



Österreichs Fachzeitschrift für Gesundheits-, Kranken- und Altenpflege[®]
Newsletter Nr. 23-2009

(ISSN 1024-6908)

24. Jahrgang – 21. Juni 2009

Geschätzte Leserinnen und Leser !

Wenn Sie diesen Newsletter zukünftig nicht mehr erhalten möchten, klicken Sie bitte hier:
www.lazarus.at/index.php?content=newsletteranmeldung&emailabmelden=1

**Alle früheren Wochenausgaben seit 2005 sind im PflegeNetzWerk
www.LAZARUS.at (Startseite → Archiv) als PDF-Downloads verfügbar.**



Inhalt

Deklaration Gesundheit 2009 (mit Kommentar)	2 – 5
Neues UMIT Univ-Institut für Gerontologie	6
Weiterbildung & Termine	7 - 8
Aus Spital & Heim	9 - 10
Öst. Palliativkongress 2009	
(mit preisgekrönter Arbeit)	10 - 18
Impressum	20

Konfrontation Gesundheit: „Deklaration Gesundheit 2009“ fordert **Masterplan**

Im Rahmen des Jahresforums „Konfrontation Gesundheit 2009“ wurde erstmals – als Ergebnis der zweitägigen Veranstaltung Mitte Mai in Wien zum Thema „Verantwortung“ – gemeinsam mit den 120 Referent/innen und Teilnehmer/innen aus dem österreichischen Gesundheitswesen die „Deklaration Gesundheit 2009“ erstellt.



Eine deutliche Absage erteilte die Mehrheit der FachtteilnehmerInnen der Forderung nach Patienteninformation durch die Pharmaindustrie. Gefordert werden als oberste Prioritäten, dass Entscheidungen im Gesundheitswesen in Bezug auf die Höhe und die Verwendung von Ressourcen in Zukunft transparent und unabhängig von der Tagespolitik erfolgen. Anreize müssten so gesetzt werden, dass einzelwirtschaftliche Interessen sowohl der gesundheitspolitischen Rationalität als auch der volkswirtschaftlichen Bedeutung des

Gesundheitswesens verpflichtet sind. Die Bundesgesundheitskommission solle sich der Aufgabe stellen, einen Masterplan der notwendigen Aktivitäten für die nächsten Jahre zu erarbeiten.

Im Vorfeld des Jahresforums waren alle Referent/innen – darunter auch Ursula Frohner, Präsidentin des Berufsverbandes ÖGKV und der Österr. Pflegekonferenz (Bild re.) - eingeladen, die aus ihrer Sicht wichtigsten Forderungen und Maßnahmen zur Weiterentwicklung unseres Gesundheitswesens zu definieren. Ergänzt mit den Statements der Teilnehmer wurden die ExpertInnen-Forderungen in einem Abstimmungsverfahren bewertet und priorisiert, 22 von 66 Forderungen mit > 75% Zustimmung wurden in die „Deklaration Gesundheit“ aufgenommen.



Die Deklaration Gesundheit 2009 wurde an die Verantwortlichen im österreichischen Gesundheitswesen (u.a. Gesundheitsminister, Vorstandsvorsitz des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger, Präsident der Österreichischen Ärztekammer, Gesundheitslandesräte, Vorstände der Krankenhausträger) direkt übermittelt.

Großer Veränderungsbedarf im österreichischen Gesundheitswesen

„Mit der Deklaration Gesundheit wird der akute und chronische Entwicklungs- und Veränderungsbedarf in wesentlichen Bereichen des Gesundheitswesens auf den Punkt gebracht. Es besteht selbstverständlich kein Anspruch auf Vollständigkeit. Es geht um die Förderung des Dialoges zwischen den unterschiedlichen Interessengruppen im Gesundheitswesen“, so die beiden Initiatoren Mag. Gerhard Pichler (Business Circle) und Mag. Roland Schaffler (Herausgeber „Das österreichische Gesundheitswesen – ÖKZ“).

Die 22 Forderungen im Detail:

Deklaration Gesundheit 2009

Folgende 22 Forderungen und Statements von insgesamt 66 wurden priorisiert (Zustimmungsgrad mehr als 75% der abgegebenen Fragebögen):

Materielle und immaterielle Anreize müssen so ausgestaltet sein, dass einzelwirtschaftliche Interessen sowohl der gesundheitspolitischen Rationalität als auch der volkswirtschaftlichen Bedeutung des Gesundheitswesens verpflichtet sind.

Transparenz im Gesundheitswesen bei Zustandekommen von Entscheidungen über Höhe und Verwendung von Ressourcen.

Entscheidungen, die langfristige Auswirkungen auf die Bevölkerung als Ganzes haben, sind unabhängig von tagespolitischen Einflüssen aufgrund sachlicher Notwendigkeiten zu treffen.

Ein **Masterplan** für die notwendigen Aktivitäten der nächsten Jahre ist von der Bundesgesundheitskommission als gemeinsame Grundlage des Handelns zu erstellen.

Einführung eines einheitlichen und transparenten Preissystems für alle Krankenhäuser in Österreich nach einer Konvergenzphase.

Wir brauchen einheitliche Qualitätsstandards für medizinische Laieninformationen, zu deren Einhaltung sich alle Informationsanbieter verpflichten. Eine qualitätsgeprüfte oder evidenzbasierte Information muss der Verbraucher auch eindeutig erkennen können.

Eine der wichtigsten Voraussetzungen für eine erfolgreiche Umsetzung von Prozessmanagement im Gesundheitswesen ist eine nachhaltige Unterstützung durch die Führung der Organisation: ausgewogene Ressourcenplanung, sinnvolle Motivation der MitarbeiterInnen, aber auch ein rationaler Umgang mit Skepsis und Widerstand.

Finanzierung des extramuralen und intramuralen Krankenversorgungswesens **aus einer Hand**, verbunden mit der tatsächlichen **Übernahme der Verantwortung** für die Planung und Steuerung des Systems durch den Finanzier.

Objektive Erhebung von Daten zur Prozess- und Ergebnisqualität und Nutzung dieser zur Steuerung von Krankenversorgungsleistungen.

Mehr unabhängige Studien zu klinisch relevanten Fragestellungen, die vom Staat gefördert und nicht von der Industrie vorgegeben werden.

Auseinandersetzung mit der Verteilung der finanziellen Mittel im Gesundheitswesen (Berücksichtigung zu ändernder Verteilungs- durch neue Versorgungsstrukturen).

Redundanzen durch **Finanzierung aus einer Hand** vermeiden.

Systematische Erhebung von Qualitätsindikatoren und Behandlungsergebnissen.

Verbindliche Planung intramuraler mit extramuraler Bereich: gemeinsame Abdeckung der Versorgung.

Sicherstellung der Leistungserbringung in der Rehabilitation und Prävention. Finanzierung von Präventionsleistungen.

Wir brauchen Fakten statt Mythen (qualitative und unabhängige Daten für die Planung) und die Transparenz der Versorgungsqualität zugänglich für die Bevölkerung.

Fehlerkultur und Risikomanagement einführen und fördern.

**Analyse der Fehlversorgung und Konsequenzen ziehen.
Verbindliche Fortbildung zur Qualitätsverbesserung.**

Integrative Versorgung benötigt die Einbeziehung des extramuralen therapeutischen tagesklinischen Bereiches (gehobener medizinisch technischer Dienst), vor allem vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und der Vernetzung/Verschiebung von intramuralen/ambulant/extramuralen Bereich. Die therapeutische (Nach-) Versorgung im niedergelassenen Bereich ist nicht erfasst und lückenhaft.

Vor dem Hintergrund des Finanzierungsdrucks im Gesundheitswesen sollen in erster Linie strukturelle Optimierungen durchgeführt werden und die Bedarfszentrierung (=PatientInnen) in den Vordergrund gerückt werden. **Leistungskürzungen bei Pflichtleistungen sind für die Kassen eine verlockende Maßnahme, aber der falsche Weg. PatientInnengruppen ohne Lobby (Kinder) werden als erste bereits gekürzt.**

Qualitätsdefinition und Überprüfung extern: Ärztekammer kann nicht die eigene Qualität überprüfen.

Viele anwesende Expert/innen haben zur Idee der Deklaration Gesundheit gratuliert und rund die Hälfte der Teilnehmer/innen hat beim Experten-Voting mitgemacht. Die detaillierten Diskussionen waren Inhalt der Veranstaltung.

Die Deklaration Gesundheit erhebt nicht den Anspruch, umfassend zu sein. Sie ist ein Querschnitt der aktuellen und schon länger bestehenden Herausforderungen für die Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitssystems. Die Seriosität der Vortragenden, die ihre Forderungen gerne zur Verfügung gestellt haben und die teilnehmenden Fachleute, die sich der Mühe unterzogen haben, Ihre Sichtweise auf den Punkt zu bringen, sind die wertvolle inhaltliche Basis der Deklaration Gesundheit.

Dies soll den Entwicklungsbedarf im Gesundheitswesen in wesentlichen Bereichen auf den Punkt bringen. Mit der Deklaration Gesundheit geht es um die Aufrechterhaltung und Förderung des Dialoges als Austausch der verschiedenen Sichtweisen der unterschiedlichen Interessengruppen im Gesundheitswesen - ein höchst notwendiger Vorgang, v.a. in einem Land, wo sehr vieles intransparent von einigen wenigen Playern - die sich für allein maßgebend halten - "ausgehandelt" wird.

Kommentar

Strukturplan Gesundheit – für die Katz´?

Eigentlich sollte der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) die verbindliche Grundlage der integrierten Gesundheitsplanung sein – doch er ist (absichtlich) so schwammig gestaltet, dass ihn Länder und Sozialversicherungen bei ihren eigenen Detailplanungen bloß „beachten“ müssen. Dem Kirchturmdenken mancher Provinzpolitiker/innen und Kassenfunktionäre bleibt dadurch weiterhin Tür und Tor geöffnet.

Dass damit eine sowohl von zahlreichen Expert/innen (siehe Deklaration Gesundheit oben), als auch vom schlichten Hausverstand gewünschte, einheitliche Planung der Gesundheitsversorgung nachhaltig verhindert wird, liegt auf der Hand. Doch wer, bitteschön, ändert das endlich? Geredet wird schon viel zu lange, und viel zu viel...

Ziel der österreichweit einheitlichen Gesundheitsplanung muss es wohl sein, eine wohnortnahe und bedarfsgerechte Versorgung unserer Bevölkerung sicherzustellen, die in allen Regionen quantitativ und qualitativ gleichwertig geleistet wird und somit auch regionale Über- oder Unterversorgungen ausgleicht. Die Akutkrankenhäuser gehören noch mehr als bisher entlastet und die intra- und extramuralen Strukturen entsprechend verändert. Es bedarf bloß einer „ganzheitlichen“ Sichtweise – aber wer hat die schon?

Die bisherige Entwicklung neuer Modellregionen bzw. neuer integrierter Modelle und die beginnende Diskussion um die Hausarztmodelle (**und hoffentlich auch bald der eigenständigen Pflege-Ordinationen!**) sind zwar wichtige Stationen auf dem langen Weg zum `Integrierten Versorgungsmodell`. Doch es bedarf endlich des gemeinsamen politischen Willens ALLER, ausreichende rechtliche Rahmenbedingungen zu schaffen und dem ÖSG eine längerfristige Perspektive zu geben, zumindest bis zum Jahr 2025.

Erich M. Hofer

ÖGKV-Kongress – 17.-19. Juni 2009 in Villach, Kärnten:
**Pflege über die Grenzen hinaus –
was können wir voneinander lernen?**



Die Anforderungen an die Fachpflege haben sich in den letzten Jahren stark verändert. Insbesondere im Bereich der Pflege von chronisch Kranken und dementen Menschen wird es immer wichtiger, Fachpflegekompetenz und soziale Strukturen im Sinne der Pflegebedürftigen zu verknüpfen. Referenten aus dem In- und Ausland nahmen sich beim 18. Öst. Gesundheits- und Krankenpflegekongress vieler Themen wie Pflege- und PatientInnensicherheit, Arbeitsplatz Pflege, Pflegeausbildung, Berufspolitik, moderne Technologie und Pflege an.

„Die Fachpflege setzt durch ihr patientennahes Handeln wesentliche Akzente in der Gesundheits- und Sozialpolitik“, meint ÖGKV-Präsidentin Ursula Frohner. So muss künftig Pflegeberatung vermehrt auf verschiedensten Ebenen – im stationären und im niedergelassenen Bereich, in großen Einrichtungen und Betrieben – flankierend zur Medizin angeboten werden: „Gesundheitsförderung und Beratung von pflegenden Angehörigen kann nur dann Früchte tragen, wenn sie möglichst früh eingesetzt wird“.

In einem Punkt sind sich alle Verantwortlichen aus dem Bereich der Pflege jetzt schon einig: Zur strategischen, bedarfsgerechten Planung des Gesundheitswesens werden dringend valide Zahlen über die Anzahl und die Ausbildung von Fachpflegepersonen benötigt, die bisher besonders im Langzeitpflegebereich nur geschätzt werden können.

Die Erstellung eines Berufsregisters ist eine der meist diskutierten berufspolitischen Forderungen der Fachpflegeberufe und wird durch die steigende rechtliche Verantwortung im Pflegebereich immer notwendiger. Der ÖGKV führt daher ab sofort die freiwillige Registrierung seiner Mitglieder durch. So werden wichtige Zahlen und Fakten über den Ausbildungsgrad, den Fort- und Weiterbildungsumfang sowie über den akademischen Anteil an Pflegepersonen gewonnen. Präs. Frohner: „Dies ist ein erster Schritt in Richtung der gesetzlich verpflichtenden Registrierung. Die berufspolitische Positionierung der Fachpflege kann nur durch selbst definierte, mit anderen Entscheidungsträgern des Gesundheits- und Sozialwesens reflektierte Strukturen und Kriterien erfolgen.“ (Details unter www.oegkv.at).

* * *

Privatuniversität UMIT, Hall – Linz - Wien: **Erstes Uni-Institut für Gerontologie**

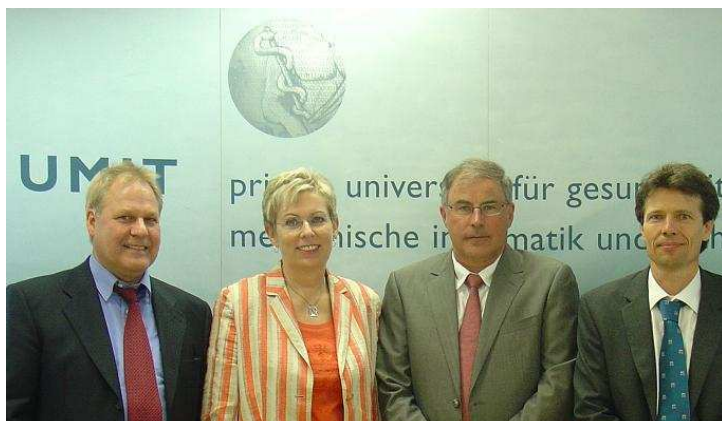
Tiroler Health & Life Sciences Universität UMIT gründet erstes universitäres Institut für Gerontologie und demografische Entwicklung in Österreich. Gerontologie als Schlüsseldisziplin im europäischen Sozial- und Gesundheitssystem des 21. Jahrhunderts

Vor vier Jahren wurde an der UMIT das Institut für Pflegewissenschaft gegründet (Leitung: DGKS Univ.-Prof. Dr. Christa Them, Bild u.) und damit neben der pflegewissenschaftlichen Forschung auch ein praxisorientiertes Studienangebot aufgebaut. Mit den Bakkalaureat-, Magister- und Doktoratsstudien der Pflegewissenschaft und mit dem Kombistudium Pflege wurden international anerkannte Abschlüsse geschaffen und bereits an den Studienorten Wien, Linz und Hall angeboten. Mit dem neuen „Institut für Gerontologie und demografische Entwicklung“ - das sich als Wissenschaft mit dem Alter und Altern von Individuum und Gesellschaft auseinandersetzt - wird das Department für Pflegewissenschaft und Gerontologie jetzt auf eine noch breitere Basis gestellt.

Das Institut widmet sich zum einen dem Älterwerden und Alterungsverlauf, zum anderen den Auswirkungen des gesellschaftlichen Alterungsprozesses aus sozialer, kultureller und vor allem aus wirtschaftlicher Betrachtung. Ein besonderes Anliegen des Instituts ist die demografische Entwicklung als Chance zu begreifen und Wirtschafts- und Sozialunternehmen zu beraten und zu unterstützen. Die Gerontologie ist zu einer Schlüsseldisziplin im europäischen Sozial- und Gesundheitssystem geworden. Die demografische Entwicklung lässt in vielen europäischen Ländern auf ein Ansteigen der älteren Bevölkerung innerhalb der nächsten Jahrzehnte schließen.

Das Sozial- und Gesundheitssystem benötigt Gerontolog/innen, die sich mit den Bedürfnissen von alternden Menschen besonders auskennen, um auf die spezielle Situation dieser in Zukunft größten Bevölkerungsgruppe eingehen zu können. Der geplante Studiengang `Magister der Gerontologie´ richtet sich an Interessierte, die als Ansprechpartner oder Spezialist/innen für Gerontologie sowohl im Sozial- und Gesundheitssystem als auch in der Wirtschaft und im Dienstleistungssektor in Europa in Beratung, Forschung und Entwicklung tätig sein wollen.

v.r.n.l.: Univ.-Prof. Dr. Jürgen Howe (Lehrstuhl Gerontopsychologie der TU Braunschweig), Univ.-Prof. Dr. Bernd Seeberger, Leiter des neuen Institutes für Gerontologie und demografische Entwicklung, Univ.-Prof. Dr. Christa Them, Leiterin des Departments für Pflegewissenschaft u. Gerontologie, Univ.-Prof. DI Dr. Armin Graber, Rektor der UMIT



* * *

Termine

Pflegekongress - 24.- 25. September 2009, Wien:

Ort: Veterinärmedizinische Universität Wien, Hörsaalzentrum
Veterinärplatz 1, 1210 Wien

Motto: Professionalität in der Pflege

Veranstalter: Österr. Gesellschaft für vaskuläre Pflege - ÖGVP

Anmeldung: Frau Mag. Gerlinde JAHN, Tel.: 01/ 405 13 83 18,

Fax: 01/ 407 82 74, E-Mail: office@oegvp.at Web: www.oegvp.at



* * *



Europ. Forum Alpbach, Tirol – Gesundheitsgespräche, 3.- 5.09.2009:

Nähere Infos: www.forum-alpbach.at

* * *

12. Wiss. Tagung – 24. - 25.09.2009, Universität Linz:

„Migration, Kultur und Gesundheit – Chancen, Herausforderungen und Lösungen“
Österr. Gesellschaft für Public Health, Infos: www.oeph.at

* * *

Kongress „Fit für Österreich“ – 23.- 25. Oktober, Saalfelden (S):

Leitthema: Österreich gesund bewegen, nähere Infos: www.fitfueroesterreich.at

* * *

Landeskrankenhaus Scheibbs, NÖ: **Ausweichen ins Container-Dorf**

Vor dem Haupteingang des NÖLK Scheibbs (Mostviertel) herrschte in den vergangenen Wochen reges Treiben: Baustein für Baustein wurden die mobilen Gebäudefertigteile zum Container-Dorf zusammengesetzt. So kann jetzt der alte Ambulanztrakt baulich erweitert, generalsaniert und aufgestockt werden.

Die bisher im Ambulanztrakt untergebrachten Bereiche – OP-Säle, chirurgische Ambulanz, Radiologie inklusive CT – übersiedeln für zwei Jahre in die technisch voll ausgestatteten Container. Neu errichtet werden eine interdisziplinäre Aufnahme- sowie eine Palliativstation. Mit der Zusammenlegung von Herz- und postoperativer Überwachung entsteht eine interdisziplinäre Überwachungseinheit. Nach dieser Baustufe folgen ab Frühjahr 2011 die weitere Sanierung des Altbaus und eine neue Eingangshalle.



* * *

AZW Innsbruck - Hall: Sonderausstellung **Narrenturm war gestern**

Die TeilnehmerInnen der Sonderausbildung für psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege am AZW Hall organisieren gemeinsam mit der Hypo Tirol Bank die Ausstellung „Narrenturm war gestern“. Die Exponate zeigen die Veränderungen der pflegerischen Betreuung von PatientInnen in einer psychiatrischen Einrichtung, aber auch eine interaktive Darstellung von Krankheitsbildern wie Essstörungen, Suchtkrankheiten, Suizidalität, Borderline, Depression und Schizophrenie. Die Ausstellung ist bis 26. Juni in den Räumlichkeiten der Hypo Tirol, Meraner Straße 8, 6020 Innsbruck zu sehen.



Psychiatrie gestern

Hohe Mauern, fensterlose Räume und versperrte Türen prägten das Bild der Psychiatrie von einst. Wärter gingen die Gänge entlang, um die Zellen der Untergebrachten aufzusperren. Immer wieder durchbrachen Schreie die Stille. An all das erinnert noch heute der Narrenturm in Wien (Bild re.).

Ein bis zwei Wärter waren oft für 30 PatientInnen in einem Schlafsaal zuständig. Um diese Situation zu bewältigen, war viel körperliches Durchsetzungsvermögen gefragt, daher wurden meist große, starke Männer gesucht, die bei eskalierenden Situationen sofort eingreifen konnten. Aus Sicherheitsgründen ergaben sich auch entwürdigende Situationen für die Untergebrachten. Den Patien-

Innen wurden aus Angst, sie könnten sich oder die Wärter verletzen, die Kleider genommen. Manche wurden angekettet und in dunklen Räumen mit nur einem sehr kleinen Fenster als einzigen Kontakt zur Außenwelt, untergebracht.

Medikamente gab es noch keine und somit auch keine Heilung für die Erkrankten. Therapien versuchte man u.a. mit Elektroschocks. Wer einmal in die Psychiatrie kam, war stigmatisiert und blieb meist für den Rest seines Lebens abgeschottet von der Außenwelt. Viele Fragen wurden mit dem religiösen Glauben beantwortet. Die Krankheitsbilder wurden nur grob eingeteilt. Ein Bezug zu Gesundheit wurde damals noch nicht hergestellt.

Psychiatrie heute

Aus den Verwahranstalten von gestern haben sich bis heute verschiedenste spezialisierte, stationäre und ambulante Einrichtungen etabliert. Hierzu zählen die Bereiche der stationären Versorgung und extramuralen Betreuung wie z.B. Wohngruppen, Arbeitsinitiativen und aufsuchende Dienste. Diese bemühen sich um Integration, Enttabuisierung und einen verständnisvollen Umgang mit Menschen, die von einer psychischen Krankheit betroffen sind.

Zu diesen Krankheitsbildern sind in den letzten Jahren immer mehr und differenziertere Diagnosen hinzugekommen. Dies stellt eine besondere Herausforderung für die Berufsgruppe der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege dar. Um den PatientInnen die individuell angepasste Therapie bieten zu können, bedarf es ständiger Fortbildungen.

Psychiatrie morgen

Die Tendenzen werden verstärkt in Richtung gesundheitserhaltender bzw. auch krankheitspräventiver Maßnahmen gehen. Neben einer grundlegenden Finanzierung und einer flächendeckenden psychiatrischen Versorgung, ist auch ein Mehr an Aufklärungsarbeit erforderlich, um in der Bevölkerung eine breitere Akzeptanz für psychische Erkrankungen zu schaffen. In Richtung therapeutische Entwicklung wünschen sich die angehenden DPGKS/DPGKP, dass Therapien nicht nur aus medikamentöser Behandlung und Gesprächstherapie bestehen, sondern alle Wahrnehmungskanäle der PatientInnen angesprochen werden. Doch die Behandlung bzw. Betreuung muss neben einer verstärkten Miteinbeziehung, Schulung und Beratung von Angehörigen auch den Ausbau sozialer Netze und vor allem die Förderung der Hilfe zur Selbsthilfe als Grundelement einer gut funktionierenden und ganzheitlichen Betreuung und Pflege umfassen.



„Die Erfahrungen und Erkenntnisse, welche wir in der Bearbeitung ausgewählter Themen in diesem Projekt gewinnen konnten, werden für unsere zukünftige Tätigkeit sehr hilfreich sein. Vor allem die Zusammenarbeit und Diskussion mit den KollegInnen aus der Praxis haben unser Verständnis für die Pflege in der Psychiatrie geprägt“, ziehen die TeilnehmerInnen der Sonderausbildung ihr persönliches Resümee.

* * *

Palliativkongress



Der Europäische Palliativkongress im Austria Center Vienna war der bisher bestbesuchte weltweit: Etwa 3.000 Teilnehmer/innen aus 89 Ländern und allen Berufsgruppen, die in der Palliativbetreuung arbeiten, waren vertreten. Zur Eröffnung kam Schwedens Königin Silvia extra nach Wien, ebenso dabei Gesundheitsminister Stöger und Ärztekammer-Präsident Dr. Dorner.



(Foto: Mag. Udo Brunsch)

Im Rahmen des Kongresses wurde die wissenschaftliche Arbeit des Palliativ-Konsiliarteams des Wilhelminenspitals Wien mit dem Österr. Palliativpreis ausgezeichnet.

Im Bild v.l.n.r.: DGKS Doris Heidegger, OA Dr. Michaela Werni, Dr. Franz Zdrahal, Präsident der OPG, und Dr. Heidemarie Seemann

Nachstehend die preisgekrönte Arbeit des AutorInnenteams:



**Symptome, Pflegebedürftigkeit und Wünsche von Palliativpatienten
in einem Schwerpunktspital
Werni-Kourik M.¹, Seemann H.¹, Heidegger D.¹**

Einleitung

2006 wurde im Wilhelminenspital der Stadt Wien, einem Schwerpunktkrankenhaus mit 1092 Betten, ein Palliativkonsiliardienst (PKD) implementiert. Die Hauptaufgabe dieses Teams ist die Betreuung von Palliativpatienten und deren Angehörigen, aber auch die Unterstützung des Pflegepersonals und der Ärzte an den verschiedenen Abteilungen.

Zu Beginn der Etablierung des PKD wurde durch das Team eine eigene Dokumentation entwickelt, um eine bestmögliche Erhebung der physischen, psychischen und sozialen Bedürfnisse der Patienten zu gewährleisten. Das Erstgespräch mit dem Patienten beinhaltet neben einer medizinischen Anamnese (Diagnosen, bisherige Behandlungen, eine Schmerzmessung nach der NRS [Numeric Rating Scale] und Symptomerhebung), eine Pflegeanamnese mit Beschreibung der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL`S), eine ausführliche psychosoziale Anamnese und die Erhebung der Wünsche und Ziele des Patienten. Ausführlich wird mit dem Patienten der bisherige Krankheitsverlauf besprochen, sein Wissensstand über seine Erkrankung exploriert und die Zielsetzung für die verbleibende Lebenszeit festgelegt. Der Betroffene wird aber auch befragt, welche Behandlungen er ablehnt und ob er bereits eine Patientenverfügung hat oder er eine solche verfassen möchte. In weiteren Gesprächen wird auch auf Wünsche, Ängste und Sorgen eingegangen und erreichbare Ziele definiert.

Ein weiterer Schwerpunkt ist die Betreuung der Angehörigen, die oft erstmals mit dem drohenden Verlust eines nahestehenden Menschen konfrontiert sind. Familienmitglieder werden detailliert nach ihren Bedürfnissen und Vorstellungen befragt. Gemeinsam mit dem Patienten und seiner Familie wird ein Konzept zur weiteren Betreuung erarbeitet und bestmöglich umgesetzt. Durch das Team des PKD werden die Wünsche der Patienten hinsichtlich ihrer Weiterbetreuung nach dem Spitalsaufenthalt erhoben und danach evaluiert, wo und wie die vom PKD betreuten Patienten tatsächlich versorgt wurden.

In der vorliegenden Studie wollten wir evaluieren, an welchen subjektiven Beschwerden und objektiven Begleitsymptomen Palliativpatienten leiden, und in welchem Ausmaß sie Unterstützung in den Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL`s) benötigen. Erhoben wurde auch der Stand der Aufklärung der Patienten, das Ausmaß der Wünsche zur Verfassung einer Patientenverfügung und welche Behandlungen von Palliativpatienten abgelehnt werden. Die Betroffenen wurden nach ihre Vorstellungen zur weiteren Betreuung nach dem Spitalsaufenthalt befragt, durch das Palliativteam wurde evaluiert, wo und wie die Weiterbetreuung erfolgte.

Methode

Zwischen Jänner 2007 und Dezember 2008 wurden 778 Patienten mittels eines standardisierten Fragebogens evaluiert, davon 443 weibliche Patienten und 335

männliche Patienten. Das Durchschnittsalter betrug 69 (24 – 96) Jahre. Der überwiegende Anteil der Patienten litt an einer fortgeschrittenen Tumorerkrankung (95 %), 5 % an einer progredienten neurologischen Erkrankung. Die häufigsten Diagnosen waren gastrointestinale Karzinome (30 %), gefolgt von Malignomen der Lunge (18%), Karzinomen des Urogenitaltraktes (18 %), Mammatumoren (10%) und hämatologischen Erkrankungen (9%).

Tab. 1 Patientendaten

Anzahl der Patienten: 778	
443 Frauen (57%)	335 Männer (43%)
Durchschnittsalter 69 (24 – 96)	
95 % Patienten mit einer fortgeschrittenen Tumorerkrankung	

Die Patienten wurden zu folgenden Parametern befragt: subjektiv belastende Symptome, Stand der Aufklärung über ihre Erkrankung, Ausmaß der Ablehnung von Behandlungen, Wunsch nach Verfassen einer Patientenverfügung und ihre Vorstellungen zur weiteren Betreuung nach dem Aufenthalt im Krankenhaus. Die klinischen Begleitsymptome wurden von den Palliativärztinnen dokumentiert. Insgesamt wurden 28 verschiedene subjektive und objektive Symptome dokumentiert und evaluiert. Die erforderliche Unterstützung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (Mobilität, Ernährung, Körperpflege, Ausscheidung) wurde durch die Palliativpflegeperson erhoben. Das Team des PKD dokumentierte auch die Art der Weiterbetreuung nach Abschluss der Palliativbetreuung im Spital.

Ergebnisse

Subjektive Beschwerden und objektive Begleitsymptome

Zu den subjektiven Symptomen konnten sich von 712 (= 91,5 %) der 778 in die Erhebung eingeschlossenen Patienten äußern. Durchschnittlich litten die Patienten an 8 verschiedenen Symptomen. Die häufigsten vom Patienten angegebenen Beschwerden waren eine allgemeine Schwäche (98%), Appetitlosigkeit (76%) und Mundtrockenheit (66%). Zwei Drittel aller Palliativpatienten litten an Traurigkeit (66 %), 47 % an Schlaflosigkeit. Gerade 33 % der Patienten gaben Schmerzen an, jedoch 38 % Atemnot. (Vgl. Fig. 1.)

Die häufigsten klinischen Begleitsymptome waren Anämie (72 %), Kachexie (48 %) und Nierenfunktionsstörungen (30 %), gefolgt von Mundschleimhautveränderungen (29 %) und neurologischen Symptomen (28 %). (Vgl. Fig. 2.)

Fig. 1. Die häufigsten von Patienten angegebenen Symptome (in %)

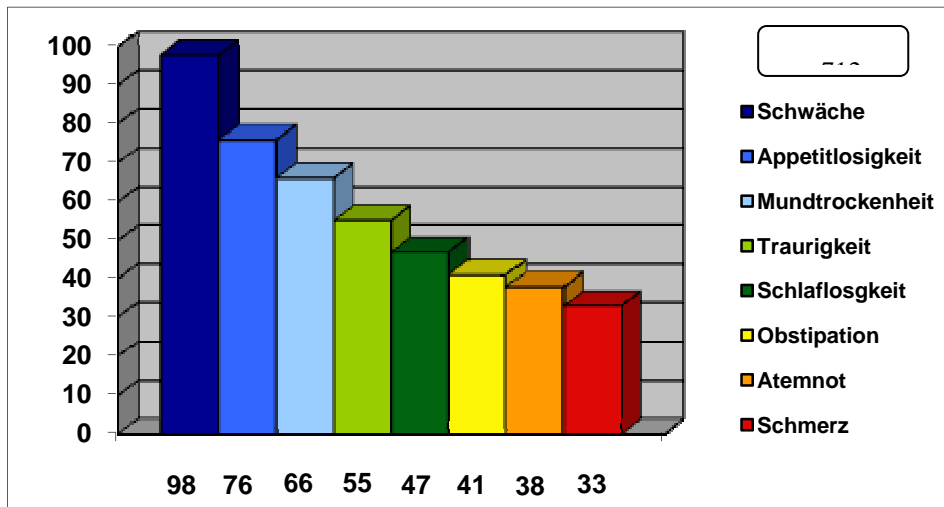
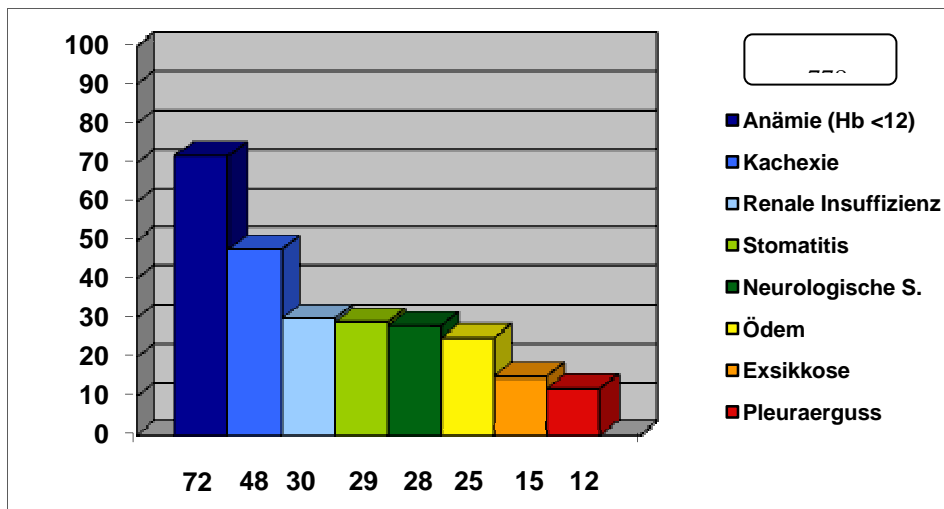


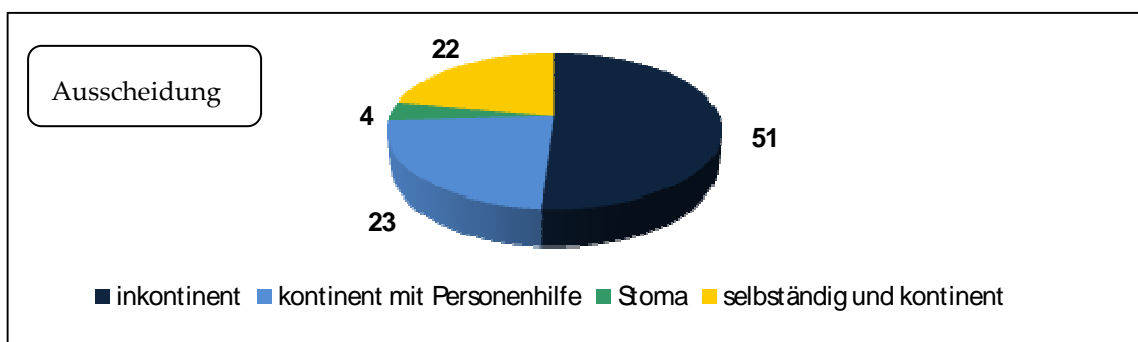
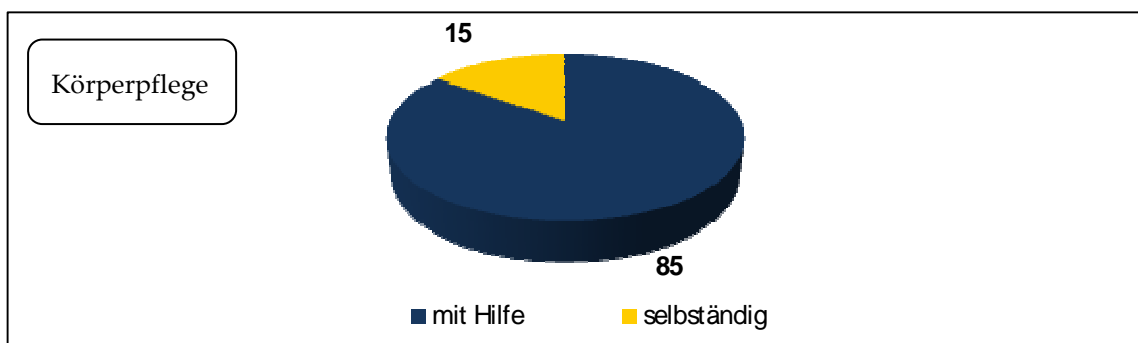
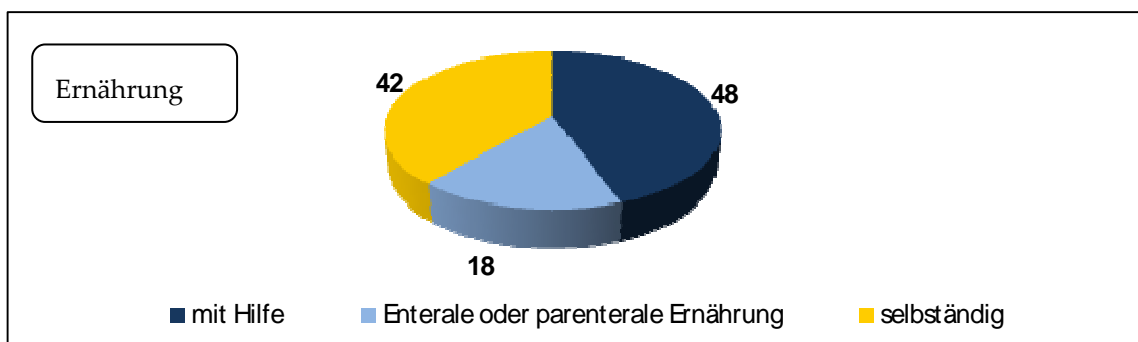
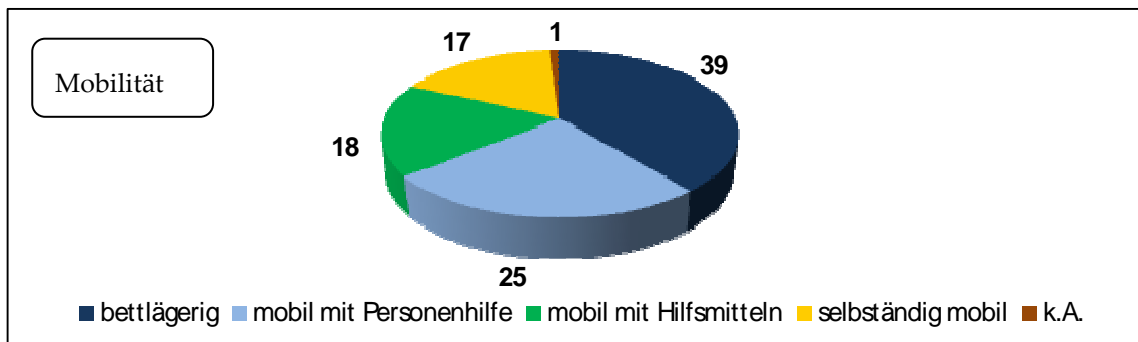
Fig. 2. Die häufigsten Begleitsymptome (in %)



Hoher Grad an Pflegebedürftigkeit

Im Rahmen der Erhebung der ATL's zeigte sich, dass Palliativpatienten außerordentlich viel Hilfe benötigten. 39 % der Patienten waren komplett bettlägerig, weitere 43 % brauchen Unterstützung bei der Mobilisierung, entweder durch Hilfsmittel (18 %) oder durch Personenhilfe (25 %); nur 18 % der Patienten waren selbständig mobil. Bei der Nahrungsaufnahme waren fast die Hälfte (48 %) auf Unterstützung angewiesen, 10 % der Patienten hatte eine parenterale oder enterale Ernährung. Zur Durchführung der Körperpflege benötigt der überwiegende Teil der Patienten Hilfe (85 %). 51 % der Palliativpatienten waren inkontinent, 23 % kontinent mit Unterstützung, 4 % hatten ein Stoma, 22 % benötigten keine Hilfe. (Vgl. Fig. 3.)

Fig. 3. Erforderliche Hilfestellungen im Rahmen der ATL's (in %, n = 778)



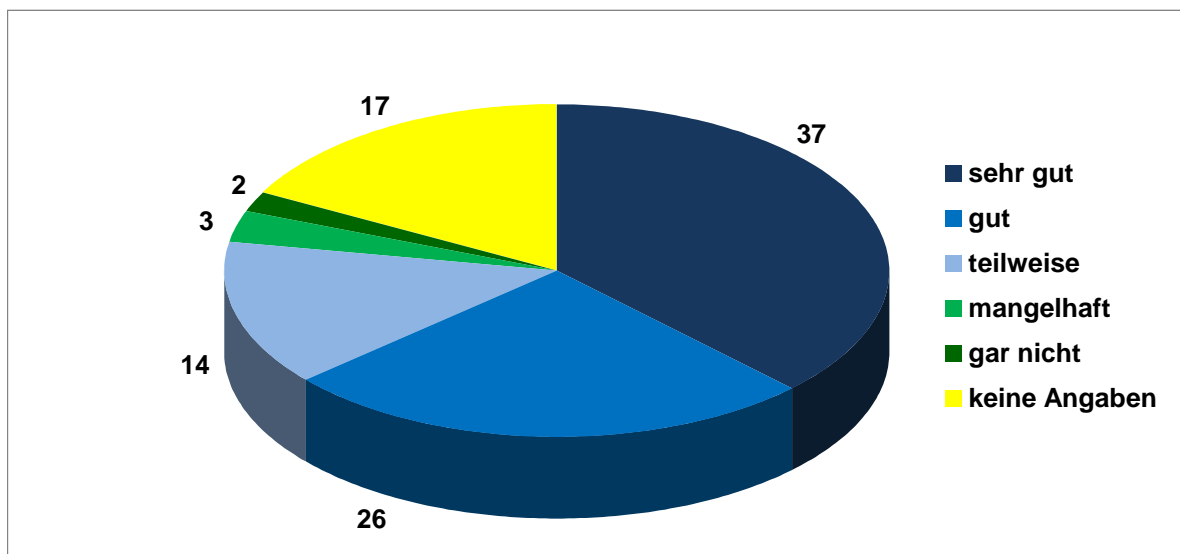
Aufklärung und Wünsche der Patienten

Im Rahmen des Erstgesprächs werden die Palliativpatienten nach dem Wissensstand ihrer Erkrankung befragt, und ihre Wünsche nach der weiteren Behandlung erhoben. Die Mitarbeiterinnen des PKD besprechen im Detail das Procedere der weiteren Versorgung nach einer eventuellen Entlassung aus dem Krankenhaus mit dem Betroffenen und seinen Angehörigen. Der Patient wird aber auch befragt, welche Behandlungen er ablehnt und ob eine Patientenverfügung vorliegt oder er eine solche verfassen möchte. In weiteren Gesprächen wird auch auf Wünsche, Ängste und Sorgen eingegangen und erreichbare Ziele definiert.

Auf die Frage, wie gut sich der Patient über seine Erkrankung aufgeklärt fühlt, geben fast zwei Drittel der Befragten an, sehr gut oder gut über ihre Krankheit Bescheid zu wissen,

14 % fühlen sich teilweise aufgeklärt, nur 5 % sind wenig oder gar nicht aufgeklärt. 17 % der Patienten waren nicht in der Lage auf diese Frage zu antworten oder wollten dazu keine Aussage treffen. (Vgl. Fig. 4.)

Fig. 4. Stand der Aufklärung der Patienten (in %, n = 778)



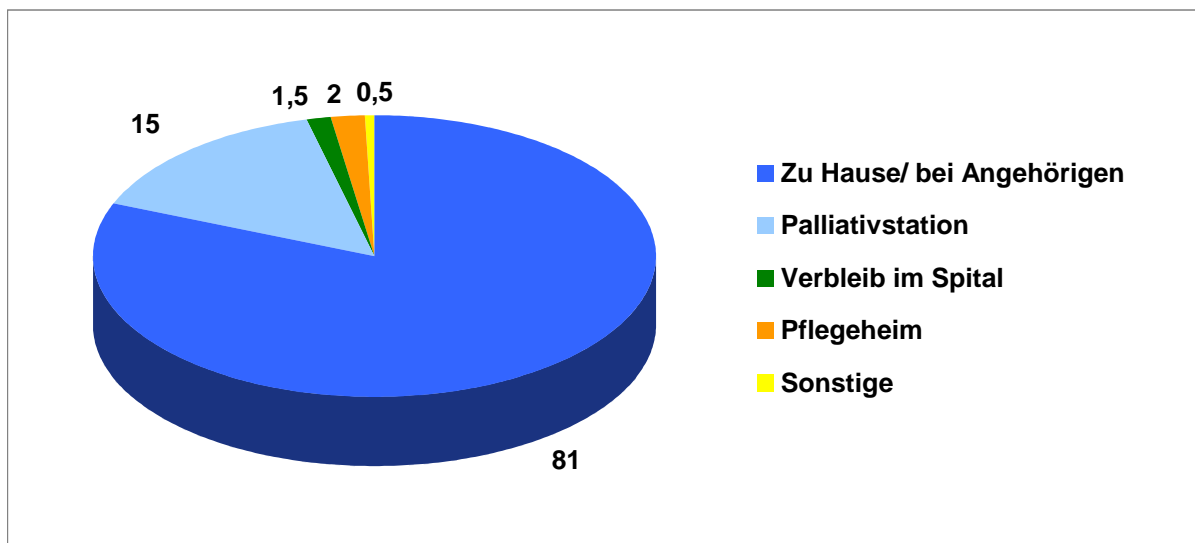
In allen bisherigen Gesprächen mit Palliativpatienten hatten von allen 778 Patienten gerade einmal zwei Patienten (0, 25 %) den vorübergehenden Wunsch nach aktiver Sterbehilfe geäußert. Andererseits wurde bisher auch selten das Verfassen einer Patientenverfügung gewünscht. Nur 3,3 % aller betreuten Patienten hatten eine gültige Patientenverfügung, weitere 1,8 % haben während des stationären Aufenthaltes eine Patientenverfügung gemeinsam mit den Ärztinnen des PKD verfasst. Dies ist insofern bemerkenswert, als doch 46 % der Patienten im Gespräch eine Wiederbelebung und intensivmedizinische Maßnahmen ablehnten, weitere 21 % lehnten eine Ernährung über eine Sonde ab, 15 % der Patienten wollten keine weitere Chemotherapie. Manche Patienten wollten sich zu dieser Fragestellung nicht äußern oder waren dazu nicht in der Lage. Nicht allen Patienten war die Frage nach Ablehnung einer Behandlung zumutbar, vor allem jenen nicht, die über ihre Erkrankung nicht aufgeklärt bzw. jene, die

psychisch extrem belastet waren. Insgesamt haben 438 (= 56 %) von 778 Patienten diese Frage beantwortet.

Österreichweit stirbt mehr als die Hälfte aller Menschen (54 %) in Krankenhäusern, fernab ihres vertrauten Umfelds, nur 27,5 % der Bevölkerung verbringt ihre letzte Lebensphase zu Hause. In der Bundeshauptstadt ist die Situation noch extremer: 66,5 % der Wienerinnen und Wiener verstirbt in einem Spital, gerade einmal 18,4 % sterben zu Hause, weitere 10,1% in einem Pflegeheim. (Statistik Austria 2007)

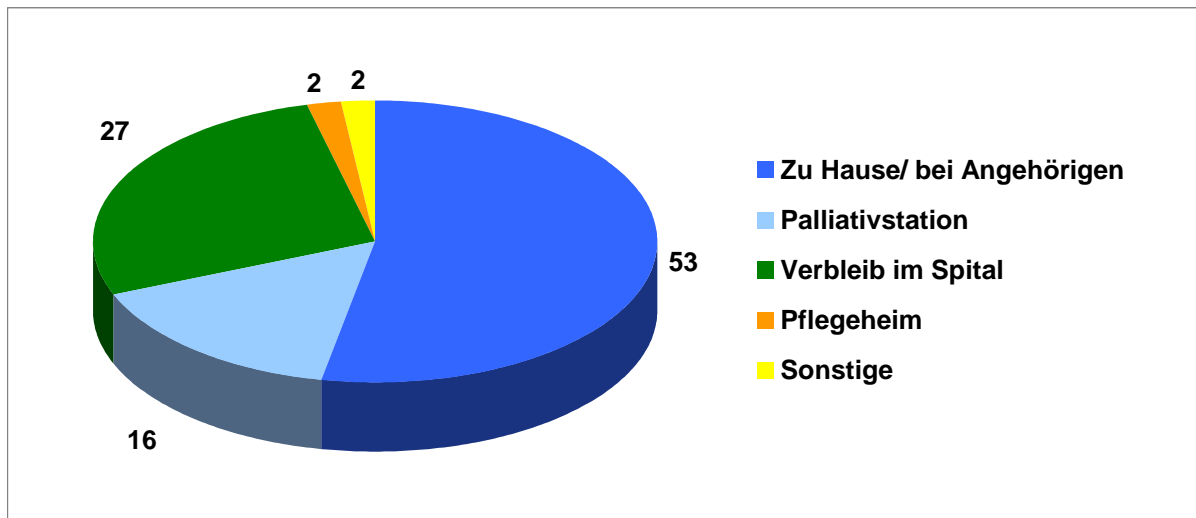
Wie schon eingangs ausgeführt, wünschen sich jedoch die meisten Menschen ein Sterben zu Hause oder in vertrauter Umgebung, umsorgt von den Angehörigen. Zur Frage der weiteren Betreuung konnten oder wollten sich 552 Patienten (= 71 %) der vom Palliativteam befragten Patienten äußern, davon wünschten sich 81 % eine Entlassung nach Hause oder eine Betreuung bei den Angehörigen, weitere 15 % wünschten sich die Weiterbetreuung an einer Palliativstation, nur 1,5 % der Patienten wollten zum Sterben im Spital bleiben und zwei Prozent in einem Pflegeheim versorgt werden; unter Sonstige wurden jene Patienten zusammengefasst, die entweder in einem Pensionistenheim, in einer betreuten Wohngemeinschaft oder zurück in einem Asylantenwohnheim untergebracht werden wollten. (Vgl. Fig. 5.)

Fig. 5. Wünsche der Patienten hinsichtlich Weiterbetreuung (in %, n = 552)



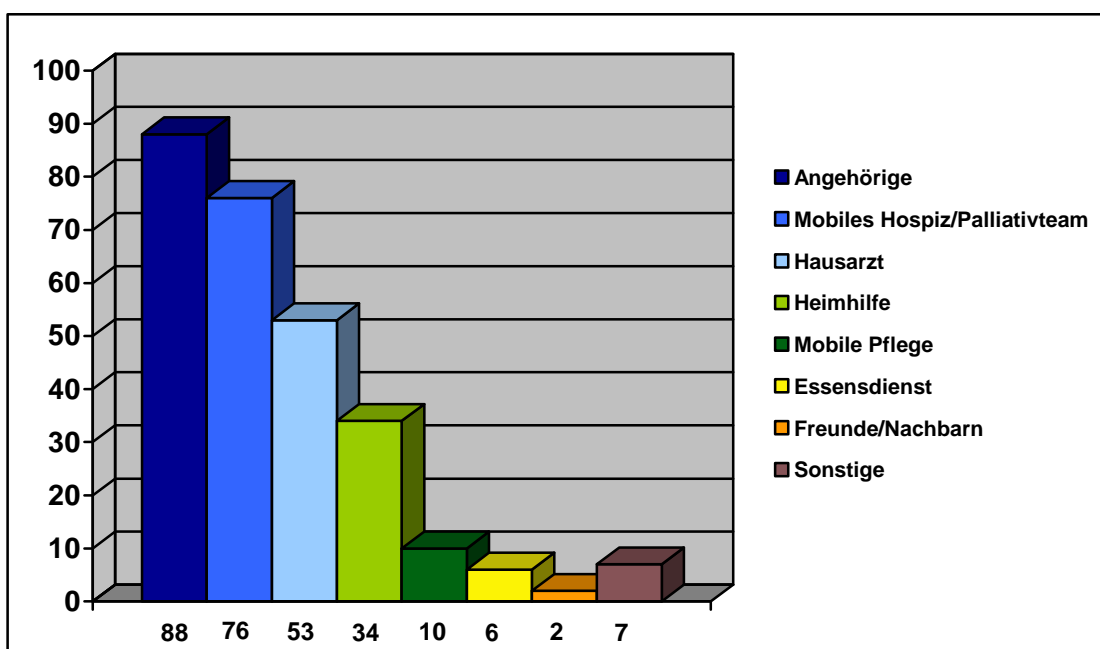
Der PKD hat eine wichtige Brückenfunktion zwischen dem Spital und dem extramuralen Bereich. Durch enge Kooperation mit den Hausärzten, den Sozialen Stützpunkten und den mobilen Palliativdiensten konnten nach Schmerzeinstellung und Linderung der Symptome 408 von 778 (= 53 %) der unheilbar kranken Patienten nach Hause entlassen werden. Vor der Entlassung des Patienten werden die Angehörigen auf Wunsch in die Betreuung eingebunden und eingeschult, ebenso werden erforderliche Hilfsmitteln für zu Hause verordnet und organisiert (z.B. Gehilfen, Krankenbetten, Antidecubitusmatratzen, Inkontinenzprodukte, Heim-Sauerstoff, parenterale Ernährung). 16 % der vom Palliativkonsiliardienst betreuten Patienten wurden auf eine Palliativstation transferiert. Etwa ein Viertel (27 %) der Palliativpatienten verstarb im Krankenhaus. Hier leistete der Palliativkonsiliardienst Hilfestellung für die Angehörigen und das betreuende Personal. (Vgl. Fig. 6.)

Fig. 6. Tatsächliche Weiterbetreuung der Palliativpatienten (n = 778, in %)



Von den entlassenen Patienten werden 88 % von ihren Angehörigen betreut, 76 % durch Mobile Hospiz- oder Palliativteams zu Hause begleitet, 53 % vom Hausarzt versorgt, 34 % von einer Heimhilfe und 9,9 % durch eine Mobile Pflegeperson unterstützt. 6 % werden mit „Essen auf Rädern“ versorgt, Nachbarn und Freunde kümmern sich bei 2 % der Patienten nach Entlassung, nur 0,25 % haben keine Unterstützung zu Hause. Unter Sonstige wurde die Betreuung durch eine 24-Stunden-Pflegeperson oder durch private Betreuungspersonen zusammengefasst (Vgl. Fig. 7.)

Fig. 7. Unterstützung der Palliativpatienten in der Betreuung zu Hause (in %, n = 408, Mehrfachnennungen möglich)



Schlussfolgerung und Zusammenfassung

Verglichen mit anderen Studien zeigt sich auch in unserer Evaluierung, dass Palliativpatienten an verschiedenen sehr belastenden Symptomen leiden, die spezielle Therapiekonzepte erfordern. Die Auswertung belegt ebenfalls, dass unheilbar kranke Menschen ein hohes Maß an Pflegebedürftigkeit aufweisen und in ihren Aktivitäten des täglichen Lebens auf außerordentliche Hilfe angewiesen sind.

Im Unterschied zu anderen Symptomevaluierungen ist auffällig, dass Palliativpatienten in unserem Krankenhaus viel weniger oft an Schmerzen leiden (33 %) als sonst in der Literatur angegeben (50 – 80%) [1, 2, 3, 4]. Dies könnte im Wesentlichen zwei Ursachen haben: einerseits sind Schmerzmittel in Österreich in allen Applikationen verfügbar und in einem Schwerpunktspital einfach verschreibbar, andererseits fanden während der letzten Jahre in Wien, und speziell im Wilhelminenspital laufend Fortbildungen zur Schmerztherapie für Ärzte und Pflegepersonal statt.

Die Aufklärung der Patienten im Wilhelminenspital ist auf einem erfreulich hohen Niveau. Fast die Hälfte der Palliativpatienten lehnt eine Wiederbelebung und Beatmung ab, das Verfassen einer Patientenverfügung wird jedoch nur sehr selten erwünscht.

Vom PKD betreute Patienten verlangen nur im Einzelfall nach aktiver Sterbehilfe (2 von 778 Patienten), obwohl sie an oft belastenden Beschwerden leiden und hochgradig pflegebedürftig sind.

Der überwiegende Anteil der unheilbar kranken Menschen wünscht sich eine Weiterbetreuung zu Hause. Mehr als die Hälfte der vom PKD betreuten Patienten können nach Hause oder in die Wohnung der Angehörigen entlassen werden, der überwiegende Anteil wird von der Familie und von einem mobilen Palliativteam zu Hause weiterbetreut, knapp die Hälfte der Patienten vom Hausarzt. Nur etwa ein Viertel (27 %) der vom Palliativkonsiliardienst betreuten Patienten verbringt ihre letzte Lebensphase im Spital, wobei das Team des PKD Hilfestellung und Unterstützung für Betroffene und Betreuende anbietet.

Literatur:

[1] Holan A, Aass N, Nordøy T, Faksvåg Haugen D, Kaasa S, Mohr W, "Prevalence of pain in hospitalised cancer patients in Norway – a national survey"; *Palliative Medicine*, Vol. 21, No 1, 7-13; 2007.

[2] Riechelmann RP, Krzyzanowska MK, O'Carroll A, Zimmermann C; „Symptom and medication profiles among cancer patients attending a palliative care clinic; *Supportive Care Cancer*; Vol. 15: 1407- 1412; 2007

[3] Potter J, Faequa H, Bryan T, Quigley C, "Symptoms in 400 patients referred to palliative care services: prevalence and patterns; *Palliative Medicine*; 17; 310-314; 2003

[4] <http://www.hope-clara.de/download/GesamtberichtHOPE2008.pdf>; 6.2.; 9-14

¹Palliativkonsiliardienst, Wilhelminenspital der Stadt Wien

Adresse der Autorinnen:
Wilhelminenspital der Stadt Wien
Montleartstraße 37
A-1160 Wien

* * *

Eine erfüllte Lebens- und Arbeitswoche wünscht Ihnen

®

LAZARUS

Erich M. Hofer
Gründer & Chefredakteur

Impressum:

Medienbüro LAZARUS
A-3062 Kirchstetten, NÖ.
E-mail: office@lazarus.at

Österreichs professionelles PflegeNetzWerk >Austro*Care< :
www.LAZARUS.at

Österreichs PflegeNetzWerk - Austro*Care®

www.LAZARUS.at

Tages-aktuell online: Job-Börse und Fort-/Weiterbildungs-Anzeiger

Speziell für Ihre eiligen Angebote:

Unser 24-Stunden-TopService!