

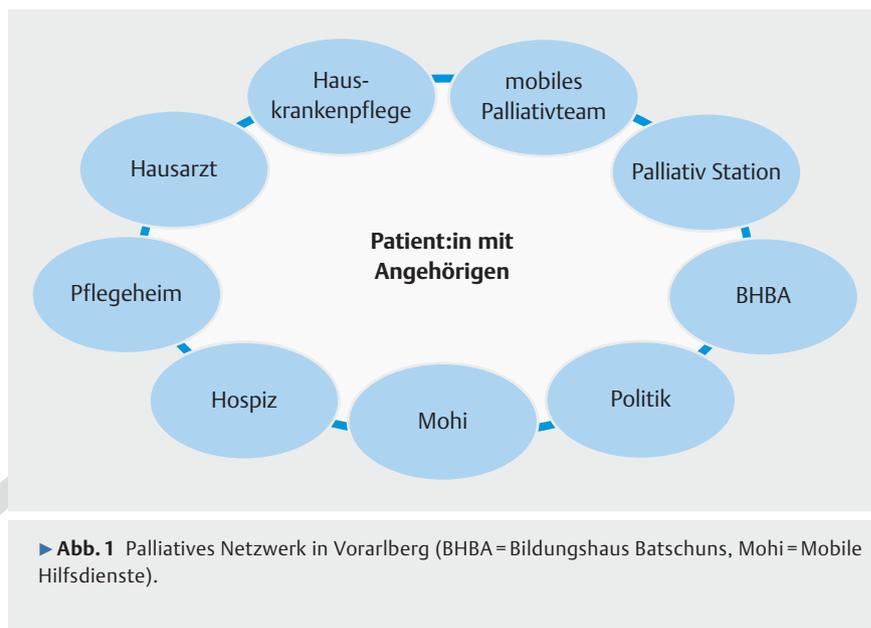
Allgemeine Ambulante Palliativversorgung in Vorarlberg

Katharina Rizza, Gebhard Mathis

Der Bedarf an Palliative Care wird bekanntlich in den kommenden Jahren aufgrund demografischer Entwicklung zunehmen. Schätzungsweise 80–90% der Patient*innen benötigen eine allgemeine Palliativversorgung, während 10–20% eine Betreuung von spezialisierten Einheiten brauchen [1]. Eine Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen ambulanten Pflegediensten und niedergelassenen Hausärzt*innen ist daher ein Gebot der Stunde. Wie kann sie gelingen?

ABKÜRZUNGEN

KPV	Krankenpflegeverein
SPiCT	Supportive and Palliative Care Indicator Tools



► **Abb. 1** Palliatives Netzwerk in Vorarlberg (BHBA = Bildungshaus Batschuns, Mohi = Mobile Hilfsdienste).

Hintergrund und Problemlage

Palliative Care in der Grundversorgung im ambulanten oder häuslichen Bereich ist besonders herausfordernd. Patient*innen werden zu Hause von Pflegepersonen des ambulanten Pflegedienstes gepflegt und von niedergelassenen Hausärzt*innen behandelt. Der Pflegestützpunkt und die ärztliche Praxis sind räumlich voneinander getrennt. Damit eine gemeinsame Betreuung gelingen kann, braucht es gute Zusammenarbeit und ein gemeinsames Ziel. Dafür sind geregelter Austausch und gelingender, zeitnaher Informationsfluss unbedingt erforderlich. Gemeinsame Hausbesuche finden immer noch zu selten statt.

Die Situation in Vorarlberg

Die palliative häusliche Pflege ist in ein Netzwerk mit vielseitigen kommunikativen Bedürfnissen eingebunden (► **Abb. 1**). Eine im Jahr 2016 durchgeführte Befragung der ambulanten Pflegedienste in Vorarlberg (Österreich) zeigte, dass eine Zusammenarbeit mit Hausärzt*innen als dringend erforderlich und verbesserungswürdig eingeschätzt wird. 63% aller Krankenpflegevereine (KPV)

gaben an, dass Hospitalisierungen von Patient*innen mit Palliativbedarf vermutlich vermieden werden könnten, wenn die Zusammenarbeit besser gelingen würde [2]. Die Symptomlast von Patient*innen in der häuslichen Pflege entspricht nicht selten jener in Akutkliniken. Schmerzen, als häufigstes Symptom, werden oft bis fast immer wahrgenommen und stellen für Pflegefachpersonen, ebenso wie die Atemnot, das am meisten belastende Symptom dar [2]. Es überrascht daher wenig, dass „schwer einstellbare Symptome“ als häufigster Grund für Hospitalisierungen angegeben werden.

In Vorarlberg, einem Bundesland in Österreich mit knapp 400 000 Einwohnern und überwiegend ländlicher Struktur, gibt es flächendeckend ambulante Pflegedienste, die als Vereine unter einem gemeinsamen Dachverband versammelt sind. Die Größe der Vereine variiert zwischen 1 und 40 Pflegefachpersonen. In 71% der KPVs ist mindestens eine Pflegekraft beschäftigt, die über eine Fortbildung oder Weiterbildung in Palliative Care verfügt. Fast zwei Drittel der KPVs arbeitet mit 4–9 verschiedenen Hausärzt*innen zusammen, ein Verein sogar mit 20.

Palliative Care in Vorarlberg

In Vorarlberg, dem kleinsten Bundesland in Österreich, werden seit über 20 Jahren interprofessionelle Palliativlehrgänge angeboten. Zum erfolgreichen Abschluss des 15-tägigen Lehrgangs gehört das Erstellen einer Projektarbeit. So wurden über die Jahre verschiedene, meist sehr praxisnahe Projekte zur Implementierung von Palliative Care entwickelt, und manche haben sich etabliert. Beispielsweise wurde der *Palliative Krisenplan* in vielen Pflegeheimen als Instrument zur vorausschauenden Planung eingeführt [3]. In manchen Gemeinden wurden auf Initiative von Hausärzt*innen oder ambulanten Pflegediensten regelmäßige stattfindende gemeinsame Patienten (fall)besprechungen eingeführt.

Ein anderes Projekt hatte zum Ziel, den Informationsfluss zwischen Hausarzt, Pflegedienst, dem Mobilem Palliativteam und anderen Dienstleistern zu gewährleisten. Dafür wurde eine Patientendokumentationsmappe entwickelt, die sogenannte *Gelbe Mappe*. Neben den Stammdaten der Patient*innen und einem formlosen Blatt für den Informationsaustausch können dort auch Arztbrief, Medikationsliste und andere wich-

tige Dokumente abgelegt werden. Viele KPVs übernahmen die Idee und führten in ihrer Region ebenfalls *Gelbe Mappen* ein. In vielen Vereinen wurden gute Erfahrungen damit gemacht, andere beklagten die Inakzeptanz vonseiten der Hausärzt*innen, die darin eine überflüssige Tätigkeit sahen.

Verbesserung der ambulanten Palliativversorgung mittels standardisierter Instrumente

Ausgehend von diesen Erfahrungen wurde in den letzten 2 Jahren in einem breit angelegten Projekt eine Ausweitung und Durchdringung dieser gut gelingenden Modelle für das ganze Bundesland und die Palliativversorgung im häuslichen Bereich angestrebt und standardisiert. Unter der Schirmherrschaft von Hospiz Österreich und in Zusammenarbeit mit dem landeseigenen Pflegeverband, dem Dachverband der Hauskrankenpflege und dem Weiterbildungsinstitut für Palliative Care, Bildungshaus Batschuns, fanden Workshops für Pflegepersonen statt, die zukünftig als Palliativbeauftragte ihres Vereins fungieren sollen. Ein Beirat mit Mitgliedern der Ärztekammer Vorarlberg, dem ärztlichen Leiter des Mobilen Palliativteams, der Landesregierung und anderen Dienstleistern im ambulanten Bereich begleitete diese Workshops auf organisatorischer Ebene.

Insgesamt 4 Workshops wurden durchgeführt und über 60 Personen geschult (► **Abb. 1**). Davon haben bereits 50% eine Weiterbildung in Palliative Care absolviert oder zeitgleich eine begonnen. In 2,5 Tagen wurden die folgenden Themen behandelt:

- Identifizierung von Palliativbedarf,
- Schmerz- und Symptomlinderung,
- interprofessionelle Zusammenarbeit sowie
- An- und Zugehörigenbegleitung.

Trainerinnen waren eine Diplompflegefachkraft in der Praxis und die Leiterin der Palliativlehrgänge, ebenfalls Diplompflegefachkraft mit M.Sc. Palliative Care. Ein halber Tag diente dem Kennenlernen verschiedener spezialisierter Einheiten

des Landes und der ehrenamtlichen Hospizbegleitung.

Damit Zusammenarbeit gelingen kann, bedarf es eines gemeinsamen Ziels. Diesbezüglich stellte sich heraus, dass Pflegekräfte und Hausärzt*innen oft unterschiedliche Einschätzungen vom Zustand des Patienten haben. Wenn ein direkter Austausch selten stattfindet, gestaltet sich die gemeinsame Zielsetzung aber schwierig. Auch bestehen oft verschiedene Auffassungen darüber, „ab wann ein Patient palliativ ist“. So wurden palliative Maßnahmen vielfach verspätet angesetzt.

Bedenken gab es in Hinblick auf die An- und Zugehörigen: Wie sollte ihnen erklärt werden, dass ihr Patient fortan in die Kategorie „palliativ“ eingeordnet wird? Der Begriff „palliativ“ wird von vielen (nicht nur Laien) immer noch mit sterbend gleichgesetzt. Zur Identifizierung von Palliativbedarf wurde im Workshop das Assessmenttool SPICT eingeführt. Dieses Instrument kann als Grundlage für eine gemeinsame Zielfindung dienen.

Um unnötige oder klinisch nicht indizierte Hospitalisierungen zu vermeiden, wurden im Workshop alle Teilnehmenden mit dem *Palliativen Behandlungsplan* vertraut gemacht. Der *Palliative Behandlungsplan* ist Teil des Vorsorgedialogs, der österreichischen Variante der *Vorausschauenden Planung* (Advance Care Planning) [4]. Hier sollen Wünsche des Patienten bzw. der Patientin zum Ende des Lebens dokumentiert werden, so etwa, ob eine Patientenverfügung vorliegt oder Vorsorgevollmacht erteilt ist, welches der Wille des Patienten ist, ob bei Verschlechterung eine stationäre Einweisung ins Krankenhaus eher gewünscht oder abgelehnt wird. Die Dokumentation wird durch die hausärztliche Unterschrift beglaubigt und in regelmäßigen Abständen evaluiert. Auf einem gesonderten Blatt werden Medikamente für die Symptomlinderung in der terminalen Phase verordnet. Das erlaubt Pflegefachpersonen (und eingeführten Angehörigen) bei plötzlich auftretenden Symptomen und bei Nichterreichbarkeit des Arztes oder der Ärztin, handlungsfähig zu

bleiben und Hospitalisierungen zu vermeiden.

Der *Palliative Behandlungsplan* soll allen Patient*innen zugänglich sein. Zu diesem Zweck wurde die in vielen Pflegevereinen bereits kursierende *Gelbe Mappe* standardisiert und durch den Plan ergänzt. Inzwischen haben alle Krankenpflegevereine eine *Gelbe Mappe*. In Absprache mit zuständigen Hausärzt*innen werden diese bei den jeweiligen Patient*innen deponiert. Viele Ärzt*innen sind von diesem Instrument inzwischen überzeugt, und es haben sich hilfreiche und unterstützende Kooperationen zwischen Pflegediensten und Ärzt*innen ergeben. Andere erwarten mehr Informationen und wurden durch die Ärztekammer über die Sinnhaftigkeit des Instruments informiert und um Kooperation gebeten.

Als weiteres strukturelles Element zur Verbesserung der ambulanten Palliativversorgung wurden in jedem Pflegeverein sogenannte „Palliativbeauftragte“ ernannt. Sie sind erste Ansprechpartner für Palliative Care innerhalb des Teams und nach außen hin und tragen Verantwortung für die Etablierung und Umsetzung der Hospizkultur und Palliative Care in ihren Organisationen. In einem halbjährlichen Zusammentreffen aller Palliativbeauftragten werden inhaltliche und strukturelle Fortschritte gemeinsam erörtert und weitere Optimierungen erarbeitet. Außerdem werden Fortbildungen und eine digitale Austauschplattform geplant.

Es gibt noch viel zu tun

Eine häusliche Palliativversorgung wird ohne Mithilfe und Einbeziehung der An- und Zugehörigen (oft 24-h-Betreuungspersonen) nicht gelingen. Deshalb sollte die Begleitung von An- und Zugehörigen strukturiert und proaktiv stattfinden. Eine einschlägige Schulung und Umsetzung in der Praxis stehen noch aus. Die Implementierung der *Gelben Mappe* und des *Palliativen Behandlungsplans* wird zu gegebenem Zeitpunkt evaluiert und weiterentwickelt werden.

Ziel der Palliative Care ist es, Menschen, die es wünschen, ein Sterben zu Hause zu ermöglichen. Es wird sich zeigen, ob die Zusammenarbeit von Pflegediensten und Hausärzt*innen so verbessert werden kann, dass Patient*innen dieser Wunsch erfüllt werden kann.

Interessenkonflikt

Die Autor*innen geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Autorinnen/Autoren



Katharina Rizza

DGKPin, M.Sc. Palliative Care, Bildungshaus Batschuns, Vorarlberg. Seit 2008 Leitung Seminarbereich Palliative Care im Bildungshaus Batschuns, Vorarlberg. 2017 Master of Science Palliative Care an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg; Masterarbeit zum Thema: Ambulante Palliativversorgung in Vorarlberg aus

Sicht der Pflege. 1996 Staatsexamen in Anglistik und Philosophie an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg. 1987 Diplom der Gesundheits- und Krankenpflege; danach Pflegepraxis auf diversen Abteilungen wie bspw. rehabilitative Neurologie, Hämato-Onkologie, Interne, Ambulante Pflege und stationäre Langzeitpflege.



Gebhard Mathis

Univ.-Prof. Dr., Internist und Palliativmediziner, Rankweil, Vorarlberg.

1987 Primararzt an der Abteilung für Innere Medizin KH Hohenems. 1993 Praxis

als Internist – Gastroenterologe – Onkologe. 1993 a.o. Prof. für Innere Medizin Universität Innsbruck. 1998 Aufbau und Leitung der Palliativstation LKH Hohenems; ab 1999 eröffnet. 2003 Begründer und Leiter des Interdisziplinären Vorarlberger Palliativlehrgangs. 1990–2007 Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin. 2008–2019 Präsident der Österreichischen Krebshilfe Vorarlberg. Wissenschaftliche Publikationen und Buchveröffentlichungen zu Lungen- und Pleurasonografie sowie Palliativmedizin.

Korrespondenzadresse

Katharina Rizza
Bildungshaus Batschuns
Kapf 1
6835 Zwischenwasser
Österreich
E-Mail: katharina.rizza@bhba.at

Literatur

- [1] Schleicher B, Pochobradsky E, Rottenhofer I. Hospizkultur und Palliative Care für Erwachsene in der Grundversorgung. Gesundheit Österreich. Wien: Gesundheit Österreich GmbH; 2018
- [2] Rizza K, Mathis G. Ambulante Palliativversorgung aus Sicht der Pflege in Vorarlberg, Österreich. Z Gerontol Geriat 2019; 52: 667–672
- [3] Mathis G, Hartmann S, Fredersdorf F. Das Vorarlberger Modellprojekt „Ärztliche Koordination im Pflegeheim“ – qualitative Analyse. Z Palliativmed 2017; 18: 232–233
- [4] Dachverband Hospiz. VSD Vorsorgedialog®. <https://www.hospiz.at/fachwelt/vorsorgedialog> (Stand: 07.07.2022)