



PRESSEGESPRÄCH

PrüfSchwerpunkt Schmerzmanagement und Palliativversorgung in Alten- und Pflegeheimen

Ergebnisse und Empfehlungen

17. April 2024, 10:00 Uhr

PrüfSchwerpunkt Schmerzmanagement und Palliativversorgung in Alten- und Pflegeheimen

80 Prozent der Menschen, die in Alten- und Pflegeheimen leben, leiden an Schmerzen. Viele von ihnen halten das für normal in ihrem Alter. Sie sagen nichts, und es wird nichts gegen die Schmerzen unternommen. Nicht oder nicht ausreichend bekämpfte Schmerzen haben aber drastische Auswirkungen: Die Lebensqualität sinkt, Depressionen, Angst und Schlafstörungen können die Folge sein. Die Schmerzen können chronisch werden.

„Schmerzen müssen sofort behandelt werden. Das ist nur möglich, wenn sie auch rechtzeitig erkannt werden“, sagt Volksanwalt Bernhard Achitz: „Bei älteren Menschen mit Demenz, kognitiven Beeinträchtigungen oder Kommunikationsschwierigkeiten ist das Risiko besonders hoch, dass Schmerzen übersehen werden. Wenn Menschen ihre Schmerzen nicht äußern können, kann das auch zu Gewalt führen.“

Schmerzen, die nicht erfasst werden, können auch nicht behandelt werden. Deshalb haben die Volksanwaltschaft und ihre Kommissionen (gemeinsam bilden sie den „Nationalen Präventionsmechanismus – NPM) bei ihren Kontrollbesuchen in den Alten- und Pflegeheimen einen Schwerpunkt auf das Schmerzmanagement gesetzt.

Ein weiteres Thema war Palliative Care. Sie soll Heimbewohner*innen bis zuletzt Lebensqualität, ganzheitliche Schmerzerfassung und ein selbstbestimmtes, würdevolles Sterben ermöglichen. Die „Europäische Charta der Patientenrechte“ enthält das Recht auf Vermeidung unnötiger Leiden und Schmerzen und nennt als Beispiel den Zugang zu einer palliativen Behandlung.

Unterlassene Behandlung von Schmerzen verletzt auch die in der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) garantierten Rechte auf Gesundheit, auf körperliche und seelische Unversehrtheit und in gravierenden Fällen auch das Recht auf Schutz vor Gewalt und das Recht auf Schutz vor erniedrigender Behandlung.

Zur Schwerpunktprüfung besuchten die Kommissionen von Juli 2022 bis September 2023 insgesamt 123 Einrichtungen in allen Bundesländern. Sie haben mit 1.511 Bewohner*innen gesprochen bzw. deren Dokumentationen gesichtet.

Große Defizite beim Schmerzmanagement

In einem Viertel der besuchten Alten- und Pflegeheimen gab es keinerlei systematisches, dokumentiertes Schmerzmanagement, bzw. es wurden keinerlei Maßnahmen zu Erkennung, Prävention und Behandlung von Schmerzen angewendet. In jeder fünften Einrichtung wurden keine Schmerzeinschätzungsinstrumente verwendet, weder für Demenzkranke noch für kognitiv leistungsfähige Bewohner*innen. Für das Personal gibt es viel zu wenig Fortbildung zum Thema Schmerz.

„Bei allen Bewohner*innen müssen Schmerzen systematisch und standardisiert erfasst werden“, fordert Achitz: „Vor allem bei der Betreuung von Menschen mit Demenz oder anderen kognitiven oder verbalen Einschränkungen ist ein standardisiertes Schmerzmanagement notwendig.“

„Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte übernehmen im Schmerzmanagement eine wichtige und zentrale Aufgabe“, sagt Esther Kirchberger, Pflegewissenschaftlerin und als Mitglied einer Kommission der Volksanwaltschaft selbst an der Schwerpunktprüfung beteiligt.

Das professionelle Schmerzmanagement wird von der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflege umgesetzt und gesteuert. „Es handelt sich um eine Berufspflicht. Das Schmerzmanagement fällt in die pflegerische Kernkompetenz, die im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz verankert ist.“

Positive Beispiele sind vor allem im Bereich alternativer Methoden zur Schmerzlinderung (Aromatherapie, Kälte- und Wärmebehandlungen, Gespräche, ...) aufgefallen. Über solche komplementären Maßnahmen beraten und entscheiden diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte.

Für Akutsituationen stehen in vielen Einrichtungen jederzeit Schmerzmittel zur Verfügung. Die behandelnden Ärzt*innen werden meistens über Veränderungen der Schmerzen oder Nebenwirkungen der Behandlungen informiert.

Ärzt*innen müssen Schmerzmedikamente konkret und bezogen auf die jeweilige Schmerzsituation schriftlich anordnen. Pflegekräfte dürfen keine Wahlmöglichkeit haben. Kirchberger: „Es kommt aber immer wieder vor, dass mehrere Medikamente gegen Schmerzen angeordnet sind und die konkrete Schmerzsituation bzw. Indikation durch den Arzt nicht festgelegt wurde. Es gibt auch immer wieder Fälle, in denen der Arzt keine Priorisierung festlegt, als welches von mehreren verordneten Medikamenten als erstes zur Anwendung gelangen soll.“

„Im besten Fall beinhaltet das Schmerzmanagement verschiedene Behandlungen und Verfahren, und es sollte an die Bedürfnisse und Lebensumstände der Bewohner*innen angepasst werden, um deren Lebensqualität zu verbessern“, so Pflegewissenschaftlerin Kirchberger: „Aus- und Weiterbildungen zu Schmerzmanagement ist die Voraussetzung und muss in den Einrichtungen im Fortbildungsplan verankert sein, um neues Wissen zu generieren und dieses im Arbeitsalltag umzusetzen.“ Führungskräfte haben die Verantwortung, mit ihren Mitarbeiter*innen transparent zu kommunizieren.

Palliative Care: Versorgung gut, mehr Vorsorgedialoge und Schulungen nötig

Die Schwerpunktprüfung der Kommissionen haben gezeigt, dass mehrheitlich keine Möglichkeit zum assistierten Suizid in den Einrichtungen besteht. Schon vor einigen Monaten hat ein Gutachten des Menschenrechtsbeirats der Volksanwaltschaft für Aufmerksamkeit gesorgt. Demnach müssen die Heimträger die im Sterbeverfügungsgesetz vorgesehene Möglichkeit des straflosen assistierten Suizids für schwerst- und unheilbar Kranke aus Respekt vor der freien Entscheidung der Bewohner*innen akzeptieren. „Der assistierte Suizid muss aber der allerletzte Ausweg sein. Die Volksanwaltschaft fordert daher vor allem mehr Investitionen in die Hospize, denn das Recht auf würdevolles Sterben kann ohne flächendeckende Angebote der Beratung und Palliativversorgung nicht umgesetzt werden“, sagt Volksanwalt Achitz.

Im Palliativbereich hat die Schwerpunktprüfung eine gute Versorgung gezeigt. Die Gegebenheiten in der Sterbephase (Einbeziehung von Angehörigen, diverse Rituale), die Zusammenarbeit des eigenen Pflegepersonals mit externen, spezialisierten Hospizteams, aber auch mit

anderen Berufsgruppen, oder die Ernährung am Lebensende wurden weit überwiegend positiv beurteilt. In beinahe allen Alten- und Pflegeheimen (94 %) war es Ziel der Einrichtung, dass die Bewohner*innen in ihrer gewohnten Umgebung sterben können. Ausbaufähig ist vor allem die „Vorbereitung“ bzw. alles, was vor Eintritt der palliativen Phase passiert. Vorsorgedialoge müssen verstärkt geführt werden, und es braucht mehr Schulungen im Palliativbereich.

„Fortbildungen und Informationsveranstaltungen mit Expert*innen zum Sterbeverfügungsgesetz und zum assistierten Suizid sollten unbedingt weiterhin stattfinden, um Unsicherheiten und Unwissenheit des diplomierten Pflegepersonals zu bereinigen“, sagt Pflegewissenschaftlerin Kirchberger: „Träger sollten eigene Positionen zum Thema entwickeln und diese klar an ihr Personal kommunizieren.“

Ergebnisse und Empfehlungen der Volksanwaltschaft

Schmerzmanagement und Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen – Prüfschwerpunkt

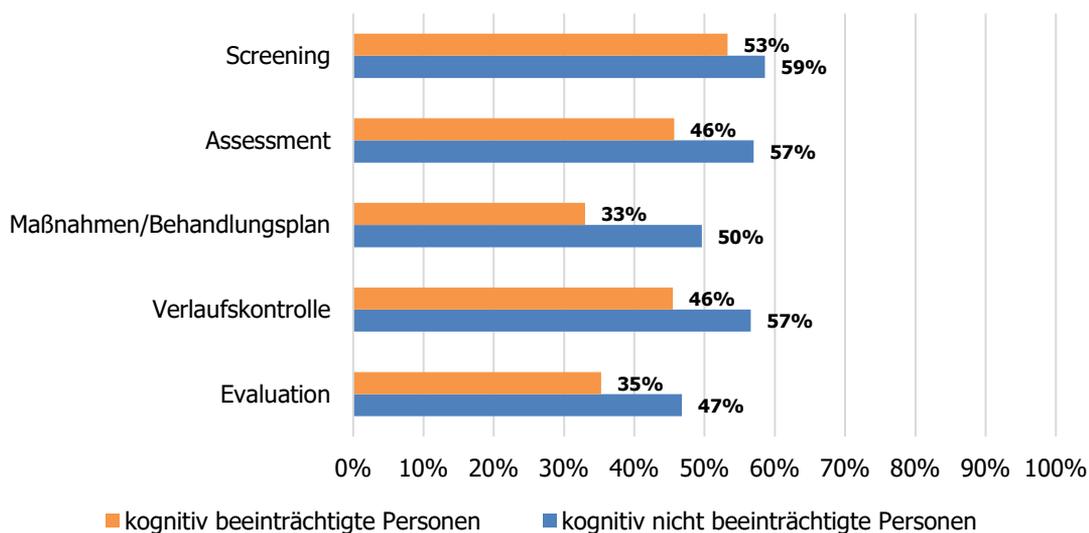
Schmerzmanagement

Maßnahmen des pflegerischen Schmerzmanagements

Wie werden Schmerzen der Bewohner*innen erfasst und behandelt? Das wurde anhand der fünf Maßnahmen des pflegerischen Schmerzmanagements, nämlich Screening, Assessment, Maßnahmen/Behandlungsplan, Verlaufskontrolle und Evaluation erhoben.

Nach einem positiven Screening (Schmerzen sind vorhanden) geht das Assessment etwas weiter und stellt fest, welche Eigenschaften die Schmerzen haben, ob diese chronisch oder akut sind und ob es sich um eine stabile oder instabile Schmerzsituation handelt. Teil dieser Maßnahme sind v.a. diverse Einschätzungsinstrumente. Dann wird ein Behandlungsplan entwickelt, in den durchgeführte Behandlungen eingetragen werden. Die Verlaufskontrolle dokumentiert den Therapieerfolg und die Befindlichkeit der Patient*innen und überwacht Nebenwirkungen. Die Evaluierung erfasst, ob die Maßnahmen wirken.

Bei der Schwerpunktprüfung haben die Kommissionen besonders auf Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen geschaut, denn sie machen mehr als 60 % der Bewohner*innen aller Heime in Österreich aus.



In mehr als einem Viertel aller besuchten Einrichtungen gibt es kein strukturiertes, dokumentiertes Schmerzmanagement – und zwar weder für kognitiv nicht beeinträchtigte noch für kognitiv oder verbal beeinträchtigte Bewohner*innen. Das heißt nicht, dass die Bewohner*innen keinerlei ausreichende Linderung ihrer Schmerzen erfahren. Es besteht aber ein erhöhtes Risiko. Eine systematische Schmerzerfassung mit den Mitteln des dargestellten Schmerzmanagements ist Grundvoraussetzung für eine adäquate Therapie: Schmerzen, die nicht erfasst werden, können nicht behandelt werden.

Bedenklich ist das vor allem für Menschen mit kognitiven Einschränkungen, etwa mit Demenzerkrankung. Während kognitiv leistungsfähige Bewohner*innen eher selbst äußern, ob sie Schmerzen haben bzw. ob und wie Schmerzmittel wirken, kann das bei kognitiv oder verbal eingeschränkten Personen nicht vorausgesetzt werden. Für sie besteht daher ein erhöhtes Risiko unerkannter Schmerzen.

Dabei ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie Schmerzen haben, hoch: 45,8 % der Patient*innen mit Alzheimer-Demenz leiden an Schmerzen, ebenso 56,4 % der Menschen mit vaskulärer und 53,9 % mit gemischter Demenz. Unzureichend kontrollierte Schmerzen tragen zu einer weiteren Verschlechterung der Demenz bei.

Verhalten sich Bewohner*innen mit Demenz auffällig, sollte immer an die Möglichkeit von Schmerzen gedacht werden. Zwar fanden die Kommissionen bei den Schwerpunktbesuchen so gut wie keine Bewohner*innen vor, deren Befragung oder Beobachtung Hinweise auf unerkannte Schmerzen ergeben hätte. Gespräche der Kommissionen in den Einrichtungen zeigten aber, dass das adäquate Erkennen von Schmerzen besonders bei Demenzkranken sehr herausfordernd ist. Umso wichtiger ist ein umfassendes Schmerzmanagement, mit dem Schmerz konsequent gemessen und damit die Basis für eine adäquate Therapie geschaffen werden kann.

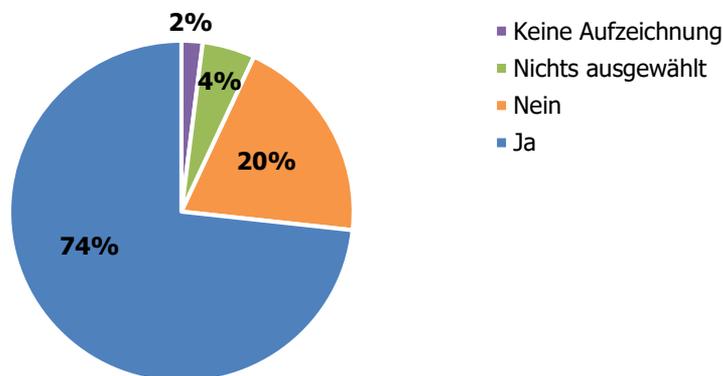
Die Volksanwaltschaft empfiehlt:

- Ein standardisiertes Schmerzmanagement sollte integraler Bestandteil der Betreuung von Menschen mit Demenz oder anderen kognitiven oder verbalen Einschränkungen sein.
- Um Schmerzen bei nonverbalen Personen gut wahrnehmen zu können, sind stabile Beziehungen zwischen dem Personal und den betreuten Personen notwendig.
- Eine routinemäßige und systematische Erhebung der Schmerzen sollte darüber hinaus bei allen Bewohner*innen – ungeachtet ihrer kognitiven Fähigkeiten – durchgeführt werden. Schmerzassessments müssen Teil eines jeden Pflegemanagements sein.
- Bei allen Bewohner*innen mit Schmerzen bzw. Schmerztherapie muss ein multiprofessioneller Behandlungsplan erstellt und eine regelmäßige Schmerzverlaufserfassung erfolgen, um die Effektivität der medikamentösen oder nichtmedikamentösen Schmerztherapie evaluieren zu können.

Schmerzerfassung und Schmerzeinschätzung

Auch wenn keine Demenz vorliegt, gibt es im höheren Alter Besonderheiten, die das Erkennen von Schmerzen schwierig machen. Fehlende Warnsignale machen eine systematische Erhebung von Schmerzen notwendig. Dafür gibt es viele Instrumente, die entweder auf Selbstauskunft der Patient*innen oder auf Fremdbeobachtung aufbauen. Dafür kommen Lautäußerungen, Mimik, Appetitverlust, Verwirrtheit, Schonhaltung oder Abwehr von Berührungen in Frage.

Werden in der besuchten Einrichtung Einschätzungsinstrumente verwendet?



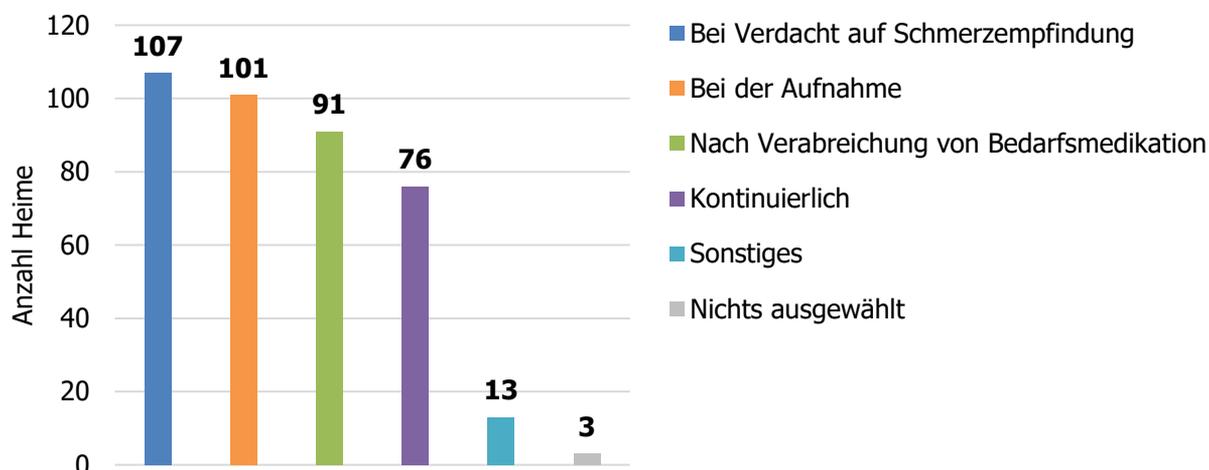
Die Kommissionen haben bei ihrer Schwerpunktprüfung festgestellt, dass in fast zwei Drittel der besuchten Alten- und Pflegeheime irgendeine Form von Schmerzeinschätzungsinstrument verwendet wird. Aber in jeder fünften Einrichtung ist das nicht der Fall.

In einigen Einrichtungen ist nicht nachvollziehbar, nach welchen Kriterien die verschiedenen Instrumente zur Schmerzerfassung (Selbstauskunft oder Fremdeinschätzung) angewandt werden. Die Kommissionen besuchten auch Heime, wo keine oder keine regelmäßigen Schmerzeinschätzungen gemacht werden, oder wo nicht nachvollziehbar war, was mit den Ergebnissen passiert.

Die Volksanwaltschaft empfiehlt:

- Die Anwendung von Einschätzungsinstrumenten als Mittel zur systematischen Erfassung von Schmerzen sollte in allen Einrichtungen Standard sein.
- Die Anwendung der für die jeweilige Personengruppe am besten geeigneten Skalen sollte möglichst einheitlich und nachvollziehbar erfolgen.

Wann wird die Schmerzerfassung durchgeführt?



Nur 61,7 % der Einrichtungen führen eine kontinuierliche Schmerzerfassung durch. Dabei variieren die Zeitintervalle sehr stark, von täglich bis zu zweimal jährlich.

Viele Einrichtungen führen die Schmerzerfassung aber routinemäßig monatlich und bei Schmerzpatient*innen wöchentlich bis täglich durch. Auch bei der Erfassung von chronischen Schmerzen zeigt sich eine große Bandbreite, die von einmal monatlich bis zu zweimal täglich reicht. Fast alle Einrichtungen gaben an, dass die Intervalle sehr individuell und bewohner*innenbezogen festgelegt werden.

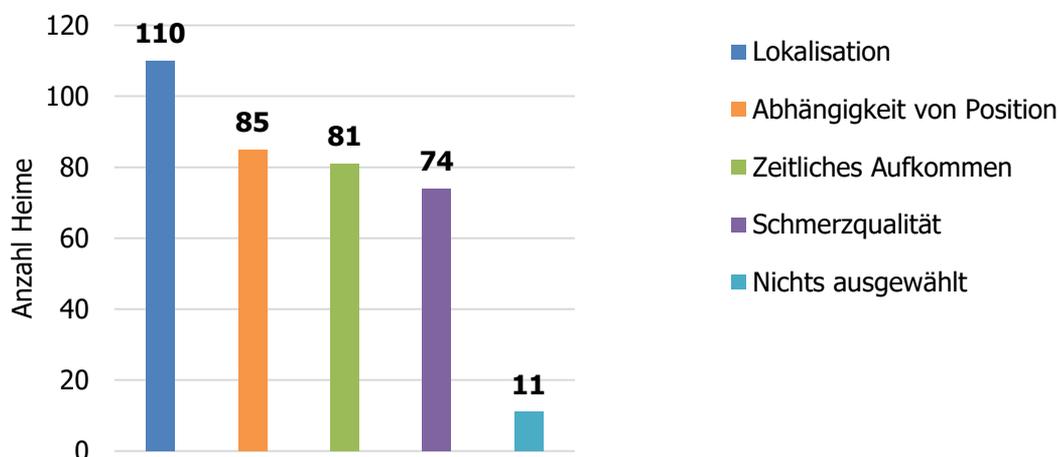
Die Schmerzerfassung bzw. -einschätzung wird am häufigsten bei Verdacht auf Schmerzempfinden (in 87 % der Einrichtungen) sowie bei der Aufnahme ins Heim (in 82 % der Einrichtungen) durchgeführt.

Die Schmerzerfassung nach Verabreichung einer Bedarfsmedikation findet in 73 % der Einrichtungen statt. Bei einigen elektronischen Dokumentationssystemen öffnet sich in diesen Fällen ein bis zwei Stunden danach automatisch ein Fenster, in dem die Wirksamkeitskontrolle dokumentieren werden muss.

Die Volksanwaltschaft empfiehlt:

- Die Schmerzerfassung soll für die Bewohner*innen nach individuellen Gesichtspunkten regelmäßig durchgeführt werden.
- Ein Routinescreening sollte beim Einzug ins Heim, danach mindestens alle vier Wochen, bei einer Veränderung des medizinischen Status sowie vor, während und nach einer Schmerzmaßnahme (medikamentös und/oder nichtmedikamentös) erfolgen.
- Bei chronischen Schmerzen oder Dauermedikation sollte die Einschätzung mindestens einmal wöchentlich erfolgen.

Welche Aspekte werden beim Schmerzmanagement berücksichtigt?



Neben der Schmerzintensität sollen auch erhoben werden:

- Lokalisation des Schmerzes: Diese und eventuell die Ausstrahlung des Schmerzes kann mithilfe eines Körperschemas erhoben werden.
- Schmerzqualität: z.B. pochend, brennend, stechend, klopfend, einschließend.
- Zeit: Beginn, Dauer und Rhythmus. Damit kann akuter Schmerz abgegrenzt werden.
- Positionsabhängigkeit: Auftreten des Schmerzes in Ruhe und/oder unter Belastung.

Die Erhebungen der Kommissionen ergaben, dass die Lokalisation am häufigsten erfasst wird: In 110 von 123 Einrichtungen (also fast 90 %) wird nach dem Ort des Schmerzes gefragt. Etwa gleich oft werden die übrigen Faktoren berücksichtigt. Dabei wird am wenigsten oft (nur in 60 %) die Schmerzqualität erfasst. Das liegt nach Angaben der Pflegepersonen an fehlender Zeit, fehlender fachlicher Expertise oder an Sprachmängeln.

Die Volksanwaltschaft empfiehlt:

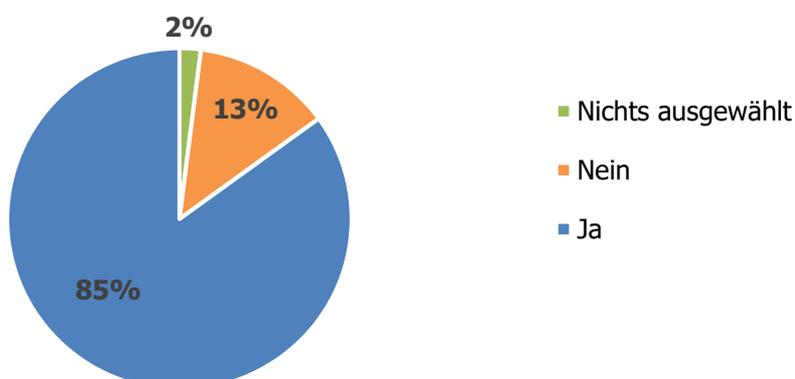
- Alle genannten Aspekte sollten Teil des Schmerzassessments für Bewohner*innen von Alten- und Pflegeeinrichtungen sein, um den Schmerz systematisch zu erfassen und damit die Behandlung zu erleichtern.

Verfügbarkeit von Medikamenten in akuten Schmerzsituationen

Für die Schmerz- und Palliativversorgung sind hochwirksame Medikamente notwendig, und sie müssen rasch verfügbar sein. Oft handelt es sich dabei um Medikamente, die unter das Suchtmittelgesetz (SMG) fallen, etwa Opioide. Der Bedarf von Schmerzpatient*innen kann sich sehr schnell ändern, darauf muss schnell reagiert werden.

Diese Medikamente dürfen aber ausschließlich für bestimmte einzelne Bewohner*innen verschrieben werden. Ein Vorrat für mehrere Bewohner*innen ist nicht erlaubt. Wenn nicht für alle Bewohner*innen für alle Akutsituationen geeignete Einzelfallmedikamentation vorhanden ist, kann es zu Problemen kommen, vor allem am Abend, an Wochenenden und Feiertagen.

Sind Analgetika (insbes. Suchtgiftmittel) in akuten Schmerzsituationen jederzeit verfügbar?



13 % der besuchten Einrichtungen gaben an, dass Schmerzmittel inkl. Suchtmittel in Akutsituationen nicht jederzeit verfügbar sind. Dort, wo eine besonders gute Zusammenarbeit mit Ärzt*innen besteht, ist hingegen eine durchgehende Schmerzmittelversorgung gewährleistet (z.B. 24-Stunden-Erreichbarkeit und unmittelbare räumliche Nähe von Ärzt*innen/Notfallmediziner*innen). Das war in 85 % der Einrichtungen der Fall.

Von jenen Heimen, wo die notwendigen Medikamente in Notfällen nicht vorhanden waren, wurde immer wieder die schwierige Erreichbarkeit medizinischen Personals bzw. der Apotheke vor allem abends, am Wochenende und an Feiertagen angeführt. In diesen Fällen muss der Notarzt/die Notärztin bzw. die Rettung kontaktiert werden, oder die Bewohner*innen müssen ins Krankenhaus gebracht werden, um die benötigte Schmerzmittelbehandlung zu erhalten.

Zum Beispiel war der Katheter eines Bewohners verstopft und konnte vom Pflegepersonal nicht durchgängig gemacht werden. Die verschriebene Bedarfsmedikation zeigte zu wenig Wirkung, und der Bewohner musste trotz unerträglicher Schmerzen lange auf Hilfe durch den Notarzt warten.

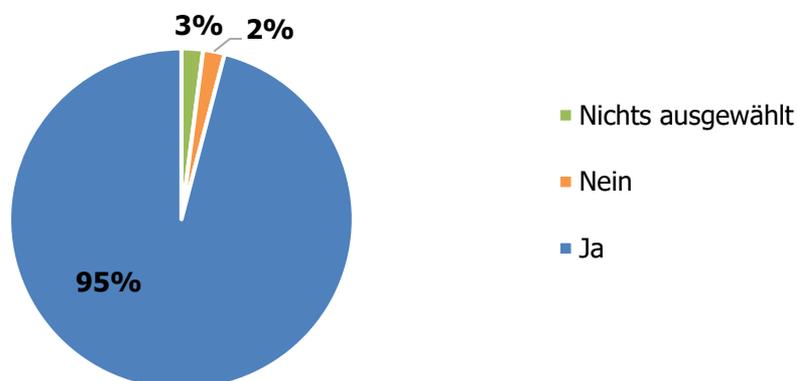
Die Volksanwaltschaft empfiehlt:

- Pflegeeinrichtungen muss die effiziente Behandlung mit hochwirksamen Schmerzmitteln immer in vertretbarer Zeit möglich sein.
- Eine gesetzliche Erlaubnis, personenunabhängige Suchtmittelnotfalldepots führen zu dürfen, käme Patient*innen mit akut oder chronisch unerträglichen Schmerzen entgegen.

Nicht-medikamentöse Schmerztherapie

Nicht-medikamentöse Maßnahmen werden als ergänzende, schmerzlindernde Interventionen empfohlen und sind Teil eines multimodalen Therapiekonzepts. Dazu gehören aktive und passive physiotherapeutische Maßnahmen (z. B. Beispiel Massagen, Kälte- und Wärmebehandlungen, Akupunktur), aber auch psychotherapeutische Maßnahmen wie kognitive Verhaltenstherapie, Autogenes Training, Entspannungstherapien oder Ablenkung (äußere Ablenkung, wie Rätsel lösen, Gartenarbeit, lesen, Musik hören, oder innere Ablenkung, wie Atemübungen oder Fantasiereisen, durch die es manchmal möglich ist, den Schmerz in den Hintergrund zu drängen).

Werden in der Einrichtung neben Schmerzmedikamenten andere Methoden der Schmerzlinderung angewandt?



Hier zeigten die Erhebungen der Kommissionen ein positives Bild: In fast allen besuchten Einrichtungen (95 %) kommen neben Schmerzmedikamenten auch alternative Formen der Schmerzlinderung zur Anwendung, z.B. klassische Hausmittel wie Wickel, Umschläge, Einreibungen, Wärme- und Kälteanwendungen, schmerzlindernde Positionierungen bzw. Physiotherapie und Aromatherapie. Sehr oft werden Zuwendung und Zeit bzw. validierende Gespräche zur Ablenkung von Schmerzen eingesetzt.

Die nicht-medikamentösen Maßnahmen werden von den Pflegefachkräften durchgeführt. In beinahe drei Viertel der Einrichtungen, die nicht-medikamentöse Schmerztherapie anbieten, gibt es Schulungen dazu. Sehr viele Einrichtungen verfügen auch über Pflegekräfte mit konkreten Zusatzausbildungen (72,5 %).

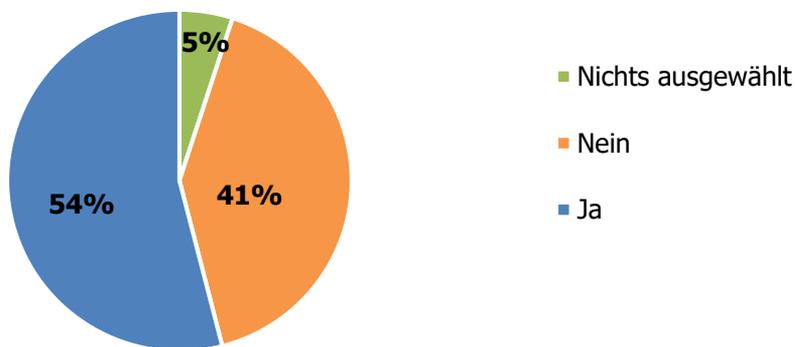
Die Volksanwaltschaft empfiehlt:

- Nicht-medikamentöse Maßnahmen der Schmerztherapie sollten je nach Art und Ursache des Schmerzes allein oder in Kombination mit medikamentöser Therapie eingesetzt werden. Dabei müssen die individuellen Vorlieben der Bewohner*innen berücksichtigt werden.

Schulungen zum Schmerzmanagement

Angemessene Pflege hängt entscheidend vom fachlichen Wissen der Pflegekräfte ab. Sie übernehmen wesentliche Teile der Koordination und Organisation, und sie kommunizieren mit den Bewohner*innen. Deshalb haben die Kommissionen der Volksanwaltschaft auch das Thema Aus- und Weiterbildung erfragt.

Finden Schulungen zum Schmerzmanagement statt?



In mehr als der Hälfte der besuchten Einrichtungen finden Schulungen zum Schmerzmanagement statt, in den meisten Fällen zumindest jährlich. Bei der Frage nach Art der durchgeführten Schulungen gab die überwiegende Mehrheit die Ausbildung zur Pain-Nurse an. Sie umfasst u. a. Schmerzmanagement in der Pflege sowie im Palliativbereich. Von insgesamt 68 Einrichtungen, die dazu antworteten, gab es in 32 Fällen bereits eine Pain-Nurse, oder die Ausbildung dazu fand gerade statt oder war bald geplant.

In einigen Einrichtungen waren Schulungen zum Thema Schmerz im Rahmen einer Palliative-Care-Ausbildung vorhanden. Nur ganz vereinzelt wurde angegeben, dass es keine einzige auf Schmerz spezialisierte Pflegeperson im Haus gebe.

Die Volksanwaltschaft empfiehlt:

- Wegen der wichtigen Rolle von Pflegepersonen im Schmerzmanagement von Alten- und Pflegeeinrichtungen sind regelmäßige Schulungen (Fort- und Weiterbildungen) unbedingt erforderlich und sollten forciert werden.

Palliative Care

Lebensqualität bis zuletzt – Sterben in Würde

Hospizkultur und Palliative Care ist ein Betreuungsansatz, der die Lebensqualität sterbender Menschen bis zuletzt fördert und ein Sterben in Würde ermöglicht. Ganzheitliche Pflege, palliativmedizinische Versorgung und Schmerztherapie gehen dabei auf psychische, soziale und spirituelle Wünsche ein. Eine derartige Betreuung erfordert spezielles Wissen und Erfahrung in Bezug auf Schmerzbehandlung und Demenz und eine Kommunikation, die die spezielle Situation der Bewohner*innen anerkennt und würdigt. Interdisziplinäre Zusammenarbeit, vor allem zwischen dem medizinischen und dem pflegenden Personal, und die Einbindung naher Angehöriger spielen eine große Rolle.

Langzeitpflegeeinrichtungen sind Teil der Grundversorgung und übernehmen gemeinsam mit Krankenhäusern und Arztpraxen 80 - 90 % der Versorgung im Bereich Palliative Care. Es ist daher wesentlich, die Integration von Hospizkultur und Palliative Care in Alten- und Pflegeheime weiter auszubauen und zu fördern.

Von der Grundversorgung zu unterscheiden ist die spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung (Palliativstationen, Stationäre Hospize). Sie war nicht Thema des Prüfungsschwerpunkts der Volksanwaltschaft und ihrer Kommissionen.

Das Projekt „Hospizkultur und Palliative Care in Pflegeheimen“ (HPCPH)

Das Projekt „Hospizkultur und Palliative Care in Pflegeheimen“ (HPCPH) wurde 2004 ausgehend von Vorarlberg von Hospiz Österreich entwickelt. Es ist ein umfassender, dreijähriger, auf Hospiz und Palliative Care fokussierter Organisationsentwicklungsprozess. Dafür sollen 80 % der Mitarbeiter*innen aller Berufsgruppen geschult werden, die in die Patienten*innenbetreuung eingebunden sind. Sie sollen durch Erfahrung und Knowhow sicherer in ihrer Arbeit mit schwerkranken und sterbenden Menschen und deren An- und Zugehörigen werden.

Ende 2021 haben 207 Heime in acht Bundesländern das Projekt durchlaufen, also etwa 20 % aller Heime. Das entspricht in etwa den Zahlen der Schwerpunktprüfung der Volksanwaltschaft: 18 % der von den Kommissionen besuchten Einrichtungen haben eine HPCPH-Zertifizierung.

Damit ist zwar noch lange keine flächendeckende Umsetzung erreicht, erfreulich war jedoch, dass im Rahmen der Schwerpunkterhebungen zahlreiche Heime angaben, die Zertifizierung zeitnah zu planen.

Personalknappheit erschwert Umsetzung von HPCPH

Befragt nach den Schwierigkeiten, die es bei der Umsetzung von HPCPH gibt, wurde an erster Stelle die Personalknappheit genannt: Zusätzlich zur generell bestehenden Personalnot und Ausfällen durch Krankenstände erfordern die Schulungen eine mehrtägige Abwesenheit des Personals. Die Dienstplangestaltung werde damit zur Herausforderung.

Auch Abgänge beim (bereits geschulten) Personal durch Pensionierungen oder durch Jobwechsel sind problematisch, weil dadurch die Ausbildungsquote von 80 % unterschritten

wird und die Voraussetzungen für die Zertifizierung nicht mehr vorliegen. Die Schulungen müssen daher laufend angeboten werden.

Der Vorsorgedialog

Beim Vorsorgedialog geht es darum, den Willen der Bewohner*innen frühzeitig zu erheben und zu dokumentieren, damit in Krisensituationen danach gehandelt werden kann. Rechtlich handelt es sich um eine Patientenverfügung, wenn die/der Betroffene zum Zeitpunkt des Dialogs entscheidungsfähig ist.

Durch strukturierte, wiederholte Gespräche mit Bewohner*innen, Ärzt*innen, Pflegepersonen, An- und Zugehörigen und Vertrauenspersonen wird der Wille der Bewohner*innen festgehalten, um in kritischen Situationen die richtigen Maßnahmen treffen zu können. Dafür muss das Personal viel Zeit aufwenden.

Laut Zahlen von Hospiz Österreich boten Ende 2021 nur 60 Heime den Vorsorgedialog an, also nur etwa ein Viertel der Heime, die das Projekt HPCPH durchlaufen haben.

Die Erhebungen der Kommissionen ergaben, dass in 29 % der Einrichtungen ein „Vorsorgedialog“ geführt wird, wobei dieser Begriff auch auf andere Instrumente wie Vorsorgegespräche oder ähnliche Ansätze bezogen wurde. Wo keine Vorsorgedialoge angeboten werden, wurden fehlende Zeit, aber auch fehlende Finanzierung angegeben.

Der Bedarf an Vorsorgegesprächen ist hoch, das zeigen auch interne Vorsorgetools in einigen Einrichtungen. Sie unterstützen die Pflegeteams mit einem Erhebungsbogen dabei, die Wünsche der Bewohner*innen zu erkennen und auf ihre Bedürfnisse eingehen zu können.

Andere Einrichtungen berichteten von einer positiven Entwicklung: In manchen Alten- und Pflegeheimen führt ein mobiles Palliativteam der LGA NÖ Vorsorgegespräche im Rahmen des Advance Care Planning (ACP) durch. Dabei besucht einmal im Monat ein Team aus Palliativfachkräften die Einrichtung, um mit den Bewohner*innen in persönlichen Gesprächen über ihre Wünsche und Bedürfnisse am Lebensende zu sprechen.

Die Volksanwaltschaft empfiehlt:

- Jeder schwerstkranke und sterbende Mensch hat ein Recht auf umfassende medizinische, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Betreuung und Begleitung, die seiner individuellen Lebenssituation und seinem palliativen Versorgungsbedarf Rechnung trägt.
- Um die Lebensqualität und Menschenwürde bis zuletzt zu wahren, sollte HPCPH österreichweit umgesetzt und nachhaltig sichergestellt werden.
- Vorsorgedialoge sollten in allen Einrichtungen geführt werden. Bewohner*innen und ihre Vertrauenspersonen sollten dabei unterstützt werden, Entscheidungen über die letzte Lebensphase zu treffen.
- Um pietät- und würdevolles Handeln sicherzustellen, müssen befugte Ärzt*innen zur Verfügung stehen.

- Die flächendeckende Umsetzung und ein gleichberechtigter Zugang zu Hospiz und Palliative Care in Pflegeheimen muss sensibel sein gegenüber persönlichen und kulturellen Werten, Glaubensinhalten und Gewohnheiten, um ein Sterben unter würdigen Bedingungen zu ermöglichen.
- Die Finanzierung der Vorsorgedialoge muss sichergestellt werden.
- Eine vorausschauende Planung soll es ermöglichen, nach dem Willen und dem Wunsch der Bewohner*innen zu handeln und unnötige Krankenhaustransporte und -aufenthalte zu verhindern.

Ethische Fallbesprechungen

Bei der ethischen Fallbesprechung handelt es sich um ein strukturiertes Gespräch mit dem Ziel, eine möglichst begründete pflegerische Entscheidung zu treffen. Bei der internen Fallbesprechung sind mindestens Pflegedienstleistung, Moderation, Bezugspflegekraft und die restlichen Mitglieder eines Pflegeteams eingebunden, aber auch behandelnde Mediziner*innen, verschiedene Therapeut*innen, Angehörige oder gesetzliche Vertreter*innen.

Die Erhebungen der Kommissionen ergaben, dass nur in wenig mehr als einem Drittel der besuchten Einrichtungen ethische Fallbesprechungen stattfinden, wobei vielfältige Ansätze und Praktiken identifiziert wurden. Einige Einrichtungen haben einen Ethikrat eingesetzt, während bei anderen ethische Aspekte oft Gegenstand von Teambesprechungen, aber auch Visiten, Supervision oder auch nur Dienstübergaben sind. Einige Einrichtungen setzen auf interdisziplinäre Besprechungen unter Beteiligung des Pflegeteams, Ärzt*innen, Angehörigen und Bewohner*innen, während andere diese auch ohne Beteiligung von Pflegepersonal durchführen. Manche berücksichtigen auch den Wunsch der Bewohner*innen nach Teilnahme von Seelsorger*innen.

Erwähnenswert sind eigene Advanced Care Programme, die in Zusammenarbeit mit Mitarbeiter*innen und externen Expert*innen aus Pflege und Medizin entwickelt wurden. Dabei werden das Pflegeteam, die Familie, Freunde, Ehrenamtliche, Ärzt*innen und Therapeut*innen in die Sterbebegleitung eingebunden.

Nur weniger als ein Viertel der Einrichtungen führt diese ethischen Fallbesprechungen strukturiert durch. Die Strukturiertheit ist unterschiedlich: Einige verwenden Formblätter oder Krisenblätter (z. B. Vorsorgedialog), „Palliativerhebungsbögen“, „Palliative Behandlungspläne“ und „Palliativ-Notfallpläne“. Auch die zeitliche Umsetzung von ethischen Fallbesprechungen kann variieren, von regelmäßigen täglichen Besprechungen bis zu spezifischen Anlässen, wie feststellbarem Abbau oder Verschlechterung des Allgemeinzustands.

Die ethischen Fallbesprechungen müssen dokumentiert werden, damit ihre Ergebnisse berücksichtigt werden können. Diese werden oft mündlich weitergegeben, oft bei Dienstübergaben oder in Teamsitzungen, und zusätzlich durch schriftliche Vermerke in der Pflegedokumentation festgehalten. Meist werden auch die Bewohner*innen und Angehörigen informiert. In den wenigsten Einrichtungen ist überhaupt keine strukturierte Dokumentation vorhanden.

Die Volksanwaltschaft empfiehlt:

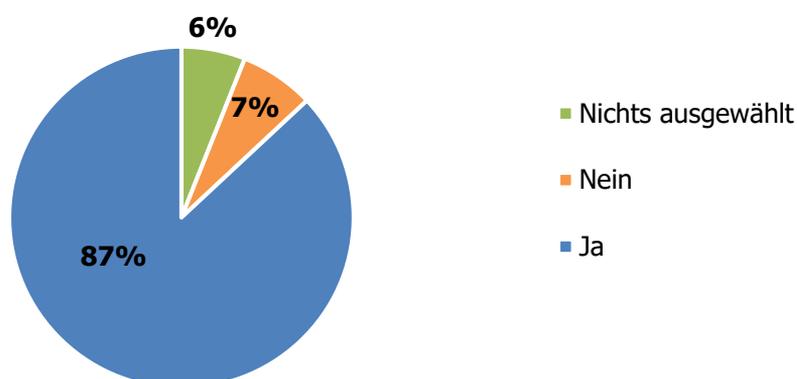
- Offene und transparente Kommunikation mit den Bewohner*innen, ihren Familien, dem Pflegepersonal und Ärzt*innen soll ermöglichen, gemeinsam die Bedürfnisse und Wünsche der Bewohner*innen nach palliativ- und hospizbezogenen Maßnahmen zu berücksichtigen.
- Die Zusammenarbeit aller Berufsgruppen, die mit den Bewohner*innen in Kontakt sind, sollte gefördert werden.
- Es müssen regelmäßige Evaluierungen der Palliativ- und Hospizbetreuung durchgeführt werden, um sicherzustellen, dass die Bedürfnisse aller Bewohner*innen sichergestellt werden.

Vorsorgeplanung

In Österreich gibt es eine Reihe von Möglichkeiten, eigene Wünsche für die Behandlung am Lebensende festzuhalten, wie z.B. Vorsorgedialog, Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht.

Patientenverfügungen sind in fast allen Einrichtungen vereinzelt vorhanden, gefolgt von Vorsorgevollmachten, DNR (Do Not Resuscitate), AND (Allow Natural Death) oder ähnlichen Maßnahmen und letztlich dem Vorsorgedialog. Das deutet darauf hin, dass in der Aufklärung und Bewusstseinsbildung Verbesserungsbedarf besteht und gezielte Schritte zur Errichtung von Vorsorgeplanungen in den Einrichtungen gesetzt werden müssen. Die Notwendigkeit wird dadurch unterstrichen, dass der Großteil der Patientenverfügungen bereits beim Einzug ins Heim mitgebracht werden.

Werden Vorsorgedialog/Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht erfasst?



In 87 % der besuchten Einrichtungen werden Vorsorgedialoge, Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten zumindest erfasst. Bei 7 Prozent sind keine entsprechenden Unterlagen vorhanden.

Transparenz und Kommunikation über Vorsorgeplanungen sind entscheidend, damit das gesamte Team informiert ist. Einige Einrichtungen nutzen dafür spezielle Vermerke in der Pflegedokumentation, eigene Felder im Pflegebericht, Farbleuchtsysteme oder spezielle Reiter in der EDV. Auch spezielle Zeichen wie eine Rose am Türschild werden genutzt, um auf eine Vorsorgeplanung aufmerksam zu machen.

Die klare Kommunikation und Weitergabe von Vorsorgedokumenten ist vor allem bei einem Transfer ins Krankenhaus entscheidend, damit dort alle relevanten Informationen zur Verfügung stehen. Die Kommissionen stellten fest, dass Vorsorgedialoge, Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten in so gut wie allen Einrichtungen mit dem Transferbericht oder Stammdatenblatt mitgegeben werden.

Die Volksanwaltschaft empfiehlt:

- Es sind verstärkte Anstrengungen der Einrichtungen erforderlich, um Bewohner*innen proaktiver zu einer Vorsorgeplanung zu sensibilisieren und zu fördern.

Schulungen zu Palliative Care

Die angemessene Pflege und ärztliche Betreuung hängt wesentlich von der fachlichen Kompetenz der betreuenden Personen ab. Es ist wichtig, dass Palliative Care von Anfang an berücksichtigt wird und jede ärztliche und pflegerische Maßnahme eine palliative Komponente einschließt. Fortbildungen des Personals spielen daher eine entscheidende Rolle.

Aber nur 63 % der besuchten Heime gaben an, dass es solche Schulungen gibt. Positiv ist, dass etwa die Hälfte dieser Alten- und Pflegeheime alle Berufsgruppen (inklusive Verwaltung, Reinigungspersonal, Küche, Haustechnik ...) schult, auch solche, die nicht unmittelbar mit der Pflege und Betreuung befasst sind.

Es mangelt an Heimärzt*innen mit Spezialausbildung in Palliativmedizin. Nur in etwa der Hälfte der Einrichtungen ist bekannt, dass die behandelnden Ärzt*innen eine Qualifikation in Palliative Care haben, während etwa ein Viertel der Heime das dezidiert ausschließt.

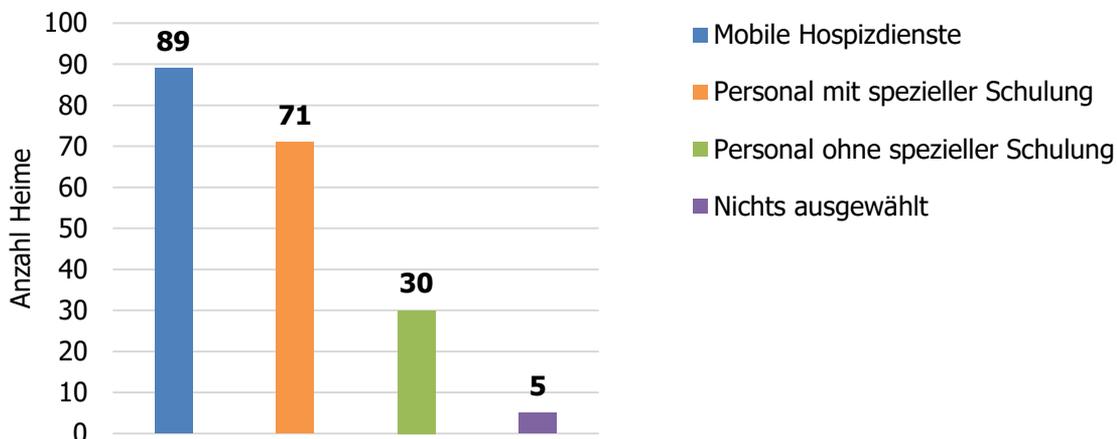
Die Volksanwaltschaft empfiehlt:

- Es braucht umfassende und regelmäßige Fortbildungen für die Mitarbeiter*innen aller Berufsgruppen und Hierarchieebenen, um sicherzustellen, dass das gesamte Personal mit den Prinzipien und Bedürfnissen der Palliativ- und Hospizbetreuung vertraut ist.

Zusammenarbeit mit spezialisierter Hospiz- und Palliativversorgung

Mobile Palliativ- und Hospizteams unterstützen das Personal in den Heimen, Palliativpatient*innen sowie Angehörige mit fachlicher Expertise zur Palliativversorgung. Ob diese spezialisierten Leistungsangebote erforderlich sind, hängt einerseits von der Komplexität der Palliativsituation, andererseits auch von den Ressourcen in den Heimen ab.

Durch wen erfolgt die Versorgung in der Palliativpflege?



Mehr als die Hälfte (58 %) der Einrichtungen setzt zur Palliativversorgung eigenes, entsprechend geschultes Personal ein. Fast ein Viertel der Einrichtungen setzt kein speziell geschultes Personal ein. Die nähere Auswertung zeigt aber, dass in vielen dieser Heime mobile Palliativ- und Hospizteams herangezogen werden.

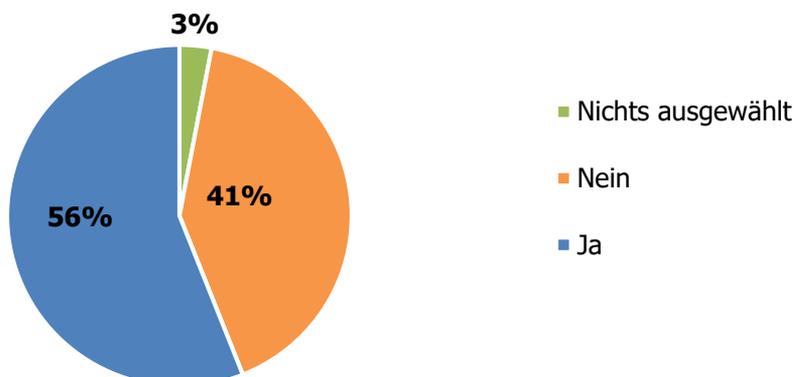
Insgesamt nehmen über 70 % der Heime mobile, also externe Dienste in Anspruch, fast immer zusätzlich zum eigenen geschulten Personal. Insgesamt verfügen nur etwa 3 % der besuchten Heime weder über Pflegekräfte mit spezialisierter Ausbildung in Palliative Care noch über externe Expertise.

Das Gesamtergebnis zeigt einen sehr hohen Grad an adäquater Versorgung der Bewohner*innen in der Palliativpflege; im Zusammenwirken von eigenem Personal und mobilen Palliativ- und Hospizdiensten.

Palliativbeauftragte und interprofessionelle Zusammenarbeit

Der umfassende Betreuungsansatz von Palliative Care ist nur durch Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen umsetzbar. Dabei sollen im Team abgestimmte Behandlungs- sowie Pflege- und Betreuungsziele zum Wohl der Erkrankten im Vordergrund stehen.

Gibt es eine(n) Palliativbeauftragte(n) und/oder externe(n) Palliativkonsulent(in) für das Team?



Mehr als die Hälfte der Heime gab an, über Palliativbeauftragte und/oder externe Palliativkonsulent*innen für ihr Team zu verfügen. Sie übernehmen Koordinationsaufgaben und sind Expert*innen zum Thema Hospiz und Palliative Care im Heim, bringen Anregungen ein und in Abstimmung mit der Leitung arbeiten sie daran, dass Hospizkultur und Palliative Care von allen Mitarbeitenden im Heim gelebt werden kann. Externe Palliativkonsulent*innen sind Angebote der spezialisierten (externen) Hospizversorgung und bieten Hilfe in komplexeren, schwierigen Situationen.

Die Teams zur Betreuung von Palliativpatient*innen bilden sich anlassbezogen. Neben den zentralen Berufen der Medizin, Pflege und Therapie werden auch Sozialarbeit, Psychologie oder spirituelle Begleitung einbezogen. 87 % der Heime arbeiten in der Palliativpflege mit diesen Berufsgruppen zusammen. In der Praxis werden hauptsächlich Seelsorger*innen herangezogen, gefolgt von Psycholog*innen und Sozialarbeiter*innen. Der Kontakt wird auch so gut wie immer dokumentiert.

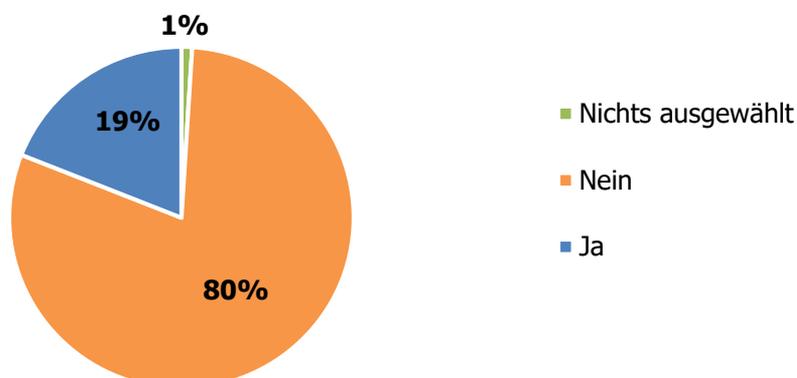
Die Volksanwaltschaft empfiehlt:

- Sowohl die Installierung von Palliativbeauftragten als auch die Zusammenarbeit und Unterstützung durch andere Professionen, wie Sozialarbeit, Seelsorge und Psychologie ist zur umfassenden Betreuung der Bewohner*innen erforderlich.

Das Total-Pain-Konzept – ganzheitliche Erfassung von Schmerz

Das Total-Pain-Konzept berücksichtigt neben dem körperlichen Schmerz, dessen Behandlung Priorität zukommt, auch den seelischen, sozialen und spirituellen Schmerz. Verlust und Trauer durch Abschied von der Gesundheit, der Mobilität, von geliebten Menschen und vom eigenen Zuhause führen zu seelischem Schmerz. Mit sozialem Schmerz ist v.a. die Einsamkeit im hohen Alter gemeint, wenn nahe Bezugspersonen schon verstorben sind. Spiritueller Schmerz meint eine Art Sinnlosigkeitsgefühl – viele alte Menschen fühlen sich unnützlich oder wertlos und stellen sich die Frage, ob ihr Leben im Heim noch Sinn haben kann.

Kommt das Total-Pain-Konzept zur Anwendung?



Nur 19 % der besuchten Einrichtungen wenden das Total-Pain-Konzept an. Dieses Ergebnis dürfte aber daran liegen, dass der Begriff „Total Pain“ zu wenig bekannt ist. Sobald die Kommissionen erläuterten, was das Total-Pain-Konzept inhaltlich ausmacht, gaben viele Heime an, den Schmerz der Bewohner*innen sehr wohl ganzheitlich in diesem Sinne zu erfassen. Es

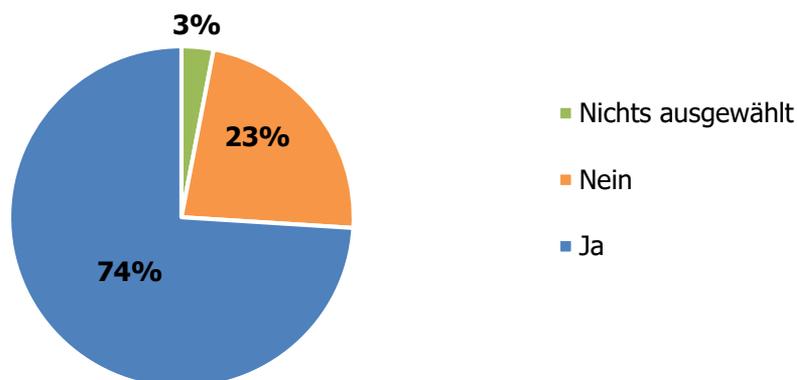
würden biografische und spirituelle Aspekte berücksichtigt, man bemühe sich zwischen körperlichen und seelischen Schmerzen zu unterscheiden. Teilweise war auch aus den Schilderungen bzw. der Dokumentation (z.B. Berichte zur Sterbebegleitung) ersichtlich, dass das Konzept in der Einrichtung gelebt wird.

In ca. 11 % aller Einrichtungen gibt es im Rahmen der Palliativ- oder Schmerzfortbildungen auch Schulungen zu Total Pain.

Symptommanagement

Das Symptom-Management kontrolliert quälende Beschwerden durch gezielte Pflegemaßnahmen sowie medikamentöse und nicht medikamentöse Therapien und mit spiritueller wie auch psychosozialer Begleitung/Beratung. Oberstes Ziel ist das Erreichen der bestmöglichen Lebensqualität durch Symptomlinderung im Krankheitsverlauf.

Gibt es ein Symptommanagement in der Palliativpflege?



Etwa ein Viertel der besuchten Einrichtungen haben kein Symptommanagement in der Palliativpflege. Auch hier könnte der hohe Anteil an der Unklarheit des Begriffs liegen. Einige Alten- und Pflegeheime zeigen klare Bemühungen um eine ganzheitliche und vorausschauende Planung und betonen die Lebensqualität und Autonomie der Bewohner*innen. Angegeben wurde, dass Behandlungsplan-, Pflege- und Betreuungskonzept interprofessionell entwickelt und umgesetzt werden. Symptome werden in ihrer biopsychosozialen spirituellen Gesamtheit erfasst und verstanden. Andere Einrichtungen behandeln zwar bestimmte Symptome, merken jedoch an, dass es kein dezidiertes Symptommanagement gibt.

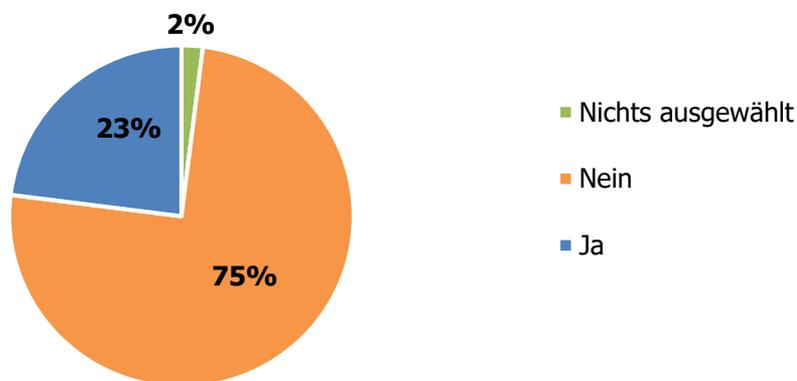
Die Volksanwaltschaft empfiehlt:

- Ein ganzheitliches, interprofessionelles und strukturiertes Vorgehen im Symptommanagement ist notwendig, um ein hohes Maß an Lebensqualität und Autonomie für die Bewohner*innen zu ermöglichen.

Palliative Sedierung

Die Palliative Sedierungstherapie (PST) ist eine wichtige und ethisch akzeptierte Therapie in der Betreuung Sterbender. Unerträgliches Leiden wird damit reduziert. Sie ist die letzte medizinische Möglichkeit, intensiven Schmerz, der nicht anders therapeutisch behandelbar ist, durch eine pharmakologische Bewusstseinsdämpfung zu beherrschen.

Kommt palliative Sedierung zur Anwendung?



In drei Viertel der besuchten Heime wird palliative Sedierung nicht angewendet; oder zumindest nicht routinemäßig. Wenn doch, dann als Einzelfallentscheidung aufgrund einer ärztlichen Anordnung oder in Absprache mit dem mobilen Palliativteam. In anderen Einrichtungen wird aufgrund der Leitlinien des mobilen Palliativteams oder gemäß dem hausinternen Palliativhandbuch vorgegangen.

Ernährung am Lebensende

Fast alle besuchten Einrichtungen gehen bei der Ernährung auf individuelle Wünsche und Bedürfnisse der Bewohner*innen am Lebensende ein. Sie bieten Lieblingsspeisen an und erfüllen spezielle Essensvorlieben. Etwa 90 % der Einrichtungen sind auch tolerant bei Essensablehnungen. Es werden Alternativen zur Ernährung bereitgestellt: Fingerfood, hochkalorische Trinknahrung, Mundpflege mit Fruchtsaft, Lutscher, Snacks und spezielle Kostformen. Diätolog*innen und Logopäd*innen werden einbezogen.

PEG-Sonden werden gewöhnlich nicht forciert. Die Entscheidung zur Anlage und Entfernung einer PEG-Sonde erfolgt üblicherweise im Krankenhaus, meist nach ethischen Fallbesprechungen oder Vorsorgetialog. Selten werden subkutane Infusionen bis zum Schluss verabreicht.

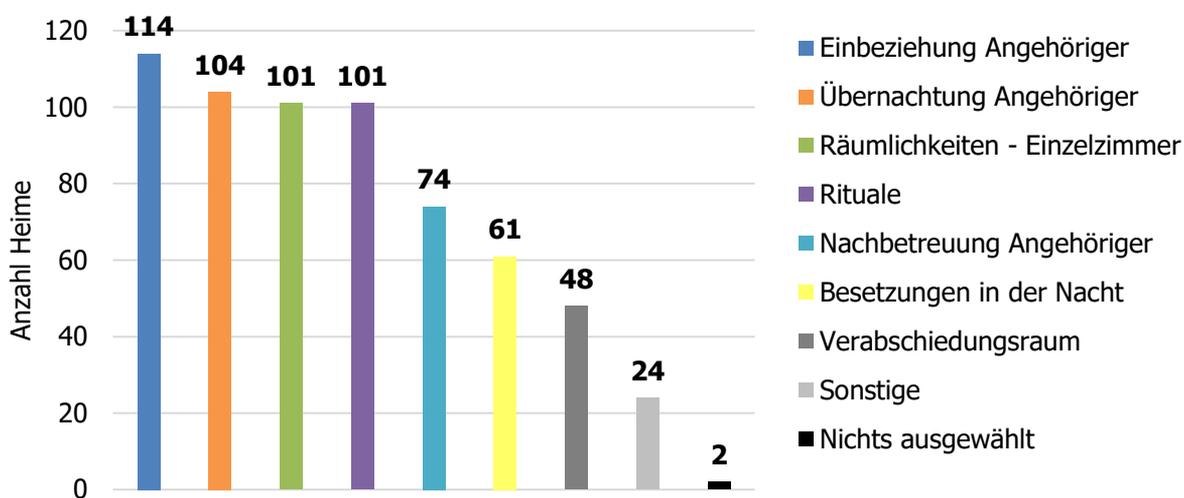
Die Volksanwaltschaft empfiehlt:

- Jede Bewohnerin und jeder Bewohner soll darüber entscheiden, welche Ernährung sie/er möchte, und die Möglichkeit haben, Essen abzulehnen.
- Transparente Kommunikation mit Bewohner*innen ist die Basis für Entscheidungen über Ernährung und andere Maßnahmen am Lebensende.

Sterben in Würde

Für ein Sterben in Würde sind neben einer guten ärztlichen und pflegerischen Versorgung auch andere Umstände wesentlich. Die Kommissionen haben dazu erhoben, wie die räumlichen und personellen Umstände in den besuchten Alten- und Pflegeeinrichtungen in der Sterbephase bzw. bei der Verabschiedung der Bewohner*innen gestaltet sind.

Wie sind die Gegebenheiten in der Sterbephase?



Das Ergebnis fällt in den meisten Bereichen positiv aus. In über 90 % der besuchten Einrichtungen werden die Angehörigen in der Sterbephase eingebunden. Sie haben in 85 % der Einrichtungen die Möglichkeit, im Heim zu übernachten, um sich zu verabschieden. Schwierig ist das in jenen Einrichtungen, die noch Mehrbettzimmer haben.

Etwa 40 % der Heime haben einen Verabschiedungsraum, in dem die/der Verstorbene aufgebahrt wird.

In 82 % der Heime gibt es eigene Rituale vor und nach dem Sterben. Hier werden Musik, Düfte, Aromapflege (Loslassöl), basale Waschungen und Gebete (religionsbezogen) genannt, die immer entsprechend den Wünschen der Bewohner*innen und der Angehörigen durchgeführt und möglichst „nicht spitalsmäßig“ gestaltet werden.

Angehörige werden in der Sterbephase als Systempartner gesehen. Das ist positiv zu beurteilen, darf aber nicht dazu führen, Versorgungslücken auszugleichen, die beispielsweise durch zu knappe Besetzung von Nachtdiensten entstehen. Der Personalmangel wird deutlich, wenn er es dem Personal unmöglich macht, bei Sterbenden zu verweilen.

Die Volksanwaltschaft empfiehlt:

- Um eine durchgehende adäquate Begleitung in der letzten Lebensphase sicherzustellen, müssen auch Nachtdienste ausreichend besetzt sein.

In der gewohnten Struktur sterben können

Die meisten Menschen wollen zuhause sterben. Krankenhausaufenthalte in den letzten Tagen des Lebens können für Palliativpatient*innen eine große Belastung sein. Die Kommissionen der Volksanwaltschaft haben daher erhoben, ob ein Sterben in der gewohnten Umgebung grundsätzlich möglich ist.

So gut wie alle besuchten Einrichtungen (97 %) haben das Ziel, Sterbende nicht in Krankenhäuser zu verlegen. Die Möglichkeit, im Haus in Würde zu sterben, hat Priorität. Entscheidend sind aber personelle Faktoren, nämlich die ärztliche Betreuung, pflegerische Kompetenz und die Anbindung an mobile Hospizdienste.

Mit Abstand am häufigsten wird als bestimmender Faktor eine gute ärztliche Versorgung und Betreuung angeführt. Ärztliche Präsenz, also regelmäßige Visiten der Hausärzt*innen (die z.T. über eine zusätzliche Palliativausbildung verfügen) wirken sich positiv aus: Sind Haus- bzw. Heimärzt*innen sehr gut erreichbar und besuchen den/die Bewohner*in in kritischen Phasen regelmäßig oder sogar täglich, ist ein Verbleiben in der Einrichtung bis zum Tod möglich.

Wesentlich ist auch gut geschultes, erfahrenes Personal – sei es aus dem Heim selbst oder von mobilen Diensten, die im Bedarfsfall umgehend zur Verfügung stehen, sowie eine gute Zusammenarbeit zwischen all diesen in die Betreuung in der Palliativphase eingebundenen Personen.

Tatsächlich starben in etwa zwei Drittel der Heime zwischen 75 % und 100 % der Bewohner*innen im Haus.

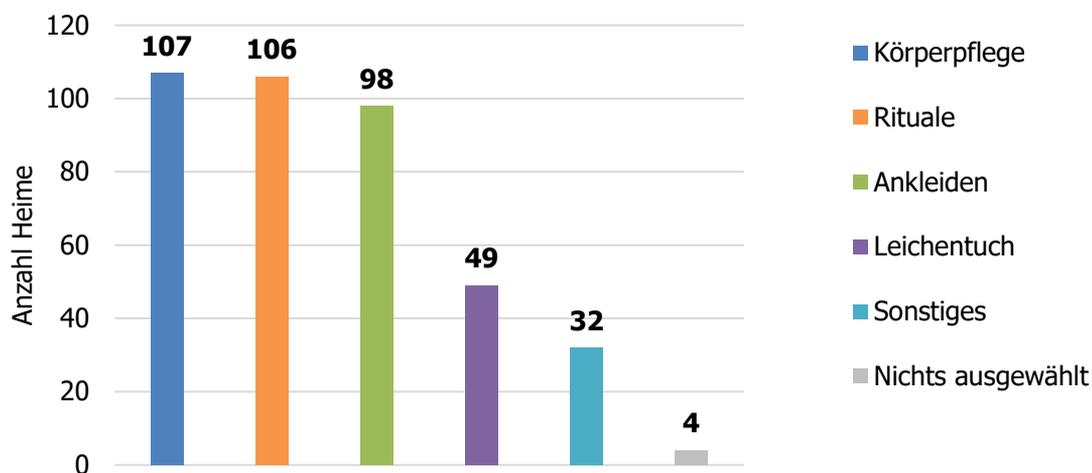
Die Volksanwaltschaft empfiehlt:

- Sind die personellen und räumlichen Rahmenbedingungen gegeben, sollte – immer entsprechend dem Wunsch und Bedarf der Bewohner*innen – eine Verlegung Sterbender ins Krankenhaus vermieden werden.

Umgang mit Verstorbenen

Die Kommissionen haben insgesamt den Eindruck, dass in den besuchten Alten- und Pflegeheimen den Verstorbenen ein würdevoller und sensibler Auszug ermöglicht und auch den Angehörigen, Mitbewohner*innen und dem Personal Raum und Zeit für den Abschied gegeben wird.

Wie erfolgt der Umgang mit Verstorbenen?

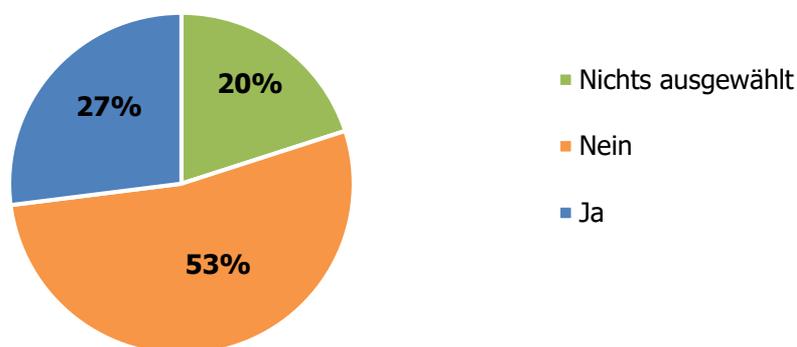


In den meisten Alten- und Pflegeheimen gibt es viele respektvolle und einfühlsame Rituale, die den Umgang mit dem Tod erleichtern und den Hinterbliebenen helfen, Abschied zu nehmen. Individuelle Wünsche oder Vorlieben werden berücksichtigt, etwa die Auswahl der Kleidung und die Beigabe von Schmuck, Rosenkranz oder persönlichen Gegenständen wie z.B. Hundeleine oder Zigaretten bei starken Rauchern. Verstorbene können im Zimmer bleiben, um den Angehörigen und auch den Mitbewohner*innen einen Abschied in vertrauter Umgebung zu ermöglichen. Das Anzünden von Kerzen, Anlegen von Leichentüchern, Räuchern des Zimmers, Aufstellen von Blumen, Streuen von Rosenblättern, ein liebevoll gestalteter Verabschiedungsraum mit Aromaölen, Musik und gedämpftem Licht, persönliche Rituale wie das Aufstellen eines Bildes der Verstorbenen bzw. des Verstorbenen, das Aufhängen der Parte, schaffen eine würdevolle und respektvolle Atmosphäre. Gedenkgottesdienste, Erinnerungsecken, Gedenkminuten, gemeinsames Beten, religiöse Symbole und Segnungen tragen zur Trauerbewältigung bei und bewirken eine einfühlsame Verbindung zwischen den Bewohner*innen, den Angehörigen und dem Pflegepersonal.

Assistierter Suizid

Die Durchführung eines assistierten Suizids in Alten- und Pflegeheimen ist ein komplexes und kontroverses Thema. Die Diskussion über die Begleitung eines Suizids ist vielschichtig und erfordert eine umfassende Auseinandersetzung.

Kann in der Einrichtung ein assistierter Suizid stattfinden?



Die Schwerpunktprüfungen der Kommissionen in Alten- und Pflegeheimen haben gezeigt, dass mehrheitlich (53%) keine Möglichkeit zur Inanspruchnahme bzw. Durchführung eines assistierten Suizids in den Einrichtungen gegeben ist. Es besteht große Unwissenheit oder Unwilligkeit der Einrichtungsträger bzw. des Personals.

Etwa die Hälfte der Einrichtungen geben an, dass derzeit noch zu wenig Informationen zum Sterbeverfügungsgesetz (StVfG) vorhanden sind und den Mitarbeiter*innen rechtliche Anweisungen des Einrichtungsträgers fehlen. Viele Einrichtungen haben sich noch nicht mit dem Thema auseinandergesetzt und sind nicht darauf vorbereitet, das Gesetz umzusetzen. Einige Einrichtungen zögern aufgrund von ethischen oder religiösen Überlegungen oder sprechen sich explizit dagegen aus.

Vereinzelt haben sich Einrichtungen intensiv mit dem Thema assistierter Suizid auseinandergesetzt, Richtlinien erstellt, Fortbildungen durchgeführt und auch aktive Maßnahmen zur Unterstützung eines assistierten Suizids eingeleitet. In einem der besuchten Heime fand bereits ein assistierter Suizid statt. In einem anderen Fall waren Vorbereitungen für einen assistierten Suizid eines Bewohners geplant, der jedoch dann eines natürlichen Todes starb.

Die Volksanwaltschaft empfiehlt:

- Gerade in einer guten und würdevollen Hospiz- und Palliativbetreuung (HPCPH) ist es unheilbar kranken oder durch schwere Krankheit dauerhaft beeinträchtigten Personen zu ermöglichen, ihr Leben nach einem freien und selbstbestimmten Entschluss im Sinne des StVfG zu beenden.
- Mitarbeiter*innen müssen auf Wünsche von Bewohner*innen nach einem assistierten Suizid vorbereitet werden, um adäquat reagieren zu können.
- Träger von Institutionen müssen ihren Mitarbeiter*innen entsprechende Handlungsanleitungen und Reflexionsmöglichkeiten über assistierten Suizid zur Verfügung stellen.

Stichwort: Präventive Menschenrechtskontrolle

Die Volksanwaltschaft (VA) hat den verfassungsgesetzlichen Auftrag, zum Schutz und zur Förderung von Menschenrechten öffentliche und private Einrichtungen zu überprüfen, in denen Menschen in ihrer Freiheit beschränkt sind oder beschränkt werden können. Dazu zählen neben Gefängnissen unter anderem auch Psychatrien, Alten- und Pflegeheime, Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen sowie Kinder- und Jugend-WGs.

Multidisziplinär zusammengesetzte Kommissionen der VA kontrollieren ohne konkreten Anlassfall und unabhängig von Beschwerden pro Jahr etwa 500 Einrichtungen, in den allermeisten Fällen unangekündigt. Grundlage dafür sind zwei Abkommen der Vereinten Nationen: das Fakultativprotokoll zum Übereinkommen der Vereinten Nationen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe (OPCAT) sowie die UN-Behindertenrechtskonvention.

Ziel der präventiven Menschenrechtskontrolle ist es, Rahmenbedingungen aufzuzeigen, die wahrscheinlich zu Menschenrechtsverletzungen beitragen. Institutionen werden unterstützt, den Fokus auf Vorkehrungen und Maßnahmen zu richten, die Eingriffe in die Menschenrechte vermeiden.

<https://volksanwaltschaft.gv.at/praeventive-menschenrechtskontrolle>

<https://volksanwaltschaft.gv.at/berichte-und-pruefergebnisse/>

Rückfragehinweis:

Florian Kräftner

Mediensprecher im Büro von Volksanwalt Mag. Bernhard Achitz

+43 664 301 60 96

florian.kraeftner@volksanwaltschaft.gv.at

www.volksanwaltschaft.at