

Warten auf die Regelfinanzierung

Seit den späten 1980er-Jahren kümmern sich Fachleute in mobilen Palliativteams um unheilbar kranke und sterbende Menschen. Die Teams sind weitgehend etabliert, das System funktioniert, die Patienten fühlen sich gut versorgt, die öffentliche Hand zahlt. Verbesserungsbedarf gibt es dennoch. Im Jahr 2006 erstellte die Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Hospiz- und Palliativversorgung“ im Auftrag des Gesundheitsministeriums einen Bericht. Darin wird als Bedarfswert ein mobiles Palliativteam mit 4,5 Vollzeitkräften je 140.000 Einwohner empfohlen. Demnach, so die Arbeitsgruppe, müssten bis Ende 2012 österreichweit 59 mobile Palliativteams im Dienst sein. Heute sind es 40. „Dabei waren die Zahlen im Jahr 2006 niedrig angesetzt im Vergleich zu internationalen Daten“, sagt Johann Baumgartner, Leiter der Koordination Palliativbetreuung Steiermark und Vizepräsident des Dachverbandes Hospiz Österreich.

Die Ergebnisse der Arbeitsgruppe sind ein Wunschprogramm, eine Idealvorstellung für Österreich. Dass es demnächst mehr Teams geben wird, ist nicht anzunehmen, solange die Finanzierung so ist, wie sie derzeit nun einmal ist: uneinheitlich und projektbezogen. „Die Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe blieben in vielen Punkten unberücksichtigt. Mobile Palliativteams sind Ländersache, und so bewirkt die Vielfalt Ungerechtigkeit auf dem Rücken der Betroffenen, die aus Unkenntnis niemanden aufregt“, erklärt Baumgartner.

Unklare Finanzierung

Die Arbeit der mobilen Palliativteams läuft in den Bundesländern in der Regel im Rahmen von Projekten, finanziert aus Töpfen der Gesundheits- und Sozialressorts, der Gebietskrankenkassen und durch Spenden. „Komplexe Mischfinanzierung“, sagt Karl Bitschnau dazu, Leiter von Hospiz Vorarlberg. Ähnlich beschreibt Johann Baumgartner die Situation. Ebenso Brigitte Riss, Vorsitzende des Landesverbandes Hospiz Niederösterreich: „Es gibt verschiedene Finanzierungsströme für den Hospiz- und Palliativbereich. Allein in Niederösterreich kommen die Mittel aus dem Reformpool (*Bund und Länder, Anm.*), aus Strukturmitteln (*NÖ Gesundheits- und Sozialfonds, Anm.*) und dem Sozialbudget des Landes. Eine einheitliche Finanzierung wäre wünschenswert. Ich hoffe, dass diese schwierige Aufgabe zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherungen möglichst bald gelöst werden kann.“

Die meisten Menschen möchten zu Hause sterben. Unerfüllbar ist dieser Wunsch längst nicht mehr. Mobile Palliativteams unterstützen die Betroffenen in ihren letzten Tagen und Wochen. Doch es gibt Verbesserungsbedarf.

Bettina Benesch

Die Teams in Niederösterreich seien gut und flächendeckend aufgestellt, bedarfsorientierte Nachbesserungen personeller Ressourcen werde es dennoch immer wieder geben müssen, sagt die Ärztin: „Ein Qualitätskriterium der mobilen Palliativdienste sollte auch die 24-Stunden-Rufbereitschaft sein. Sie ist derzeit nicht möglich, weil nicht finanzierbar.“ Eine Ausnahme gebe es jedoch: Das Palliativteam in Korneuburg/Stockerau. Sie bietet die 24-Stunden-Rufbereitschaft an, finanziert aus Spendenmitteln der Caritas.



Johann Baumgartner, Hospiz Österreich: „Die Empfehlungen blieben in vielen Punkten unberücksichtigt.“ Foto: Furgler

Kommende 15a-Vereinbarung als Chance

Ein Blick in die Steiermark, die mit Niederösterreich bundesweit an der Spitze liegt, was die Zahl der mobilen Palliativteams betrifft: 2008 untersuchte das Grazer Institut Joanneum Research, welche finanziellen Verschiebungspotenziale sich durch die Arbeit des Mobilien Palliativteams in Graz ergeben haben: Während die Betreuung mit mobilem Team im letzten Lebensmonat rund 4.500 Euro kostet (inkl. Kosten für stationäre Kurzaufenthalte, Heilmittel, Heilbehelfe etc.), sind es für die ausschließlich stationär versorgte Kontrollgruppe knapp 6.400 Euro. Eine Differenz von 1.900 Euro pro Patient. „Das war der Durchbruch in der Steiermark“, sagt Johann Baumgartner. Heute finanziert der Gesundheitsfonds die mobilen Palliativteams, für deren Arbeit durchschnittlich 1.500 Euro pro Patient anfallen – vom ersten Besuch bis zu seinem Tod, und samt Nachbetreuung der Angehörigen, sagt Baumgartner.



Brigitte Riss, Landesverband Hospiz Niederösterreich: „Eine 24-Stunden-Rufbereitschaft ist derzeit nicht finanzierbar.“ Foto: privat

In der Steiermark ist die Regelfinanzierung auch für die nächsten Jahre gesichert. Das gilt auch für Niederösterreich und Vorarlberg. Zumindest bis Ende 2013. 2014 tritt die nächste 15a-Vereinbarung in Kraft und es stellt sich die Frage: Wie werden die mobilen Palliativdienste dann finanziert? „Das wäre eine Chance für eine österreichweite Finanzierungslösung. Doch wer das will, muss auch mitzahlen. Und wer will das?“, fragt Baumgartner. Das Gesundheitsministerium

ließ mehrere Nachfragen der ÖKZ, wie der Ausbau der mobilen Palliativdienste in Zukunft gestaltet werden soll, unbeantwortet.

Eindeutiger Nutzen für Patienten

Bei alledem ist der Nutzen der mobilen Palliativteams klar: „Sie verlängern die Zeit, die Patienten zu Hause verbringen können, verringern die Zahl der Krankenhausaufenthalte und ermöglichen, dass mehr Menschen zu Hause sterben können“, erklärt Johann Baumgartner. Für die mobile Palliativbetreuung spricht überdies das gute Feedback der Angehörigen.¹ Eine US-amerikanische Studie an Patienten mit nicht-kleinzelligem Lungenkrebs zeigte 2010 überdies, dass frühzeitig eingesetzte Palliative Care die Lebensqualität der Betroffenen erhöht, ihre Überlebenszeit verlängert und ihre psychische Verfassung verbessert. Die Patienten erhielten am Lebensende zudem weniger aggressive Behandlung als jene aus der Vergleichsgruppe.² „Damit wurde zum ersten Mal wissenschaftlich dokumentiert, dass Tumorkrankheiten eine deutlich höhere Lebensqualität haben, wenn sie palliativmedizinisch und pflegerisch betreut und begleitet werden“, sagt Brigitte Riss vom Landesverband Hospiz Niederösterreich. „Palliative Care ist ein Miteinander, das allen gut tut.“

Die Politik zweifelt nicht an den positiven Effekten der Hospiz- und Palliativarbeit – im Gegenteil: Der Wille ist vorhanden, regelmäßig werden neue Palliativstationen eröffnet, erst im Juni die 14-Betten-Station im Wilhelminenspital in Wien und in Knittelfeld in der Steiermark. Zudem wird an neuen Konzepten für stationä-

Was ist ein mobiles Palliativteam?

Ein mobiles Palliativteam besteht in der Regel aus einem Arzt, einer diplomierten Pflegeperson, einem Sozialarbeiter und einer Sekretärin. Das Team berät und unterstützt Patient, Hausarzt, Pflegende und Angehörige, ist also vorrangig konsiliarisch tätig. Ziel ist die Information und Beratung in Sachen Schmerztherapie, Symptomkontrolle, Palliativpflege und psychosoziale Begleitung.

Das Team übernimmt den Fall in der Regel nur dann, wenn die medizinische und pflegerische Betreuung des Patienten zu Hause sichergestellt ist, etwa durch den Hausarzt und/oder die mobile Krankenpflege, und wenn der Patient der Betreuung zustimmt. Angefordert werden kann der mobile Palliativdienst von allen Betroffenen: Patient, Angehörigen, Hausarzt, Hauskrankenpflege oder Krankenpflege im Spital. Die Betreuung dauert so lange wie nötig, eine zeitliche Begrenzung gibt es nicht. Der Dienst ist für die Patienten kostenlos und es braucht keine chefärztliche Bewilligung.

re Hospize gearbeitet. Die Rahmenbedingungen für die mobilen Palliativteams haben sich jedoch seit Jahren nicht geändert, klagt Baumgartner: „Mit dem laufenden Abbau von Akutbetten braucht es neue und flexible Strukturen für die Betreuung zu Hause und in Heimen. Ein wichtiges Modul dabei sind mobile Palliativteams. Der Ausbau schreitet zu langsam voran.“

Künftige Aufgaben der mobilen Teams

Ausreichende Finanzierung vorausgesetzt, gäbe es für die mobilen Teams reichlich Arbeit. Derzeit sind die meisten betreuten Personen Krebspatienten – künftig könnte sich das ändern: Baumgartner sieht Bedarf etwa bei Patienten mit fortgeschrittenen Lungen- und Herzerkrankungen, bei denen die Lebenszeit oft schwer prognostizierbar ist. Palliativmedizinisch sei da noch viel möglich, allerdings fehle oft das Know-how. Auch Patienten mit neurologischen Krankheiten könnten mit mobilen Diensten gut versorgt werden; etwa nach schwerem Schlaganfall. Weiters gefragt sei palliativmedizinische Expertise bei Demenz und bei der Dialyse, bei der es auch um ethische Fragen gehe, etwa die, wann die Maschine abgeschaltet wird.

Laut Baumgartner gibt es außerdem Bedarf bei alten, multimorbiden Patienten, die aus dem Pflegeheim ins Krankenhaus transferiert werden, weil der Hausarzt nicht verfügbar ist: „Vieles in Heimen läuft ärztlicherseits nicht optimal: Durch die freie Arztwahl gibt es keine Heimärzte, und die niedrige Honorarsituation demotiviert die Hausärzte.“ Vor allem abends und nachts fehlen Baumgartner zufolge die Ärzte, was zu vermeidbaren Einweisungen ins Akutkrankenhaus führt. Zudem gäbe es zu wenig palliativmedizinische Qualifikation in den Heimen, und wenig vorausschauende Planung, u.a. wenn es um Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten gehe.

Mehr Bewusstsein bei Krankenkassen gefragt

Auch für Brigitte Riss müssten die Hausärzte stärker in die Palliativbetreuung eingebunden werden. Sie sieht Nachbesserungsbedarf bei den Krankenkassen: „Die Hausärzte können zu wenig abrechnen. Palliativpatienten brauchen mehr Zeit als andere. Sie brauchen längere Visiten, manchmal auch zwei Mal täglich. Das muss erkannt und honoriert werden.“ ::



¹ Baumgartner J et al.(2012): Angehörigenbefragung - Eine schriftliche Befragung von Angehörigen verstorbenen Patienten, betreut von Mobilien Palliativteams, Poster EAPC research congress, Trondheim.

² Temel JS et al (2010): Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer. N Engl J Med 363(8):733-42.

Bettina Benesch
ist freie Journalistin in Wien.

Fly Tieto

zu den Gesundheitssystemen des Nordens

Den Film zur Studienreise
finden Sie hier: tieto.com/dach/flytieto

tieto