgruppe eine flächendeckende Versorgung gewährleisten zu können, wurde vom Bundesministerium für Gesundheit im Juli 2013 ein von einer Expertengruppe erstelltes Konzept vorgestellt. (35)

4.4. Familienhospizkarenz

2002 wurde die Familienhospizkarenz zur Betreuung und Begleitung schwerkranker Verwandter eingeführt, seit 2006 wird diese mit Geldern aus dem Familienhospizkarenz-Härteausgleichsfonds unterstützt. Nahe Angehörige können sich für 3 Monate, in Ausnahmefällen bis zu 6 Monaten bezahlt beurlauben lassen, danach ist unbezahlte Arbeitszeitfreistellung möglich. Es besteht auch die Option, die Arbeitszeit teilweise zu reduzieren. (36)

4.5. Patientenverfügungsgesetz

Wenn der Tod durch eine unheilbare Krankheit im Leben näher rückt, haben viele Menschen den Wunsch, ihre letzte Lebensphase selbst zu gestalten. Mit dem Inkrafttreten des Patientengesetzes im Jahr 2006 wurden die Rahmenbedingungen dafür geschaffen und Form und Art einer solchen Anordnung klar definiert. Es ist nun möglich, medizinische Maßnahmen wie die Legung einer PEG- Sonde abzulehnen, um den Sterbeprozess nicht zu verlängern. Damit ermöglicht man der Patientin/ dem Patienten ihren/ seinen letzten Lebensabschnitt nach ihren/ seinen Vorstellungen zu erleben um in Würde zu versterben. (37)

Das Gesetz sieht eine Unterscheidung zwischen verbindlicher und beachtlicher Verfügung vor. Eine beachtliche Verfügung dient der Ärztin/ dem Arzt lediglich als Orientierungshilfe und überlässt ihr/ ihm dennoch die Entscheidungsgewalt. Die verbindliche Verfügung lässt der/ dem behandelnden Medizinerin/ Mediziner keinen Spielraum und muss befolgt werden. Durch den höheren rechtlichen Stellenwert müssen bei der Erstellung aber auch mehr formale Punkte, wie zum Beispiel die Miteinbeziehung einer Rechtsanwältin/ eines Rechtsanwaltes oder einer Notarin/ eines Notars, eingehalten werden, um rechtliche Wirksamkeit zu erlangen. (37)

Jegliche aktive Sterbehilfe in Form von Tod auf Verlangen oder Mitwirkung am Selbstmord ist in Österreich nach wie vor verboten und steht unter Strafe. (37) In anderen Ländern Europas wie den Niederlanden, der Schweiz oder in Belgien wurde die Sterbehilfe in unterschiedlichem Ausmaß bereits legalisiert, wodurch heftige Diskussionen ausgelöst wurden. Der Ausbau der Palliativmedizin ist nicht nur eine gesundheitspolitische, sondern auch eine gesellschaftspolitische Aufgabe, da eine gute Versorgung und Betreuung eine Alternative für Schwerstkranke darstellen soll. (26)

4.6. Pflegegeld

Das Pflegegeld ist eine finanzielle Unterstützung. Es wird in 7 Stufen eingeteilt, abhängig vom Aufwand und Ausmaß der Pflege. (38)

2012 wurde mit der Pensionsversicherungsanstalt ein beschleunigtes Verfahren für Patientinnen/ Patienten, die auf einer Palliativstation oder von einem mobilen Palliativteam betreut werden, vereinbart. Mit der Reform von 2012 wurde auch die Zuständigkeit überarbeitet und die Kompetenz von den Ländern auf den Bund übertragen. (38)

5. Versorgung Steiermark

Der steiermarkweite Ausbau der Versorgung wurde mit Ausnahme der stationären Hospize 2012 abgeschlossen. Zur Koordination von Vereinen, Einrichtungen und Gesundheitsträgern hat die KAGES die „Koordination Palliativbetreuung Steiermark“ eingerichtet. Weitere Aufgaben in den Bereichen der Aus-, Fort- und Weiterbildung, der Öffentlichkeitsarbeit, der Mitarbeit in der Entwicklung einer Regelfinanzierung und des Ausbaues und der Vernetzung der Versorgung werden von dieser Stelle übernommen. (39) Maßgeblich für diese positive Entwicklung war das Pilotprojekt „Stationäre Palliativbetreuung“. Mit Stand 2012 waren allein 48 stationäre Betten auf Palliativstationen in der Steiermark, bei einer gesamten Kapazität von 299 Betten österreichweit.

5.1. Pilotprojekt „Stationäre Palliativbetreuung“

Im Jahr 2000 wurde das Pilotprojekt „Stationäre Palliativbetreuung“ von Landtag, SKAFF, KAGES und Hospizverein Steiermark initiiert. Die an den drei Standorten - Medizinische Abteilung LKH Univ.- Klinikum Graz, Interne Abteilung Elisabethinen Graz und Interne Abteilung Landeskrankenhaus Bad Aussee - zur Verfügung stehenden 15 palliativmedizinischen Betten wurden ein Jahr lang evaluiert. Dem Projekt standen elf Millionen ö.S. zur Verfügung und es wurden drei externe Einrichtungen mit der Beurteilung des Projektes betraut. Für die systematische Evaluation wurde das IFF, für die wissenschaftliche Untersuchung das Team Wagner/ Krainz und für die Entwicklung eines zukünftigen Palliativkonzeptes die ÖBIG beauftragt. (27)

Erstmals wurden in Österreich stationäre Aufenthalte von Palliativpatientinnen/ Palliativpatienten erhoben und analysiert. Außerdem wurden Patientinnen-/ Patienten- und Mitarbeiterinnen/ Mitarbeiterbefragungen durchgeführt wurde, der Bedarf an Palliativpflege im täglichen Leben ermittelt und die Einbindung ehrenamtlicher Mitarbeiterinnen/ Mitarbeiter recherchiert. (27)

5.1.1. Ergebnisse

Es wurde festgestellt, dass besonders im letzten Lebensjahr stationäre Aufenthalte häufig waren. Mit den neuen Palliativstationen konnten zwar die Bedürfnisse der Patientinnen/ Patienten gedeckt werden, die erbrachten Leistungen konnten aber mit dem für eine Palliativstation geltenden „high personal- low technology“ Ansatz nicht im ausreichenden Maße abgegolten werden. Eine Anpassung der LKF-Pauschale in der Abrechnung wurde empfohlen. (27)

Von den Patientinnen/ Patienten wurde die stationäre Betreuung sehr positiv bewertet, wodurch die Beteiligten darin bestärkt wurden, ihre Anstrengungen fortzuführen. Durch die Personalbefragung wurden der Bedarf an Aus- und Fortbildung sowie das hohe Risiko für Überbelastung durch Arbeit im palliativmedizinischen Bereich angezeigt. (27)

Anhand der erfassten Daten konnte erstmals eine Schätzung des bestehenden Bedarfs ermittelt werden, wodurch die Notwendigkeit des Ausbaus der ambulanten Versorgung deutlich wurde. (27)

Die Ergebnisse flossen in das für ganz Österreich geltende Konzept der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung ein, das 2004 veröffentlicht wurde, mit ein. (23)

5.2. Aktuelle Versorgungskapazitäten

In der Steiermark stehen derzeit 30 Hospizteams, 10 palliative Konsiliardienste, 9 mobile Palliativteams, 5 palliative Stationen und jeweils ein stationäres Hospiz und ein Tageshospiz zur Verfügung. (3) Im österreichweiten Vergleich ist die Steiermark somit im Spitzenbereich vertreten.

Hospiz- und Palliativeinrichtungen in der Steiermark

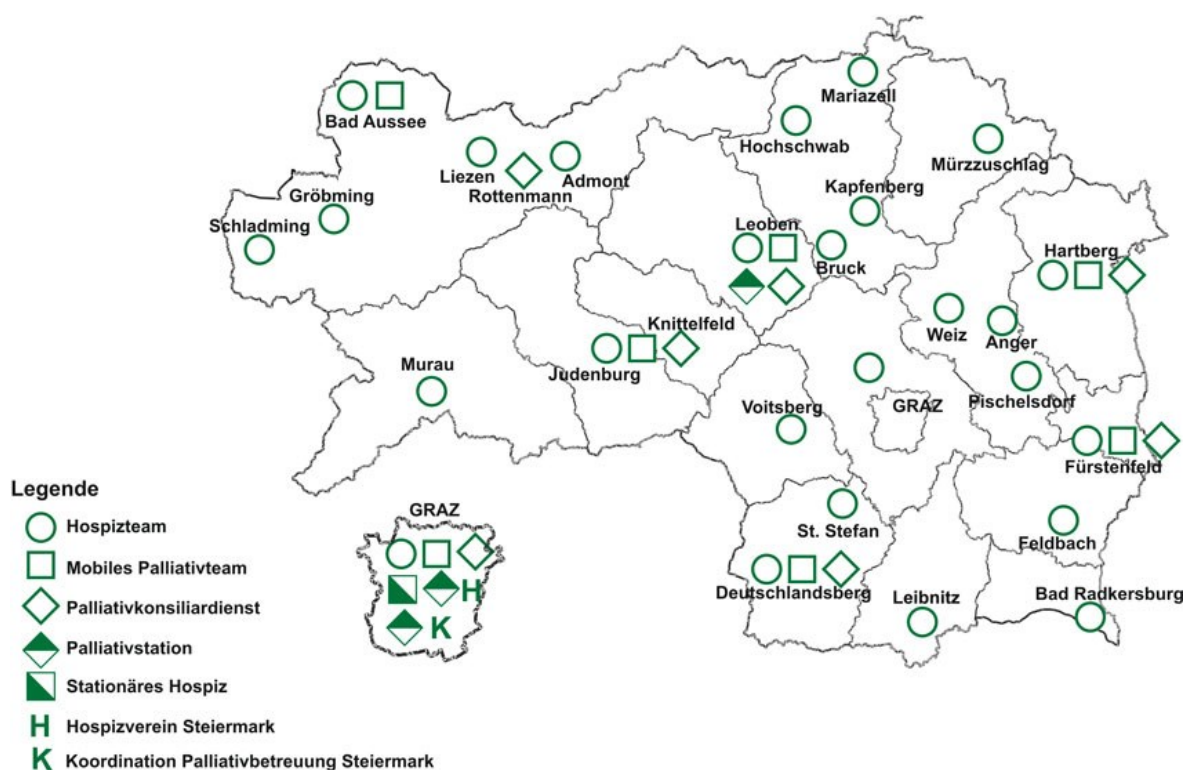


Abbildung 5: Hospiz- und Palliativeinrichtungen in der Steiermark (39)

Nicht angeführt sind, jedoch bereits bestehend:

Hospizteams: Rottenmann, Knittelfeld

Mobile Palliativteams: Leibnitz/ Radkersburg, Liezen, Mürzzuschlag/ Bruck

Palliativkonsiliardienste: Mürzzuschlag/ Bruck, Leibnitz/ Radkersburg, Elisabethinen GmbH Graz

Palliativstationen: Integrierte Palliativeinheit am LKH Rottenmann, Palliativmedizinische Einrichtung am LKH Fürstenfeld, Palliativmedizinische Einrichtung am LKH Judenburg-Knittelfeld

5.2.1. Freiwilligenarbeit

In der Steiermark arbeiteten rund 767 ausgebildete Ehrenamtliche in 28 Teams, also etwa ein Viertel aller freiwillig tätigen Mitarbeiterinnen/ Mitarbeiter im Hospizbereich in Österreich. Der Trend zeigt eine Steigerung der geleisteten Stunden und Anforderungen, jedoch auch der Mitarbeiterinnen-/ Mitarbeiteranzahl, 100 Menschen absolvierten die Hospizgrundausbildung. (40)

5.3. Universitäre Palliativmedizinische Einrichtung am LKH Universitätsklinikum Graz

Die Palliativstation am LKH Universitätsklinikum Graz war die erste an einem Universitätsklinikum in Österreich. Sie ist seit 2001 unter der Leitung von Univ. Prof. Dr. Hellmut Samonigg in Betrieb und ein Teil der Universitären Palliativmedizinischen Einrichtung, welche außer der Station noch einen palliativmedizinischen Konsiliardienst und das Mobile Palliativteam Graz /Graz-Umgebung einschließt. Die UPE ist an die Klinische Abteilung für Onkologie assoziiert, wodurch vor allem für onkologisch-palliative Patientinnen/ Patienten eine kontinuierliche Betreuung gewährleistet werden kann.(16) Diese Station steht darüberhinausgehend aber auch für alle anderen Kliniken des LKH-Universitätsklinikums zur Verfügung. Es werden (in geringerem Ausmaß) auch Patienten/Patientinnen mit nicht-onkologischen Erkrankungen, die den Aufnahmekriterien entsprechen, betreut.

Auf der UPE sind Fach- sowie Assistenzärztinnen/ -ärzte für Innere Medizin, speziell ausgebildetes Pflegepersonal, klinische Gesundheitspsychologinnen/ Gesundheitspsychologen, Sozialarbeiterinnen/ Sozialarbeiter, Ernährungsberaterinnen/ Ernährungsberater und Seelsorgerinnen/ Seelsorger tätig. Ein Ethikkomitee kann in besonders schwierigen Fällen hinzugezogen werden. Als palliativer Konsiliardienst sind die Mitarbeiterinnen/ Mitarbeiter der UPE am gesamten Universitätsklinikum tätig und als mobiles Palliativteam im Großraum Graz unterwegs. (16)

Um eine umfassende Betreuung der zwölf auf der Station zur Verfügung stehenden Betten zu ermöglichen, besteht eine enge Zusammenarbeit zwischen der UPE und kooperierenden Einrichtungen wie dem Hospizverein Steiermark und der Palliativbetreuung Steiermark. Eine Anbindung an die mobile Palliativbetreuung wird bei Bedarf organisiert, Hilfestellung bei sozialrechtlichen Fragen wie Pflegegeld, Heilbehelfen und Hospizkarenz ist durch kompetente Beratung gegeben. Eine Kontaktaufnahme mit der Hausärztin/ dem Hausarzt und der Hauskrankenpflege wird zur Erleichterung des Übergangs von der stationären zur häuslichen Versorgung veranlasst. (16)

5.3.1. Lehre

Neben der Patientinnenbetreuung/ Patientenbetreuung umfasst der Aufgabenbereich als universitäre Einrichtung die studentische Lehre und die palliativmedizinische Forschung. Im aktuellen Studienplan Humanmedizin O 202 ist die Lehre in Palliativmedizin nur im geringen Ausmaß verankert. Die Lehre mit dem Konzept des biopsychosozialen Modells entspricht aber im weitesten Sinn den Grundsätzen der Palliativmedizin. Im 5. Studienjahr werden ein Seminar und eine Vorlesung im Umfang von jeweils einer Stunde abgehalten. Zusätzlich kann im 6. Studienjahr, dem praktischen Jahr, die 2. Fächergruppe „Innere Medizin und Neurologie“ auf der UPE absolviert werden.

Im 2. Abschnitt besteht die Möglichkeit, aus dem Katalog der speziellen Studienmodule das Modul „Tumorerkrankungen und Palliativmedizin“ zu wählen. Außerdem wird im Rahmen der ärztlich diagnostischen Fertigkeiten ein zweistündiges Seminar angeboten. (41)

5.3.2. Forschung

In Graz konzentriert man sich in der Forschung derzeit auf ein EU-Projekt und eine klinische Studie, die sich mit der Tumorschmerztherapie beschäftigt. Weitere Forschungsschwerpunkte sind die Analyse der Antibiotikatherapie, der Einsatz von Erythropoetin, die Erarbeitung einer Dokumentation für palliativmedizinische Konsiliardienste und die Validierung eines Fragebogens zur Lebensqualität. Schließlich wird noch ein Ländervergleich zwischen Österreich und den Niederlanden in Kooperation mit der Universität Twente im Bereich der Palliativmedizin durchgeführt. (16)

5.3.3. Aufenthaltsdauer

Der Mittelwert der Aufenthaltsdauer im Jahr 2011 betrug 8,23 Tage, während der kumulierte Mittelwert für die Jahre 2001 bis 2013 bei 11,7 Tagen lag. Während des stationären Aufenthaltes werden Patientinnen/ Patienten (sofern gewünscht) an das jeweils zuständige mobile Palliativteam ihres Heimatbezirkes angebunden, um eine kontinuierliche Betreuung bzw. Hilfestellung gewährleisten zu können und im besten Fall weitere stationäre

Aufenthalte zu reduzieren bzw., sofern doch notwendig, auch effizienter durchführen zu können. Sooft die Möglichkeit besteht, sollte eine Therapieanpassung bei der Patientin/ dem Patienten zu Hause bzw. in der Pflegeeinrichtung durchgeführt werden, um eine erneute Aufnahme zu vermeiden. (17)

6. Norwegen

6.1. Entwicklung

In Norwegen begann der Aufbau der Palliativmedizin Anfang der 70er-Jahre, als der Hospizgedanke aus Großbritannien bekannt wurde. 1984 wurden in einem nationalen Bericht erste Pläne zur Integration ins Gesundheitssystem vorgestellt. 1992 wurde die erste Palliativstation, die an eine onkologische Abteilung angeschlossen war, in Trondheim in Betrieb genommen. (2)

6.2. Versorgungsstruktur

Heute existieren insgesamt vier sogenannte „Centres of Excellence“, die jeweils für eine Region im Land zuständig sind. In diesen Zentren werden Forschung, Lehre und die Entwicklung der palliativmedizinischen Versorgungsstrukturen koordiniert und gefördert. (2)

Die Versorgung wird vom Staat geleitet, private Pflegedienste sind selten, die meisten Dienste werden von den Gemeinden getragen. Die Freiwilligenarbeit hat in Norwegen keinen großen Stellenwert, ehrenamtliche Mitarbeiterinnen/ Mitarbeiter gibt es im häuslichen Bereich, in Pflegeheimen und Hospizen nur vereinzelt. Der Stellenwert von Konsiliardiensten ist im Gegensatz dazu hoch: Das multidisziplinäre Team ist in Krankenhäusern, Pflegeheimen sowie im häuslichen Bereich tätig und greift bei Bedarf nach Absprache mit der Hausärztin/ dem Hausarzt in die Therapie ein. (14)

Hospize werden in Norwegen „Nurse Homes“ genannt und sind keine eigenständigen Einrichtungen. Sie haben zwar eine Ausstattung, die der einer Palliativstation entspricht, der Standard in den Nurse Homes ist dennoch nicht zufrieden stellend, da es zu wenig spezialisierte Pflegefachkräfte gibt. Diesen Missstand will man mit zusätzlichen Schulungen vor Ort beheben. (42)

In Norwegen dominiert die ambulante Versorgung, was einen hohen Einsatz der Angehörigen verlangt, da nicht überall eine 24-Stunden-Versorgung zur Verfügung steht. Eine bezahlte, vierwöchige Familienhospizkarenz kann in Anspruch genommen werden,

danach ist eine Karenz zwar möglich, aber unbezahlt. Um die Schwachpunkte zu verbessern, wurde eine Evaluation des Systems angestrebt. (43)

Um erbrachte Leistungen im Gesundheitswesen abrechnen zu können, wurde ein palliativer DRG- Code eingeführt. (2)

6.3. Palliativstation der Universitätsklinik Trondheim

Derzeit sind zwar an allen norwegischen Universitätskliniken palliativmedizinische Einrichtungen mit einem multidisziplinären Team vorhanden, eine eigenständige Station gibt es jedoch nur in Trondheim. Neben einer Ambulanz stehen für den stationären Aufenthalt zwölf Betten zur Verfügung, wobei Stein Kaasa, M.D., Professor in Trondheim, einräumt, dass mehr Betten benötigt würden. Es besteht eine enge Zusammenarbeit mit der onkologischen Klinik, da 99% aller behandelten Patientinnen/ Patienten an einer onkologischen Erkrankung leiden, in Ausnahmefällen werden aber auch Patientinnen/ Patienten mit anderen Erkrankungen aufgenommen. Durch enge Zusammenarbeit mit zwei Nurse Homes sind jeweils sechs zusätzliche Betten für eine längerfristige Versorgung vorhanden, mindestens einmal pro Woche findet dort eine Visite mit Ärztinnen/ Ärzten der Station statt. 25% der palliativmedizinischen Patientinnen/ Patienten sterben in Nurse Homes, 55% im Krankenhaus und 25% zu Hause. (42,44)

Die Personaleinteilung auf der Station ist straff gestaltet, Pflegepersonal und Ärztinnen/Ärzte sind entweder der Station oder der Ambulanz zugeteilt, Ärztinnen/ Ärzte rotieren im Rahmen ihrer Ausbildung halbjährlich.(42) Auf der Station arbeiten 2 Ober- und 2 Assistenzärztinnen/ Assistenzärzte, 26 bis 30 diplomierte Gesundheitspflegerinnen/ Gesundheitspfleger, Sozialarbeiterinnen/ Sozialarbeiter, Ergotherapeutinnen/ Ergotherapeuten, Physiotherapeutinnen/ Physiotherapeuten und Ernährungsassistentinnen/ Ernährungsassistenten. (42,44)

Die Patientinnen/ Patienten werden die Kategorien A, B und C eingeteilt: Eine/ ein „A-Patientin/ Patient“ stellt eher die Ausnahme dar und wird vollständig von den Palliativmedizinerinnen/ Palliativmedizinern versorgt. Eine/ ein „B- Patientin/ Patient“ wird vorrangig von der Hausärztin/ dem Hausarzt und dem Pflegepersonal im Nurse Home

betreut, das Palliativteam steht ihnen jedoch unterstützend zur Seite. Den Großteil bildet die Gruppe der „C- Patientinnen/Patienten“, die nur kurzen Kontakt zu palliativmedizinischen Einrichtungen hatte und ausschließlich von der Allgemeinmedizinerin/ vom Allgemeinmediziner weiterversorgt wird. Diese Einteilung funktioniert, weil jede/ jeder norwegische Bürgerin/ Bürger verpflichtend eine Hausärztin/ einen Hausarzt, der/ dem mehr Gewicht und Verantwortung zugeschrieben wird, haben muss. Sie/ er plant den Therapieverlauf und entscheidet über eine Überweisung zu einer Spezialistin/ einem Spezialisten. (42)

6.3.1. Lehre

Die Ausbildung nimmt in Norwegen einen hohen Stellenwert ein: Palliativmedizin ist an allen Universitäten im Studienplan als Pflichtfach verankert und in die Krankenpflegeausbildung integriert. Seit 1992 gibt es in Trondheim die erste Professur für Palliativmedizin, in den anderen Regionen gibt es assoziierte Lehrstühle. Die palliativmedizinische Lehre wird aber auch in angrenzenden Fachgebieten wie Allgemeinmedizin und Pflegewissenschaften vermittelt. Fachärztinnen/ Fachärzte können ihr Wissen im Rahmen der verpflichtenden Fortbildungswahlfächer auffrischen. (2)

An den Kliniken wird viel Wert auf Fortbildung gelegt, 3 bis 4 Mal pro Woche werden gemeinsame Veranstaltungen für Onkologinnen/ Onkologen und Palliativmedizinerinnen/ Palliativmediziner an der Klinik in Trondheim angeboten. Neben der Stärkung der Zusammenarbeit soll damit auch die Möglichkeit für die Besprechung von komplizierten Fällen geschaffen werden. (44)

Neben einer Zusatzausbildung und Masterlehrgängen gibt es seit 2003 einen palliativmedizinischen Lehrgang, der von Dänemark, Finnland, Island, Norwegen und Schweden organisiert und abgehalten wird. Dieser kann bereits als Vorstufe für die Einführung eines Facharztes für Palliativmedizin angesehen werden. (2)

6.3.2. Aufnahmekriterien

Die Palliativstation legt großen Wert darauf, grundsätzlich für alle Patientinnen/ Patienten offen zugänglich zu sein. Es werden nur Patientinnen/ Patienten aufgenommen, die an einer nicht kurativen Erkrankung leiden. Da die Station eng mit der Onkologie zusammenarbeitet, werden großteils onkologische Patientinnen/ Patienten akzeptiert, in Ausnahmesituationen werden jedoch auch andere Patientinnen/ Patienten zum Beispiel mit einer schwerwiegenden neurologischen Erkrankung versorgt. Da es sich um ein Akutkrankenhaus handelt, müssen die Beschwerden so schwerwiegend sein, dass es den Ärztinnen/ Ärzten im ambulanten Bereich bzw. in den Nurse Homes nicht mehr möglich ist, diese adäquat zu behandeln. Hauptaufnahmegrund sind Schmerzen, gefolgt von Übelkeit/ Erbrechen, Verwirrtheit und Depression. Obwohl im Gesundheitsplan vorgesehen ist, dass die Sterbebegleitung in Nurse Homes erfolgen sollte, werden Patientinnen/ Patienten immer wieder auch auf der Palliativstation aufgenommen. (44)

Befindet die Ärztin/ der Arzt, dass keine Aufnahmeindikation gegeben ist, wird die Patientin/ der Patient einer anderen Station oder Einrichtung zugewiesen, um eine adäquate Versorgung sicherstellen zu können. (44)

7. Methoden

Die Diplomarbeit setzt sich aus einer Studie und Literaturrecherche zusammen. Die Datensammlung fand im Juli 2012 statt. Danach wurden die Patientendaten ausgewertet und die Literaturrecherche wurde mit Hilfe von Pubmed, Fachliteratur, Arbeiten aus angrenzenden Themenbereichen, Internet und Statistik Austria durchgeführt.

7.1. Studienaufbau

Bei der Studie handelt es sich um eine retrospektive Analyse ohne Patientenkontakt. Der Ethikantrag wurde mit dem Studientitel „Patients characteristics and criteria for hospitalisation at the palliative care unit Graz- Evaluation of clinical practice in comparison with international standards“ am 25.1.2012 bei der Ethikkommission der Medizinischen Universität Graz eingereicht. Unter dem Vorsitz von Univ. Prof. DI Dr. Peter H. Rehak wurde dem Antrag am 29.2.2012 stattgegeben.

7.2. Durchführung

In die Studie wurden alle stationären Patientinnen/ Patienten der UPE am LKH Graz aus dem Jahr 2011 eingeschlossen. Mit einer Recherche in den Patientenakten und Arztbriefen via Medocs wurden die Daten ermittelt und anschließend in einer Excel Tabelle gesammelt.

Folgende Daten wurden erhoben:

- Fallzahl
- Geschlecht
- Name
- Geburtsdatum
- Sozialanamnese
- Erstdiagnose

- Tumorentität
- Zweit- und Dritttumor
- Metastasen
- Chemotherapie (adjuvant, palliativ)
- Radiotherapie (adjuvant, palliativ)
- Datum BSC
- Aufnahmedatum
- Entlassungsdatum
- Aufnahmegrund
- Zuweiser
- Dauer des stationären Aufenthalts
- Aszitespunktion
 - Menge
- MPT Versorgung
- Tod
- Todesdatum
- Todeszeitpunkt
- Todesort

Die Diplomarbeit wurde mit Microsoft Word 2013 und dem Zitierprogramm Refworks verfasst. Die Tabellen wurden mit Microsoft Excel und Power Point 2013 erstellt.

7.3. Statistische Auswertung

Nach Fertigstellung der Tabelle erfolgte eine statistische Auswertung mit Hilfe von SSPS.

8. Ergebnisse

Im Jahr 2011 wurden insgesamt 271 Patientinnen/ Patienten auf der UPE aufgenommen. Da einige Patientinnen/ Patienten mehrmals stationär waren, sind 401 Patientenfälle dokumentiert.

8.1. Zuweiser

Es wurden insgesamt 30 verschiedene Zuweiser erhoben. Die 6 häufigsten sind in der Tabelle unterhalb aufgelistet.

Tabelle 2: Zuweiser

Zuweiser	Häufigkeit	Prozent
1. MPT	121	30,2
2. Onkologie	77	19,2
3. EBA	43	10,7
4. geplante Zugänge	42	10,5
5. Chirurgie	16	4,0
6. Pulmologie	16	4,0

Die Nephrologie hat weitere 3,5%, die Gynäkologie 2,2% und die Urologie 2% der Patientinnen/ Patienten zugewiesen. 1,5% kamen von anderen Einrichtungen und STZ, jeweils 1,2% von der Neurologie, Thoraxchirurgie und Endokrinologie. Die verbleibenden 6,5% teilen sich auf 16 verschiedene Zuweiser und Abteilungen auf.

8.2. Alter und Geschlecht

Von 271 Patientinnen/ Patienten waren 143 männlich und 128 weiblich. Die meisten Patientinnen/ Patienten auf der UPE (59,4 %) sind zwischen 61 und 80 Jahre alt. 28,8 % sind zwischen 41 und 60 Jahre, 10 % sind zwischen 81 und 100 Jahre und 1,8 % der Patientinnen/ Patienten sind zwischen 20 und 40 Jahre alt. Der jüngste Patient war 31 Jahre, der älteste 98

Jahre. Der Mittelwert beider Geschlechter gemeinsam beträgt 65,97 Jahre, für Frauen liegt er bei 65,35 und für Männer bei 66,52 Jahren.

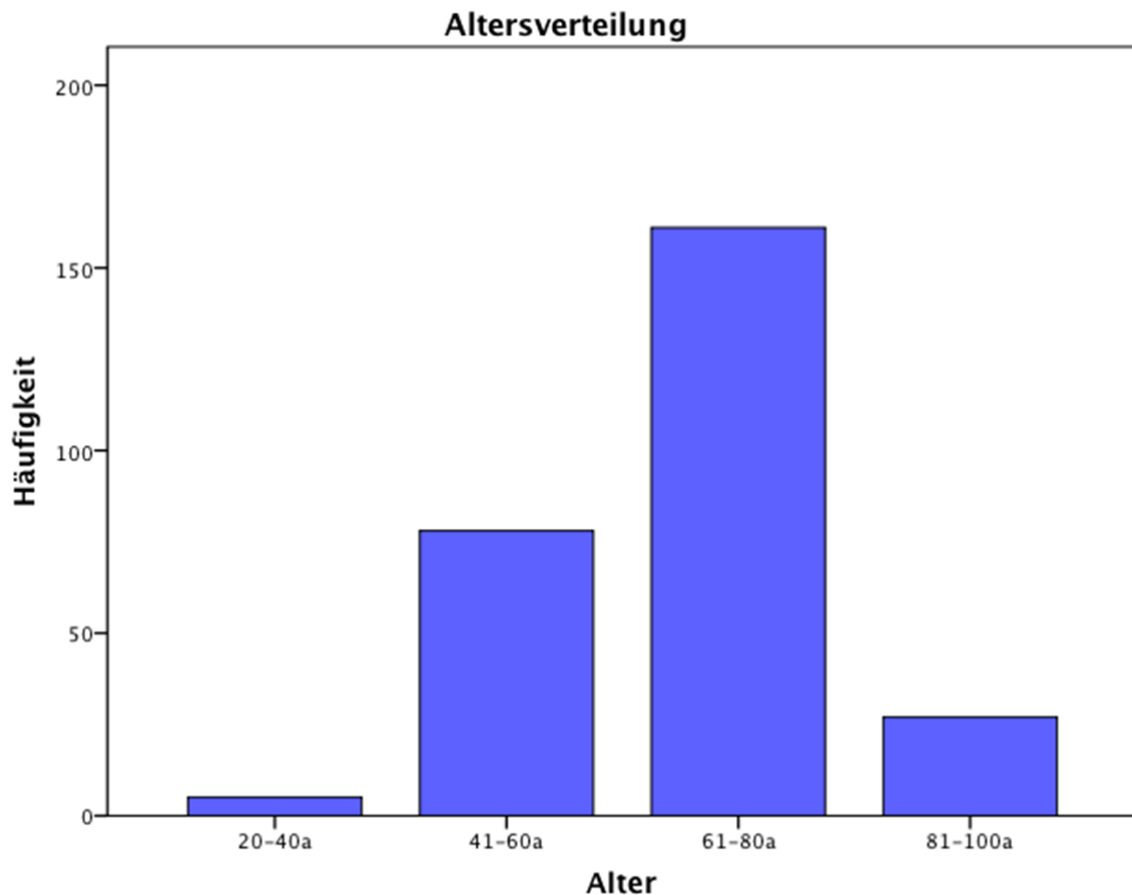


Abbildung 6: Altersverteilung der stationären Patientinnen/ Patienten

8.3. Aufnahmegrund/ Geschlechterverteilung

Die 10 häufigsten Aufnahmegründe sind in der Tabelle unterhalb aufgelistet. Bei 187 Patientinnen/ Patienten wurde ein zweiter, bei weiteren 49 Patienten ein dritter Aufnahmegrund angeführt. In Tabelle 3 wird der Erstaufnahmegrund genannt, in Tabelle 4 bzw. 5 sind Zweit- und Drittaufnahmegründe verzeichnet.

Der häufigste Aufnahmegrund ist mit 21,2 % Schmerz, gefolgt von AZ Verschlechterung (14,7 %) und Entlassungsmanagement (10 %). Weitere Nennungen sind: Aszitespunktion (7

%), Übelkeit/ Erbrechen (6,7 %), Sterbebegleitung (5,5 %), EK- Substitution (4,7 %), Therapieanpassung (4,5 %), Atemnot (4,2 %) und BSC (4 %).

Tabelle 3: Aufnahmegrund 1

Aufnahmegrund	Häufigkeit	Prozent
1. Schmerzen	87	21,7
2. AZ Verschlechterung	59	14,7
3. Entlassungsmanagement	40	10,0
4. Aszitespunktion	28	7,0
5. Übelkeit/Erbrechen	27	6,7
6. Sterbebegleitung	22	5,5
7. EK-Substitution	19	4,7
8. Therapieanpassung	18	4,5
9. Atemnot	17	4,2
10 BSC	16	4,0
11. Sonstige Gründe	68	16,2

Bei 3,2 % ist der Aufnahmegrund nicht mehr erhebbar. Interventionen sind für 2,7%, ein Ileus war für 2 %, neurogene Ursachen waren für 1,7% und eine Lymphabflussstörung war für 1,2% der Aufnahmen verantwortlich. Bei jeweils 0,7% wurden Diarrhoe und PCA Pumpen - Einstellung, bei 0,5% wurde ein Sturz, eine gastrointestinale Ursache oder Hämatemesis angegeben. Weitere Aufnahmegründe wurden jeweils einmal genannt und liegen bei 0,2%: Blutung, Pflege, Fieber, Sepsis, Pneumonie, Hustenattacken, Anämie, Dysphagie und Blutzuckerentgleisung.

Tabelle 4: Aufnahmegrund 2

Aufnahmegrund	Häufigkeit	Prozent
1. Therapieanpassung	34	8,5
2. Entlassungsmanagement	23	5,7
3. Pflege	21	5,2
4. Atemnot	14	3,5

5. Übelkeit/ Erbrechen	12	3,0
6. AZ Verschlechterung	12	3,0
7. BSC	9	2,2
8. Aszitespunktion	8	2,0
9. Ileus	7	1,7
10. neurogene Ursache	5	1,2
11. Sterbebegleitung	5	1,2
12. sonstige Gründe	40	9,6

17 weitere Ursachen wurden als zweiter Aufnahmegrund erfasst. In jeweils 3 Fällen (1 %) wurden Schmerzen, MMA und Schwindel genannt. Obstipation, Diarrhoe, eine hepatische oder gastrointestinale Ursache wurden dreimal (0,7 %) angeführt. Blutungen, EK-Substitution, eine psychische Krise, Fieber, Lymphabflussstörungen und eine Pneumonie waren in je 2 Patientenfällen (0,5 %) der 2. Aufnahmegrund. Mit einer Nennung (0,2%) sind Wundmanagement, Sturz, Sepsis und Anämie in der Liste vertreten.

Tabelle 5: Aufnahmegrund 3

Aufnahmegrund	Häufigkeit	Prozent
1. Therapieanpassung	15	3,7
2. AZ Verschlechterung	5	1,2
3. Pflege	4	1,0
4. Schmerzen	3	0,7
5. Atemnot	3	0,7
6. gastrointestinale Ursache	3	0,7
7. Übelkeit/ Erbrechen	2	0,5
8. Obstipation	2	0,5
9. Entlassungsmanagement	2	0,5
10. Ileus	2	0,5
11. MMA	2	0,5
12. kard. Dekomp.	2	0,5

5 weitere Gründe wurden jeweils einmal (0,2%) genannt: Aszitespunktion, EK- Substitution, eine psychische Krise, eine im stationären Bereich durchzuführende Intervention und Anämie.

Betrachtet man die Daten geschlechterabhängig, sind Schmerzen (24,5 % bzw. 17,7 %) und Verschlechterung des Allgemeinzustands (13,1 % bzw. 17,1 %) sowohl bei Frauen als auch bei Männern die zwei häufigsten Aufnahmegründe. In der folgenden Tabelle werden die 5 häufigsten Aufnahmegründe von Männern und Frauen gegenübergestellt.

Tabelle 6: Die fünf häufigsten Aufnahmegründe bei Männern und Frauen

	Männer	Prozent	Frauen	Prozent
1.	Schmerzen	24,5	Schmerzen	17,7
2.	AZ-Verschlechterung	13,1	AZ-Verschlechterung	17,1
3.	Aszitespunktion	7,6	Entlassungs- management	14,6
4.	Entlassungs- management	6,8	Übelkeit/ Erbrechen	7,9
5.	EK-Substitution	6,3	Sterbebegleitung	6,7

8.4. Tumorentität/ Geschlechterverteilung

Von 271 stationär versorgten Patientinnen/ Patienten waren 259 onkologische Patientinnen/ Patienten, in 12 weiteren Fällen lagen andere Erkrankungen vor.

Tabelle 7: Tumorentitäten

Tumorentität	Häufigkeit	Prozent
1. Bronchuskarzinom	35	12,9
2. Pankreaskarzinom	31	11,4
3. Mammakarzinom	25	9,2
4. Prostatakarzinom	22	8,1
5. Magenkarzinom	16	5,9
6. Kolonkarzinom	14	5,2
7. Harnblasenkarzinom	12	4,4
8. Nierenzellkarzinom	10	3,7
9. Rektumkarzinom	8	3,0
10. Ovarialkarzinom	8	3,0

Die verbleibenden 29,2% teilen sich auf 38 verschiedene Tumorentitäten auf.

In der nächsten Tabelle werden die Tumorentitäten geschlechterabhängig aufgelistet. An erster Stelle befindet sich das Prostata- bzw. das Mammakarzinom. Das Bronchus- und das Pankreaskarzinom sind sowohl bei Frauen als auch bei Männern an zweiter und dritter Stelle.

Tabelle 8: Die fünf häufigsten Tumorentitäten bei Männern und Frauen

	Männer	Prozent	Frauen	Prozent
1.	Prostatakarzinom	15,4	Mammakarzinom	19,5
2.	Bronchuskarzinom	12,6	Bronchuskarzinom	13,3
3.	Pankreaskarzinom	12,6	Pankreaskarzinom	10,2
4.	Kolonkarzinom	9,1	Magenkarzinom	7,0
5.	Magenkarzinom	4,9	Ovarialkarzinom	6,3

8.5. Metastasen

Bei onkologischen Patientinnen/ Patienten wurden, wenn vorhanden, auch Organe, die Metastasen aufwiesen, erfasst. Bei 72 Patientinnen/ Patienten (26,6%) war ein Organ, bei 69 Patientinnen/ Patienten (25,5%) waren zwei, bei 41 Patientinnen/ Patienten (15,1%) drei und bei 29 Patientinnen/ Patienten (10,7%) vier Organe von Metastasen befallen. 60 Patientinnen/ Patienten (22,1%) hatten keine Metastasen. Die häufigsten betroffenen Organe sind Lunge, Leber, Knochen und Lymphknoten. 6,5% der Metastasen teilen sich auf 13 andere Organsysteme auf.

Tabelle 9: Metastasenlokalisation

Metastasenlokalisation	Häufigkeit	Prozent
1. Lunge	73	26,9
2. keine Metastasen	60	22,1
3. Leber	42	15,5
4. Knochen	39	14,4
5. Lymphknoten	25	9,2
6. Peritonealkarzinose	15	5,5
7. Sonstige Metastasen	17	6,4

Waren mehrere Metastasenlokalisationen vorhanden, wurden diese in weiteren Listen eingetragen. Bei 139 Patientinnen/ Patienten waren zwei Organe, bei 70 Patientinnen/ Patienten drei und bei 29 Patienten 4 Organe von Metastasen befallen.

In der zweiten Liste wurden Knochen- (12,9%), Lymphknoten- (11,8%) und Lebermetastasen (10,7%) am häufigsten genannt.

In der dritten Liste wiesen Lymphknoten (7,4%), Leber (5,9%) und Peritoneum (3,7%) am häufigsten Metastasen auf.

In der vierten Listen waren zerebrale Metastasen (2,2%), Lymphknoten- (1,8%) und Nebennierenmetastasen (1,1%) die drei häufigsten Nennungen.

8.6. Aufenthaltsdauer Geschlecht/ Aufnahmegrund

Der Mittelwert der Aufenthaltsdauer auf der UPE betrug 8,23 Tage, bei männlichen Patienten 7,35 Tage und bei weiblichen Patientinnen 9,52 Tage.

Tabelle 10: Aufenthaltsdauer in Tagen nach Geschlecht

Geschlecht	Mittelwert	N	Standardabweichung
Männlich	7,35	237	6,298
Weiblich	9,52	164	8,158
Insgesamt	8,23	401	7,188

Danach wurde die Aufenthaltsdauer bezogen auf den Aufnahmegrund betrachtet. In der unten stehenden Liste sind die 10 häufigsten Aufnahmegründe mit dem Mittelwert der Aufenthaltsdauer angegeben. Die längste Aufenthaltsdauer dieser 10 Aufnahmegründe war bei Entlassungsmanagement (14,05), gefolgt von Therapieanpassung (9,83) und Übelkeit/ Erbrechen (9,15).

Tabelle 11: Aufenthaltsdauer nach Aufnahmegrund

Aufnahmegrund	Mittelwert	N	Standardabweichung
Schmerzen	7,80	87	6,054
AZ Verschlechterung	7,61	59	5,696
Entlassungsmanagement	14,05	40	8,412
Aszitespunktion	2,64	28	3,009
Übelkeit/ Erbrechen	9,15	27	8,917
Sterbebegleitung	5,95	22	5,533
EK-Substitution	6,16	19	7,552
Therapieanpassung	9,83	18	8,549
BSC	8,56	16	6,673

8.7. Häufigkeit der stationären Aufnahmen

203 der 271 Patientinnen/ Patienten (74,9 %) waren ein Mal, 13,7 % waren 2 Mal und 5,9 % waren 3 Mal stationär. Jeweils 2,2 % wurden 4 bzw. 5 Mal und 1,1 % wurden 6 Mal zur stationären Behandlung aufgenommen.

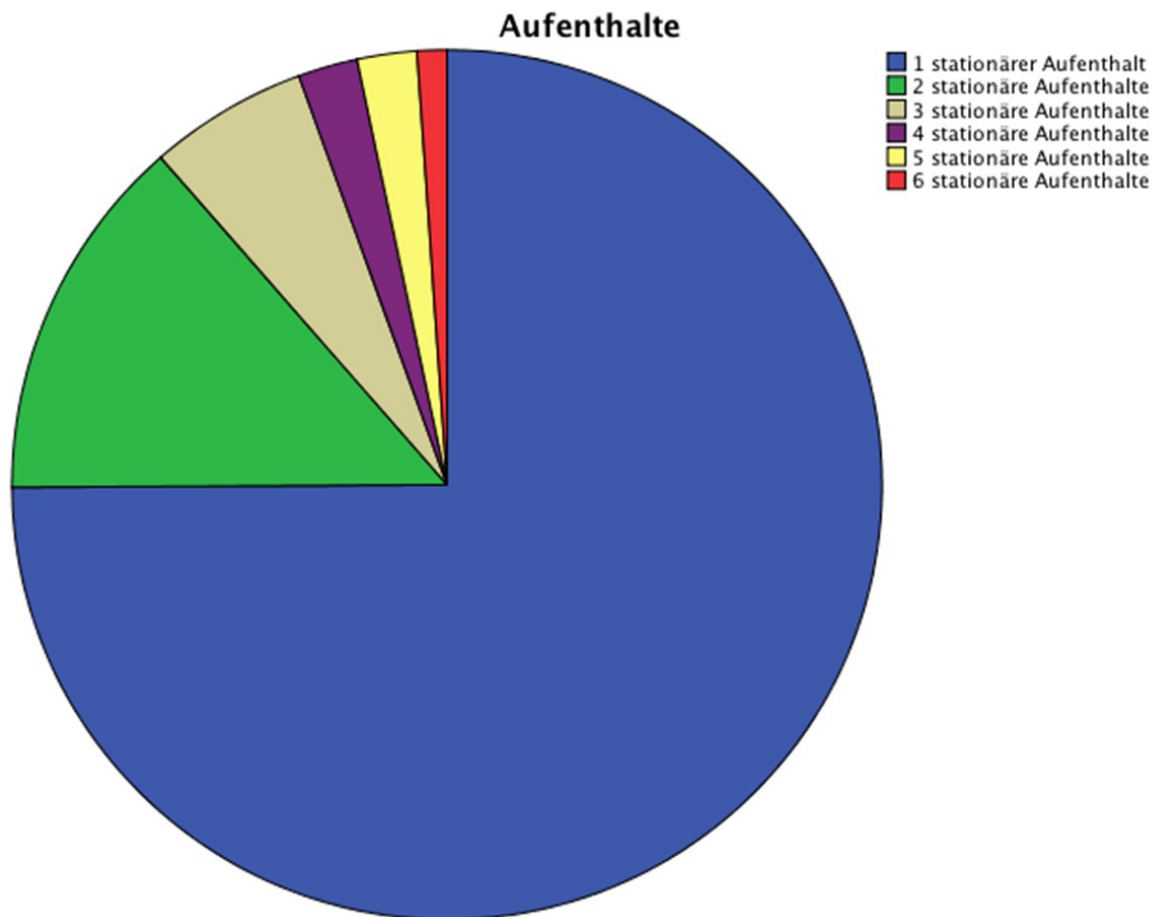


Abbildung 7: Häufigkeit der stationären Aufenthalte pro Patientin/ Patient

9. Diskussion

Das Ziel der Diplomarbeit war eine genaue Erfassung aller stationären Patientinnen/ Patienten der UPE im Jahr 2011 und in weiterer Folge einen Vergleich der tatsächlichen mit den schriftlichen, vorformulierten bestehenden Aufnahmekriterien für diese Einrichtung durchzuführen.

Fast 50% aller Patientinnen/ Patienten wurden von MPT und Onkologie überwiesen, 10% von der EBA und weitere 10% kamen von zu Hause, wobei hier die Zuweisung meistens in Absprache mit MPT und Hausärztin/ Hausarzt erfolgte.

59,4 % der Patientinnen/ Patienten waren zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme zwischen 61 und 80 Jahre alt. Die am häufigsten auftretende Tumorentität auf der UPE war bei Männern das Prostatakarzinom mit 15,4% und bei Frauen das Mammakarzinom mit 19,5%, gefolgt von Bronchus- und Pankreaskarzinom bei beiden Geschlechtern. Von insgesamt 271 waren 259 Patientinnen/ Patienten wegen einer onkologischen Erkrankung in Behandlung. Bei insgesamt 60 Patientinnen/ Patienten (22,1%) waren keine Metastasen aufgetreten. 72 Patientinnen/ Patienten (26,6%) wiesen ein mit Metastasen befallenes Organsystem auf. Bei 69 Patientinnen/ Patienten (25,5%) waren zwei Organe mit Metastasen befallen. Mit 26,9% waren Metastasen in der Lunge am häufigsten, 22,1% wurden in der Leber und 14,4 % in den Knochen lokalisiert. Diese Reihungen stimmen mit den derzeit vorliegenden epidemiologischen Daten in Österreich überein. (45)

Mit 21,7 % sind Schmerzen der Hauptaufnahmegrund auf der UPE. Dieser und die nachfolgenden Gründe wie AZ- Verschlechterung und Übelkeit/ Erbrechen decken sich mit der internationalen Fachliteratur. (46) Bei 138 Patientinnen/ Patienten (34,4%) sind zwei, bei 49 Patientinnen/ Patienten (12,2%) sogar drei Aufnahmegründe angegeben. In diesen Fällen handelte es sich um komplexe Probleme, die zur Aufnahme führten.

Ein Großteil der Patientinnen/ Patienten (74,9 %) befand sich einmal stationär auf der UPE. Lediglich 13,7 % der Patientinnen/ Patienten wurden ein zweites Mal und 5,9 % der Patientinnen/ Patienten ein drittes Mal stationär behandelt. Neben der klaren Formulierung von Aufnahmekriterien und deren Kommunikation und Einhaltung ist es wichtig die gegebene Versorgungssituation durch die Stärkung des ambulanten Bereichs in Zukunft weiter zu verstärken, beträgt doch der Mittelwert der Aufenthaltsdauer bei Aufnahmegrund

„Entlassungsmanagement“ 14,05 Tage und liegt somit über dem durchschnittlichen Wert der Verweildauer. Es wurde festgestellt, dass Männer im Mittel 7,35 und Frauen 9,52 Tage auf der UPE verweilen. Durch die vorherrschende traditionelle Arbeitsaufteilung zwischen Partnerin und Partner bereitet es vielen Männern mehr Schwierigkeiten ihre Ehefrauen zu Hause zu pflegen als umgekehrt. Andererseits treten onkologische Erkrankungen gehäuft im zunehmenden Alter auf, und mehr Frauen als Männer im gleichen Alter sind zum Zeitpunkt der Diagnosestellung bereits verwitwet. (25)

Die bei dieser Untersuchung erhobenen Aufnahmegründe stimmen weitestgehend mit den vorgegebenen Richtlinien überein. Auffällig ist jedoch die zum Teil unklare bzw. weiche Dokumentation des eigentlichen Aufnahmegrundes. Unter den drei häufigsten Aufnahmegründen, stehen AZ- Verschlechterung und Entlassungsmanagement (14,7% und 10%) an zweiter und dritter Stelle. Bei genauerer Betrachtung dieser Patientinnen/ Patienten, kann festgestellt werden, dass sich hinter den allgemeinen Begriffen „AZ-Verschlechterung“ und „Entlassungsmanagement“ ebenso wie unter „Therapieanpassung“ oft eine Vielzahl von Symptomen unterschiedlicher Gewichtung verbirgt, die häufig eine längere Aufenthaltsdauer mit sich bringen. (Entlassungsmanagement 14 Tage im Vergleich zu durchschnittlich 8 Tagen.) Ein gutes Beispiel für die fehlende Eindeutigkeit der jeweiligen Aufnahmegründe spiegelt sich in den Begriffen „Sterbebegleitung“ und „BSC“ wider. Obgleich eigentlich zwei verschiedene Aufnahmegründe, wurden diese Begriffe oftmals synonym für Patientinnen/Patienten verwendet, die bereits in die Sterbephase eingetreten waren und deren Ableben in den nächsten Stunden bis wenigen Tagen abzusehen war. Wenn der Umgang mit sterbenden Menschen im häuslichen oder allgemein stationären Bereich nicht möglich ist, kann es allenfalls im Einzelfall notwendig sein, Patientinnen/Patienten zum „Sterben“ stationär an einer hochspezialisierten Station aufzunehmen. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass der überwiegende Anteil der Patientinnen/Patienten, die 2011 an der UPE stationär betreut wurden, gemäß den geltenden Aufnahmekriterien aufgenommen wurden und eine Modifikation der selbigen allenfalls dahingehend angestrebt werden könnte, dass diese noch eindeutiger definiert und dokumentiert werden und an die Zuweiser entsprechend klar kommuniziert werden.

Eine frühzeitige Hinzuziehung einer Palliativmedizinerin/ eines Palliativmediziners ist bei onkologischen Patientinnen/ Patienten empfehlenswert, vor allem in komplexen Situationen

bei weit fortgeschrittenen Tumorerkrankungen, da die Behandlung und Schmerzkontrolle durch ein multidisziplinäres, gut vernetztes Team am besten gewährleistet werden kann. (48)

Die Palliativmedizin hielt erst Mitte der 80er Jahre in Österreich Einzug und zeigte in den letzten 15 Jahren eine beachtliche Entwicklung. Im letzten Jahrzehnt entwickelte sich im österreichweiten Vergleich das palliativmedizinische Angebot in der Steiermark gut. Eine nahezu flächendeckende Versorgung im häuslichen Bereich kann durch 30 Hospizteams, 10 Konsiliardienste und 9 mobile Palliativteams gewährleistet werden. Durch das Pilotprojekt „Stationäre Palliativbetreuung“ wurde die Bettenanzahl im stationären Bereich erhöht, das 2010 im Konzept der „Abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung“ vorgegebene Ziel konnte noch nicht erreicht werden. Derzeit stehen 48 Betten für 1,2 Millionen Steirer (48) zur Verfügung (60 Betten für 1 Million geplant), womit nur zwei Drittel der Vorgabe erfüllt werden können. (49) Ferner ist wegen der demographischen Veränderung der Bevölkerung mit einem weiteren Anstieg des Bedarfs zu rechnen, ein Ausbau der Kapazitäten im stationären Bereich ist daher wünschenswert. (32) Eine gute Strukturierung der ambulanten Einrichtungen und mobilen Dienste ist unerlässlich und eine schnelle Verfügbarkeit von palliativmedizinischer Versorgung muss flächendeckend gewährleistet sein. Eine frühzeitige Anbindung von Palliativpatientinnen/ Palliativpatienten an das MPT ist zu veranlassen, um bei akut auftretenden Problemen eine stationäre Erst- oder Wiederaufnahme eventuell vermeiden zu können. Durch zusätzliche palliativmedizinische Unterstützung im häuslichen Bereich können Patientinnen/ Patienten früher entlassen werden und somit die stationären Ressourcen einer Palliativstation optimiert eingesetzt werden. (50, 51)

Wird als Kriterium für die stationäre Aufnahme eine lebenslimitierende oder stark lebensbeeinträchtigende Erkrankung angeführt, betrifft dies natürlich nicht nur onkologische Patientinnen/ Patienten. So beträgt zum Beispiel die ein- Jahres- Mortalität bei Patientinnen/ Patienten mit Herzinsuffizienz NYHA Grad III und IV 34% bzw. bei ausschließlich Grad IV Patientinnen/ Patienten 60% mit oftmals schwer einstellbaren Symptomen, wie z.B. Atemnot und ausgeprägte Ödeme. Ebenso sind z. B: COPD Patientinnen/ Patienten bzw. Dialyse Patientinnen/ Patienten in fortgeschrittenem Krankheitsstadium oftmals schwer symptombelastet. Der Hauptgrund, dass lediglich 12 nicht onkologische Patientinnen/ Patienten betreut wurden, erklärt sich größtenteils durch die historisch sowie organisatorisch enge Verknüpfung der Palliativmedizin mit der Onkologie, die in anderen internistischen bzw. neurologischen Bereichen erst im Entstehen ist. (52, 53) Beschränkt man die Kriterien

jedoch umgekehrt nur auf schwer Kranke in der Terminal- oder gar Sterbephase, wird eine Vielzahl von Patientinnen/ Patienten ausgeschlossen, die auch schon im früheren Krankheitsverlauf von einer palliativmedizinischen Versorgung profitieren würden. Die Beurteilung der Patientinnen/ Patienten hinsichtlich der passenden palliativmedizinischen Betreuung (stationär oder ambulant) könnte durch eine Checkliste vereinfacht bzw. vervollständigt werden. (54) Dieser Prozess der Einteilung ist jedoch umfangreich und kann nur von Spezialistinnen/ Spezialisten durchgeführt werden, da ansonsten Fehler bei der Bewertung der oft komplexen Situation entstehen könnten. (55)

In Norwegen kann die Palliativmedizin bereits auf eine lange Tradition zurückblicken, dementsprechend gut ist das Versorgungssystem auf allen Ebenen ausgebaut. Auch hier gelingt es weitgehend, die bestehende große Nachfrage nach Betten auf der Palliativstation in Trondheim angemessen abzudecken. (42)

Da jede Patientin/ jeder Patient obligatorisch eine Hausärztin/ einen Hausarzt wählen muss, können Patientinnen/ Patienten leichter einer angemessenen ambulanten Einrichtung zugeführt werden. Auftretende Symptome werden schneller therapiert und dadurch kann eine Akutsituation, die eine stationäre Aufnahme bedingt, abgewendet werden. (14)

Ein Großteil der palliativmedizinischen Patientinnen/ Patienten wird ambulant versorgt, für den stationären Bereich stehen Hospize, sogenannte Nurse Homes, zur Verfügung. In diesen Einrichtungen gibt es einige Betten für eine längerfristige Betreuung, die an die Palliativstation angeschlossen sind. Die Patientinnen/ Patienten werden durch wöchentliche Besuche der Palliativmedizinerinnen/ Palliativmediziner mitversorgt. (42)

Erst wenn diese Angebote ausgeschöpft sind, wird die Patientin/ der Patient auf die Palliativstation überwiesen. Die Aufnahmekriterien richten sich ausschließlich an onkologische Patienten, die akut auftretende, schwer therapierbare Symptome aufweisen. Durch eine allgemeine Formulierung soll grundsätzlich keiner Patientin/ keinem Patienten der Zugang verwehrt werden. Die definitive Entscheidung über eine stationäre Aufnahme obliegt jedoch der/ dem behandelnden Oberärztin/ Oberarzt der Palliativstation. Da ein Großteil der Patientinnen/ Patienten erst mit Beendigung der letzten Chemotherapie vorstellig wird, ist das derzeitige Ziel in Norwegen eine frühere Einbindung der Palliativmedizin in den onkologischen Behandlungsplan um schon in früheren Krankheitsstadien die Lebensqualität der Patienten verbessern zu können. Um dies leichter

zu ermöglichen, versucht man auch elektronische Systeme in die Behandlung zu integrieren. (44)

Die UPE Graz und die Palliativstation in Trondheim sind sehr ähnlich aufgebaut. Die UPE Graz ist assoziiert zur klinischen Abteilung für Onkologie des LKH Graz, die Palliativstation in Trondheim ist eigenständig, es besteht aber eine enge Zusammenarbeit mit der onkologischen Abteilung der Universitätsklinik Trondheim. Für die stationäre Behandlung der fast ausschließlich onkologischen Patientinnen/ Patienten stehen jeweils 12 Betten zur Verfügung. Auf beiden Stationen gibt es eine enge Kooperation mit der Onkologie, ein multidisziplinäres Team arbeitet mit einem höheren Betreuer- Patienten - Schlüssel. (2) Die Aufnahmekriterien, welche die Rahmenbedingungen für die Möglichkeit einer stationären Betreuung an einer Palliativstation definieren, sind in Graz, wie auch in Trondheim relativ strikt vorgegeben. Die definitive Entscheidung über eine Aufnahme trifft jedenfalls letztendlich die/ der stationsführende Oberärztin/ Oberarzt der Palliativstation. (16,44)

In Österreich ist der ambulante Bereich in der finalen Phase des Aufbaus, die Hausärztin/ der Hausarzt ist in die Behandlung nur teilweise involviert. Freiwillige Mitarbeiterinnen/ Mitarbeiter im ambulanten und stationären Bereich gibt es nur in Österreich. (40) In Norwegen werden nur halb so viele Patientinnen/ Patienten stationär versorgt. (54) Es gibt eine Vielzahl an Ambulanzen und an mobilen Palliativteams. In den Nurse Homes stehen stationäre Hospizplätze zur Verfügung, die ein Bindeglied zwischen ambulante und stationärem Bereich darstellen. Durch die verpflichtende Wahl einer Hausärztin/ eines Hausarztes kann die Patientin/ der Patient leichter der passenden Einrichtung zugewiesen werden. (2) In norwegischen Pflegeheimen stehen doppelt so viele Pflegekräfte und 4 Mal so viele Ärzte als in Österreich zur Verfügung, obwohl die Kosten für die gesamte Versorgung in beiden Ländern gleich sind. Prof. Dr. Stein Husbö sieht im österreichischen System erhöhte Kosten durch die Verwaltung der verschiedenen Krankenkassen, zu viel Blaulichtmedizin und fehlende Ressourcen und Kompetenzen im niedergelassenen Bereich. (54)

Abschließend ist festzuhalten, dass die Weiterentwicklung palliativmedizinischer Versorgungsstrukturen wichtig ist und eine ökonomische Optimierung aufgrund der demographischen Veränderungen in den nächsten Jahrzehnten notwendig ist und dass bei allen Bemühungen auch die Interessen und Bedürfnisse der anvertrauten Menschen nicht aus den Augen verloren werden dürfen. (55)

Literaturverzeichnis

- (1) Gronemeyer, R.; Loewy, E. (Hrsg.): Wohin mit den Sterbenden? Hospize in Europa - Ansätze zu einem Vergleich. Münster u.a: LIT Verlag 2002. S. 139 - 140.
- (2) Husebø, S.; Klaschik, E.: Palliativmedizin. 3. Auflage. Berlin u.a: Springer 2003. S. 1 - 42.
- (3) Pelttari, L.; Pissarek, A.; Zottele, P.: Datenerhebung 2011. Wien: Hospiz Österreich 2012.
- (4) Steiermärkische Krankenanstaltsgesellschaft m.b.H: LKH Univ.- Klinikum Graz: Daten und Fakten. Online im Internet: URL: <http://www.klinikum-graz.at/cms/beitrag/10034119/2096185/> (Stand: 22. September 2013)
- (5) Grossman, R.; Scala, K.: Intelligentes Krankenhaus. Innovative Beispiele der Organisationsentwicklung in Krankenhäusern und Pflegeheimen. Wien: Springer Verlag 2002.
- (6) WHO: Cancer pain relief and palliative care. Report of a WHO Expert Committee. In: World Health Organization technical report series. Heft 804 (1990), S. 1 - 75.
- (7) Sepulveda, C.; Marlin, A.; Yoshida, T.; et al.: Palliative Care: the World Health Organization's global perspective. In: Journal of Pain and Symptom Management. Heft 2 (2002), S. 91 - 96.
- (8) Hui, D.; De La Cruz, M.; Mori, M.; et al.: Concepts and definitions for "supportive care," "best supportive care," palliative care", and "hospice care" in the published literature, dictionaries, and textbooks. In: Supportive Care in Cancer. Heft 21 (2013), S. 659 - 685.
- (9) Bausewein, C.; Higginson, I.,J.: Challenges in defining "palliative care" for the purpose of clinical trials. In: Current Opinion in Support Palliative Care. Heft 7 (2013), S. 471 - 482.
- (10) Aulbert, E. (Hrsg.); Radbruch, L. (Hrsg.); Nauck, F. (Hrsg.): Grundlagen der Palliativmedizin. Lehrbuch der Palliativmedizin: Mit einem Geleitwort von Helmut Pichlmaier. 3.Auflage. Berlin u.a.: Schattauer 2011. S. 1 - 139.
- (11) Bibliographisches Institut & F.A. Brockhaus AG (Hrsg.): Duden. Das Wörterbuch medizinischer Fachausdrücke. 7.Auflage. Mannheim: Dudenverlag 2003.
- (12) Höfler, A., E.: Die Geschichte der Hospizbewegung in Österreich. Zukunft braucht Vergangenheit. Wien: Dachverband Hospiz Österreich 2001.
- (13) Nagele, S.; Feichtner, A.: Lehrbuch der Palliativpflege. 3.Auflage. Wien: facultas.wuv 2012.
- (14) Jaspers, B.; Schindler, T.: Stand der Palliativmedizin und Hospizarbeit in Deutschland und im Vergleich zu ausgewählten Staaten. Berlin: Deutscher Bundestag 2005. S. 317 -347.

- (15) Radbruch, L.: President's message 2009. Online im Internet: URL: <http://www.eapcnet.eu/Corporate/AbouttheEAPC/Presidentsmessages/Message2009.aspx> (Stand: 20. September 2013)
- (16) Onkologie Graz: Klinische Abteilung für Onkologie der Univ. Klinik für Innere Medizin Graz. Universitäre Palliativmedizinische Einrichtung (UPE). Online im Internet: URL: http://www.onkologie-graz.at/palliativstation_allgemeines.html (Stand: 11. September 2013)
- (17) Samonigg, H.; et. al.: Palliativmedizin und Hospizkonzept. Virtuelle Vorlesung im Rahmen des Studiums. Graz 2011.
- (18) Nauk, F.: Leben. Sterben. Lernen. Vortrag im Rahmen einer Veranstaltung der Hospizakademie. Graz, 13. September 2013.
- (19) Bibliographisches Institut & F.A. Brockhaus AG (Hrsg.): Duden. Das Fremdwörterbuch. 4. Auflage. Mannheim: Dudenverlag 1982.
- (20) Leitner, B.: Herz-Kreislaufkrankungen und Krebs sind häufigste Todesursachen im höheren Alter. Online im Internet: URL: http://www.statistik.at/web_de/dynamic/statistiken/gesundheit/todesursachen/071153 (Stand: 17. September 2013)
- (21) OECD: Health at a Glance. Europe 2012. Paris: OECD 2010.
- (22) Bundesministerium für Gesundheit: Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich. Online im Internet: URL: http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Planung/Hospiz_und_Palliativversorgung_in_Oesterreich (Stand: 16. September 2013)
- (23) Nemeth, C.: Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich. Online im Internet: URL: http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/3/6/7/CH1071/CMS1103710970340/bericht_abgestufte_hospiz-_und_palliativversorgung.pdf. (Stand: 13. September 2013).
- (24) Pleschberger, S.: Hochaltrigkeit in Österreich. Eine Bestandsaufnahme. Leben und Sterben in Würde. Palliative Care und Hospizarbeit. 2. Auflage. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2009. S. 467 - 494.
- (25) Wegleitner, K.; Heimerl, K.; Pleschberger, S.; et al.: Gut versorgt bis zuletzt. Palliative Care in der Hauskrankenpflege des ÖRK. Online im Internet: URL: http://www.uni-klu.ac.at/pallorg/downloads/gut_versorgt_bis_zuletzt_endbericht_03.03.09.pdf (Stand: 18. September 2013)
- (26) Müller-Busch, C.: Menschenwürdige Medizin am Lebensende - ein Stiefkind der Medizin? In: Palliativmedizin in Deutschland. Heft 4 (2008), S. 7 - 14.

- (27) Baumgartner, J.: Pilotprojekt "Stationäre Palliativbetreuung". Online im Internet: URL: http://www.palliativbetreuung.at/cms/dokumente/10088274_2805550/3c4f1643/Schlu%C3%9Fbericht_PilotprojektStationaerePalliativbetreuung_Steiermark98-00.pdf (Stand: 22. September 2013)
- (28) Samonigg, H., et al.: Aufnahmekriterien Palliativstation Graz. Graz: Universitäre Palliativmedizinische Einrichtung 2013.
- (29) Bundesministerium für Gesundheit: Prozesshandbuch Hospiz- und Palliativeinrichtungen. Wien: Bundesministerium für Gesundheit 2012.
- (30) Moritz, S.: Palliative Physiotherapie. Wien: Physio Austria 2011.
- (31) Kränzl-Nagl, R.; Nußbaumer, B.: Bestandsaufnahme von Hospiz und Palliative Care in Österreichs Alten- und Pflegeheimen. Online im Internet: URL: http://www.lebensweltheim.at/cms/dv/images/hp_endbericht.pdf. (Stand: 18. September 2013)
- (32) Van Oorschot, B.; Wedding, U.: Einstellungen zu Sterben, Tod und Palliativmedizin. In: Der Onkologe. Heft 4 (2005), S. 367 - 375.
- (33) van der Steen, J., T.; Radbruch, L.; Hertogh, C., et al.: White paper defining optimal palliative care in older people with dementia: A Delphi study and recommendations from the European Association for Palliative Care. In: Palliative Medicine. 2013.
- (34) Zernikow, B.: Strukturelle und organisatorische Grundlagen. Palliativversorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Heidelberg: Springer Medizin Verlag 2008. S. 4 - 14.
- (35) Nemeth, C.; Pochobradsky, E.: Hospiz- und Palliativbetreuung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Wien: Bundesministerium für Gesundheit 2013.
- (36) Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz: Familienhospizkarenz. Informationen zur Familienhospizkarenz. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2013.
- (37) Kohlwein, A.: Das Patientenverfügungsgesetz. Vorlesung im Rahmen des Studiums. Graz, 15. März 2010.
- (38) Bundeskanzleramt Österreich: Pflegegeld. Online im Internet: URL: <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/36/Seite.360510.html> (Stand: 24. September 2013)
- (39) Koordination Palliativbetreuung Steiermark: Koordination Palliativbetreuung Steiermark. Online im Internet: URL: <http://www.palliativbetreuung.at/> (Stand: 20. September 2013)
- (40) Hospiz Steiermark: Tätigkeitsbericht 2012. Graz: Hospiz Steiermark 2013.
- (41) Medizinische Universität Graz: Medizinische Universität Graz. Studienangebot Humanmedizin. Online im Internet: URL: <http://www.meduni-graz.at/images/content/>

file/studium/humanmedizin/pdf/studienplan_v11_01102013.pdf. (Stand: 13. September 2013)

(42) Block, S. D.; et al.: A Systematic Approach to Palliative Care in a Hospital and Community Setting. An Interview with Stein Kaasa. Online im Internet: URL: <http://www2.edc.org/lastacts/archives/archivesJuly01/intlpersp.asp> (Stand: 19. September 2013, 2013)

(43) Jordhoy, M., S.; Fayers, P.; Saltnes, T.; et al.: A palliative-care intervention and death at home: A cluster randomised trial. In: Lancet. Heft 9233 (2000), S. 888-893.

(44) Tromsoe, M.: Palliativstation Trondheim. Telefoninterview. Graz; Trondheim, 18. Oktober 2013.

(45) Statistik Austria: Krebsinzidenz in Österreich. Online im Internet: URL: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/krebserkrankungen/krebsinzidenz_im_ueberblick/index.html (Stand: 15. Oktober 2013)

(46) Potter, J.; Hami, F.; Bryan, T.; et al.: Symptoms in 400 patients referred to palliative care services: prevalence and patterns. In: Palliative Medicine. Heft 4 (2003), S. 310 - 314.

(47) Van den Beuken; Van Everdingen, M., H.; De Rijke, J., M.; et al.: Prevalence of pain in patients with cancer: A systematic review of the past 40 years. In: Annals of Oncology. Heft 9 (2007), S. 1437 - 1449.

(48) Bundesanstalt Statistik Österreich: Bevölkerung sowie Zahl der Gemeinden 2011 nach Gemeindegrößenklassen und Bundesländern. Online im Internet: URL: https://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/volkszaehlungen_registerzaehlungen/bevoelkerungsstand/034208.html (Stand: 2. Oktober 2013)

(49) Watzke, H.: Palliative Versorgung in Österreich: Nur ein Bruchteil des Bedarfs ist abgedeckt. In: Spectrum Onkologie. Heft 1 (2013).

(50) Beck, T.: Palliativmedizin und Hospiz. In: Der Gynäkologe. Heft 12 (2001), S. 1177 - 1179.

(51) Genser, Y.: Untersuchung der Häufigkeit der Inanspruchnahme stationärer und mobiler Palliativdienste im Landeskrankenhaus Klagenfurt. Graz, Diplomarbeit 2009.

(52) Fischer, S., M.; Gozansky, W., S; Sauaia, A.; et al.: A practical tool to identify patients who may benefit from a palliative approach: the CARING criteria. In: Journal of Pain and Symptom Management. Heft 4 (2006), S. 285 - 292.

(53) Watson, R., D., S.; Gibbs, C., R.; Lip, G., Y., H.: ABC of heart failure. Clinical features and complications. In: British Medical Journal. Heft 320 (2000), S. 236 - 239.

(54) Husbö, S.: 10 Jahre UPE Graz. Palliative Care. Vortrag im Rahmen der 10 Jahres Feier der UPE Graz. Graz, 25. Oktober 2013.

(55) Dörner, K.: Leben und Sterben, wo ich hingehöre. Dritter Sozialraum und neues Hilfesystem. 7.Auflage. Neumünster: Paraneus Verlag 2012. S. 67.

Anhang

Telefoninterview mit Morten Thronæs M.D., Leiter der Palliativstation in Trondheim, Norwegen, am 18. Oktober 2013

Could you give me some general information about your unit?

We have an outpatient clinic and an inpatient unit with 12 single bed rooms. Our unit is integrated with the oncology department. Furthermore, we have a consultant team that supports the oncology and other clinics like gynecology. At the nursing home we have 12 more beds.

We have 150 patients in the outpatient clinic and about 100 patients a year in our inpatient unit.

What is the criteria for hospitalization in your unit?

Most important is, that everyone can get access to our unit, if it's necessary. We are very liberal. The patient has to suffer from a non-curative illness, additionally we do accept palliative chemotherapy. The patient has to suffer from acute symptoms, that we're not able to handle at the outpatient clinic. The most common symptom is pain. Therefore, we have a collaboration with experts from another clinic and we are supporting each other. More common symptoms are nausea, delirium, depression and sometimes end of life support. Although, it is assumed that patients are dying at home or in nursing homes. If our palliative unit is not the right option for a patient we refer him or her to another facility.

Do you have any written criteria or a kind of checklist?

No, there's no checklist. It's the physician's decision.

Are there just oncology patients in your unit?

We just accept oncology patients, but if there is need for help we send a consultant team to other departments. Most commonly for pain management, and our team consults with the physicians of the other specialties.

What kind of staff works in your unit?

There are 2 senior and 2 junior doctors. At daytime there are 7 to 8 nurses working, in the evening 4 and during the night there are 2 nurses. There are also social workers, occupational therapist and nutritionists working on our unit.

What makes you proud about your unit that is different from other units?

Although we're integrated to the oncology department, we are independent, we have our own floor for our patients. Every morning oncology and palliative physicians have a meeting, and 3 to 4 times per week we have lessons together. It's a good way working together, to support each other and discuss patient cases.

I really like to go outside and visit the patients at home.

In our community our unit has a good reputation. Patients and relatives give us good feedback, which makes me proud.

We have a close collaboration with EAPC and University of Trondheim. Where the last boss of our unit is working now. (Anm.: Stein Kaasa, M.D.)

What are your main research fields at the moment?

One of our projects is an electronic advice system, this allows patients to report about their symptoms. We also have a few clinical studies being conducted in our unit.

At the moment we want to get earlier contact with the patients. Most of the time they are coming when they have already stopped with target or chemotherapy. But it would be most beneficial to combine palliative and oncology therapies.