



## **Zusammenfassung der Evaluierungsergebnisse des Pilotprojekts „VSD Vorsorgedialog® in der mobilen Pflege und Betreuung zu Hause“**

Wien, im Februar 2024

**Anmerkung:** In der vorliegenden Zusammenfassung wurde die Power Point Präsentation zu den Evaluierungsergebnissen des Pilotprojekts von der Wirtschaftsuniversität Wien, NPO-Kompetenzzentrum, herangezogen.

## Inhaltsverzeichnis

1.	Grundsätzliche Informationen zum VSD in der mobilen Pflege und Betreuung zu Hause .....	3
a.	Definition des VSD .....	3
b.	Zielgruppen des VSD .....	4
c.	Auftrag und Ziel des VSD .....	4
d.	Zugangskriterien zum VSD für einen Träger .....	4
2.	Evaluierungsergebnisse des Pilotprojekts .....	6
a.	Evaluationsdesign .....	6
b.	Beratungsgespräch zum VSD .....	7
c.	VSD Vorsorgedialog® Erstgespräch und VSD Vorsorgedialog Evaluierungsgespräch .....	9
d.	Krisenblatt und Versterben .....	13
3.	Zeitaufwand für den VSD Vorsorgedialog® .....	14

## **Einführung**

Von 1. Februar 2022 bis 31. Dezember 2023 pilotierten die Einrichtungen der mobilen Pflege und Betreuung zu Hause: Caritas der Erzdiözese Wien (Caritas), Arbeiter Samariter Bund Wien (ASB) und CS Caritas Socialis (CS) die Implementierung des VSD Vorsorgedialog<sup>®</sup>, im weiteren Verlauf mit VSD abgekürzt.

Das Projekt wurde anteilig vom Fonds Gesundes Österreich gefördert, vom Organisationsentwickler Prof. Dr. Ralph Grossman begleitet und durch das Kompetenzzentrum für Non Profit Organisationen und Social Entrepreneurship der WU Wien, Mag.<sup>a</sup> Eva More Hollerweger, Mag.<sup>a</sup> Selma Sprajcer und Anahita Parsian, evaluiert. Die Projektleitung hatte HOSPIZ ÖSTERREICH inne, Dr.<sup>in</sup> Sigrid Beyer und Maria Eibel, BSc MA MBA.

Alle drei Einrichtungen haben von 2015-2018 das Projekt „*Hospizkultur und Palliative Care in der mobilen Pflege und Betreuung zu Hause*“, umgesetzt, und sind seit Projektende nachhaltig mit der Weiterführung dieses Themas im Träger befasst. Ein wesentlicher weiterer Schritt war sich der vorausschauenden Planung anzunehmen und im Rahmen der Pilotierung den VSD einzuführen.

## **1. Grundsätzliche Informationen zum VSD in der mobilen Pflege und**

### **Betreuung zu Hause**

#### **a. Definition des VSD**

Der VSD Vorsorgedialog<sup>®</sup> ist ein Instrument der vorausschauenden Planung, der die Selbstbestimmung der Klient:innen ernst nimmt und stärkt. Er ist ein strukturierter Kommunikationsprozess für die Durchführung von Gesprächen mit Klient:innen, die von den Diensten der mobilen Pflege und Betreuung zu Hause versorgt werden, zur Erhebung und Dokumentation der Wünsche und des Willens am Lebensende. Es ist eine Voraussetzung, dass das VSD-Gespräch gleichzeitig von Ärztinnen/Ärzten und Pflegepersonen, beide Berufsgruppen mit Hospiz- und Palliativkompetenz, geführt wird. Klient:innen können im VSD-Gespräch Maßnahmen, die medizinisch indiziert sind, befürworten oder ablehnen, im Gegensatz zu einer Patientenverfügung oder einer Vorsorgevollmacht.

Der VSD findet sich in drei Gesetzen:

- Erläuterungen der Novelle zum Patientenverfügungs-Gesetz (zu § 8 – Voraussetzungen)

- seit 2018 im Erwachsenenschutzgesetz als Instrument, das Menschen dabei unterstützt, selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen (§239 Abs. 2, ABGB)
- seit 2022 im Hospiz- und Palliativfondsgesetz unter §4 Abs. 2 Z 5 sowie in den Erläuterungen

#### **b. Zielgruppen des VSD**

Der Vorsorgedialog richtet sich an alle Klient:innen, die in medizinischer und/oder pflegerischer und/oder psychosozialer Betreuung sind. Auf Wunsch der Klientin/des Klienten können auch die Angehörigen/Vertrauenspersonen eingebunden werden. Die:der Klient:in muss bei dem Gespräch anwesend sein. Der VSD kann bei entscheidungs- und nicht entscheidungsfähige Klient:innen, die von den Diensten der mobilen Pflege und Betreuung zu Hause versorgt werden, angewendet werden.

#### **c. Auftrag und Ziel des VSD**

Das Ziel des Vorsorgedialogs ist es den Kommunikationsprozess zum Thema „*Letzte Lebensphase, Sterben und Tod*“ zu initiieren und zu unterstützen.

Der Vorsorgedialog ermöglicht, die Wünsche und den Willen der Klient:innen für ein gutes Leben und ein würdevolles Sterben in strukturierter Weise zu erheben, zu dokumentieren und in weiterer Folge durch das Betreuungsteam in der Praxis umzusetzen - er gibt den Pflege- und Betreuungspersonen die Rechtssicherheit, diese Wünsche und den Willen realisieren zu können.

#### **d. Zugangskriterien zum VSD für einen Träger**

Der VSD kann nur bei einem Träger mit Hospizkultur umgesetzt werden. Hospizkultur bedeutet, dass Mitarbeitende die Kompetenz, das Knowhow und die Sicherheit haben in einer Krisensituation, wenn die:der Hausärztin/Hausarzt nicht erreichbar ist, im Sinne der Klientin/des Klienten zu handeln. Bspw. ist das Freitagabend, Samstag oder Sonntag, das Sterben der betroffenen Person mit VSD ist absehbar, es ist schriftlich festgehalten, dass nicht mehr ins Spital transferiert und nicht mehr reanimiert werden soll – Mitarbeitende aus dem Pflege- und Betreuungsteam müssen in der Lage sein mit entsprechenden Maßnahmen die Klientin/den Klienten zu Hause bis zum Versterben zu begleiten bzw. der Notärztin/dem Notarzt die Situation adäquat zu vermitteln, damit im Sinne des Willens der Klientin/des

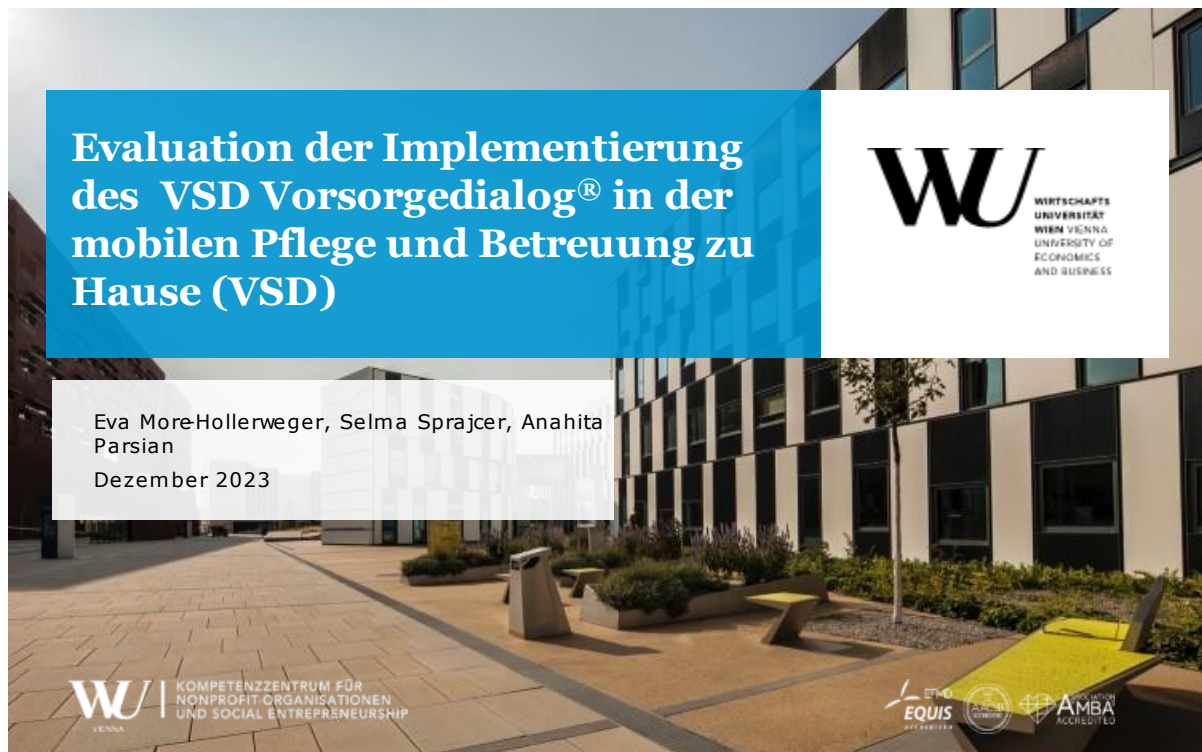
Klienten gehandelt werden kann. Mitarbeitende aus dem Pflege- und Betreuungsteam sollen in der Lage sein, auch wenn keine Ansprechperson (z.B. Hausärztin/Hausarzt, DGKP) zur Verfügung steht, gemäß dem dokumentierten Willen der Klientin/des Klienten zu handeln.

Der Nachweis von Hospizkultur kann u.a. durch die Teilnahme am Projekt *„HPC Mobil – Hospizkultur und Palliative Care in der mobilen Pflege und Betreuung zu Hause“*, *„HiZ - Hauskrankenpflege im Zentrum“*, *„HPC zuhause“* und *„HiM – Hospiz und Palliative Care im Mobilen Dienst OÖ“*, erfolgen. Wurde die HPC-Kompetenz anders erworben, so liegt zur Überprüfung der HPC-Kompetenz ein mit allen landeskoordinierenden Hospiz- und Palliativorganisationen der Bundesländer abgestimmter Kriterienkatalog vor.

Alle Mitarbeitenden aus der Pflege und Betreuung, die die VSD-Gespräche in der Praxis umsetzen, sind vorab in einem VSD-Workshop geschult worden.

Strukturell bedeutet Hospizkultur, dass es in der Organisation Palliativbeauftragte mit fixen Arbeitsstunden gibt. Weiters eine, sich regelmäßig treffende, Palliativgruppe, und dass 80% aller Mitarbeitenden aller Berufsgruppen des Trägers eine mindestens 24-stündige Fortbildung zu Hospizkultur und Palliative Care absolviert haben.

## 2. Evaluierungsergebnisse des Pilotprojekts



Zu Beginn ist festzuhalten, dass die Voraussetzungen bzw. Rahmenbedingungen der drei teilnehmenden Träger für die Umsetzung des VSD sehr unterschiedlich sind. Haben bspw. die CS Caritas Socialis, sowie auch die Caritas trägereigene Mobile Palliativteams, auf die sie eventuell leichter zurückgreifen können, so ist das beim ASB nicht der Fall. Auch die Erfahrungswerte aus den Heimen der Caritas und der CS, die bereits das Projekt „*Hospizkultur und Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen*“ umgesetzt haben, sind möglicherweise im Prozess für diese beiden Organisationen unterstützend.

Der ASB ist mit rund 250 Mitarbeitenden der kleinste teilnehmende Träger, die CS hat rund 350 Beschäftigte in der mobilen Pflege und Betreuung zu Hause, die Caritas hat insgesamt rund 750 Mitarbeitende – im Rahmen der Pilotierung haben zunächst zwei von insgesamt neun Stützpunkten in Wien mit rund 200 Pflege- und Betreuungspersonen teilgenommen.

### a. Evaluationsdesign

Mit Hilfe eines Evaluierungsbogens wurden Daten über den VSD Vorsorgedialog® mobil von Quartal 1 2022 bis Quartal 3 2023 gesammelt. Dieser wurde in drei Teile unterteilt, um Informationen über das VSD-Beratungsgespräch, das VSD-Erstgespräch und das VSD-Evaluierungsgespräch sowie die Anwendung des VSD-Krisenblatts zu erhalten. Aufgrund des Datenschutzes wurden keine näheren Informationen von den Klient:innen gesammelt,

abgesehen vom Jahr des Betreuungsbeginns, weswegen keine Verknüpfungen zwischen den drei Teilen des Evaluierungsbogens hergestellt werden können, z.B. welche Klient:innen ein Beratungsgespräch und ein VSD-Erstgespräch im Erhebungszeitraum hatten.

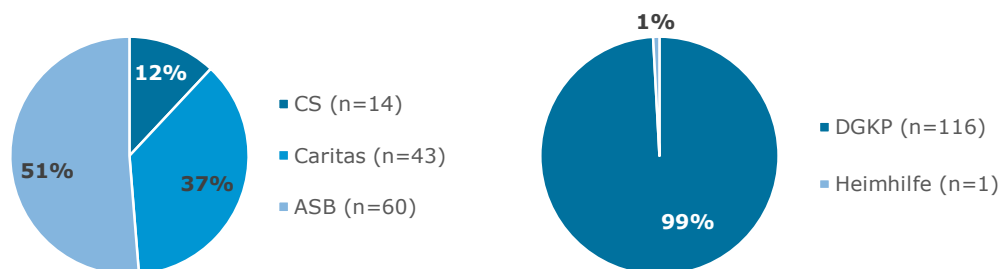
### b. Beratungsgespräch zum VSD

Der Begriff „Beratungsgespräch“ wurde im Rahmen der Erhebung nicht näher definiert, die Dauer der Beratungsgespräche wurde nicht erhoben. Nach Rücksprache mit den Trägern sagen diese, dass die Beratungsgespräche oft prozesshaft durchgeführt werden. Es ist nur selten ein ausführliches Einzelgespräch, in dem alle Fragen rund um vorausschauende Planung bzw. den VSD geklärt werden können. Vielmehr handelt es sich um mehrere Gespräche, die zwischen ein paar wenigen Minuten bis zu 15 oder 20 Minuten dauern. Häufig wird beim Erstkontakt das Thema vorausschauende Planung und die Möglichkeit einen VSD zu erstellen erstmalig erwähnt. Danach erfolgen Gespräche mit den Angehörigen über vorausschauende Planung, und welche Möglichkeiten es gibt - diese werden auch manchmal via Telefon geführt, weil Sohn/Tochter, etc. nicht vor Ort leben.

## Beratungsgespräch: Allgemeines

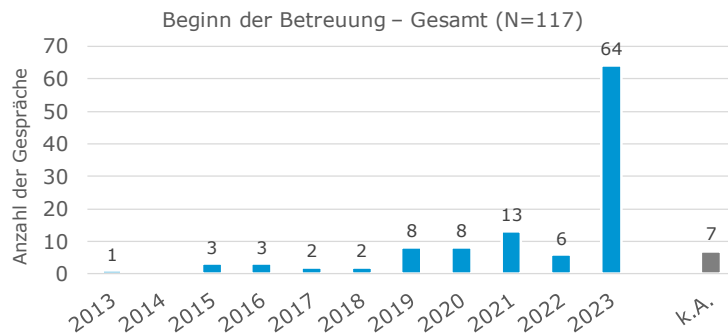


Zeitraum	Q1 2022 – Q3 2023
Anzahl	117 Beratungsgespräche



# Beratungsgespräch: Beginn der Betreuung

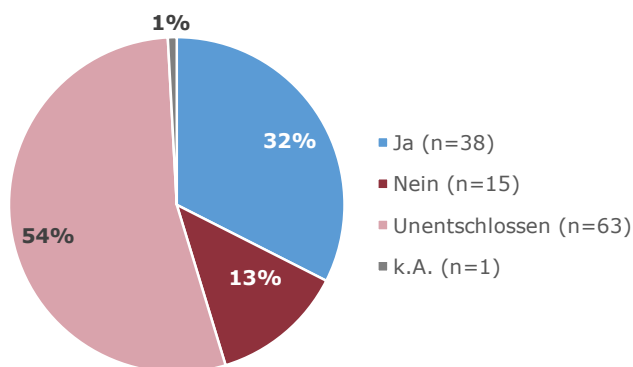
Zeitpunkt des Beratungsgesprächs	Anzahl der Gespräche	Ergebnis
Q1-Q4 2022	41	Bei 21% hat die Betreuung in 2021 begonnen
Q1-Q3 2023	76	Bei 83% hat die Betreuung in 2023 begonnen



Die Tabelle zeigt, dass bei den Mitarbeitenden im Projektverlauf das Bewusstsein, Gespräche zur vorausschauenden Planung aufzunehmen, gestiegen ist.

# Beratungsgespräch: Zustimmung VSD (1/2)

Wurde im Rahmen des ausführlichen Beratungsgesprächs der Durchführung eines VSD-Erstgesprächs seitens der Klientin bzw. des Klienten zugestimmt? (N=117)



Anmerkung zu einem\*einer Klient\*in, der\*die dem VSD **nicht** zugestimmt hat:

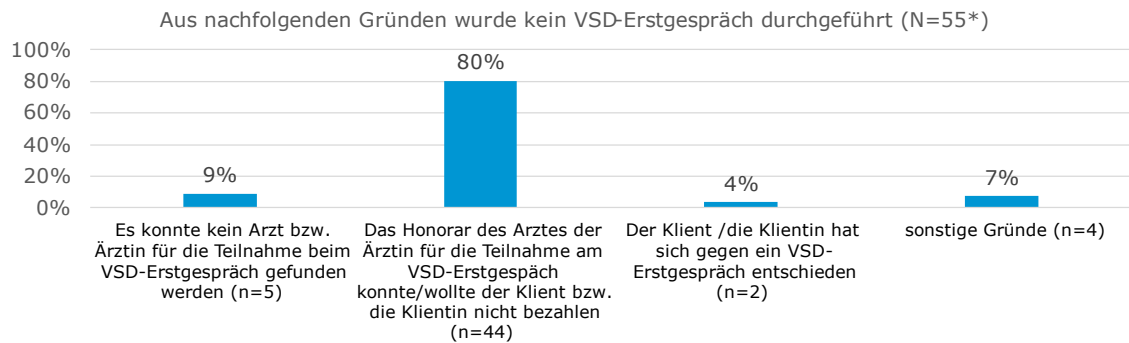
*„Trotz zahlreicher Krisen möchte sich Klient\*in auch im Gespräch mit HA (Hausarzt/-ärztin) nicht mit dem Thema konfrontieren“*

Die Anzahl der Unentschlossenen (n=63) lässt sich auf mehrere Faktoren zurückführen. Einerseits auf die Entscheidungsfreudigkeit der Klient:innen, „Zum jetzigen Zeitpunkt brauche ich es noch nicht...“. Andererseits mit den für die Klient:innen verbundenen Kosten, sowie auf die begrenzten Einsatzzeiten und fehlenden Personalressourcen für Beratungsgespräche zur vorausschauenden Planung durch die Mitarbeitenden.



### c. VSD Vorsorgedialog® Erstgespräch und VSD Vorsorgedialog Evaluierungsgespräch

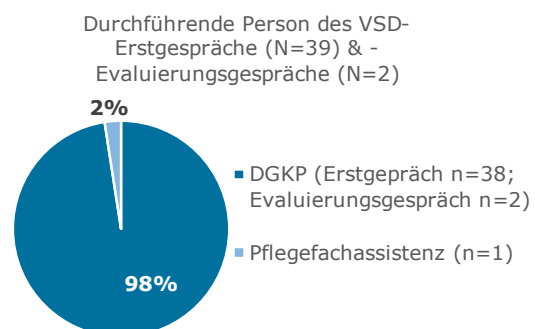
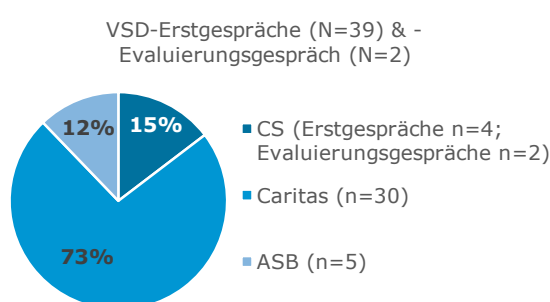
## Beratungsgespräch: Zustimmung VSD (2/2)



Sonstige Gründe:
Für Patientenverfügung entschieden (1x)
Verstorben (2x)
Für Vorsorgevollmacht entschieden (1x)

## VSD-Erstgespräch & VSD-Evaluierungsgespräch: Allgemeines (1/2)

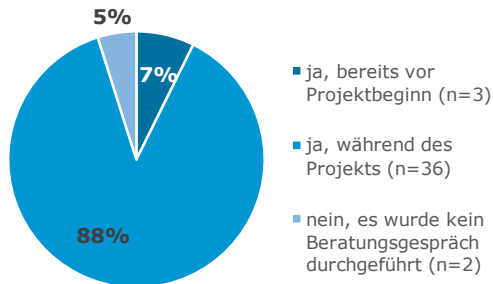
Zeitraum	Q1 2022 – Q2 2023
Anzahl Gesamt	41
davon VSD-Erstgespräche	39
davon VSD-Evaluierungsgespräche	2



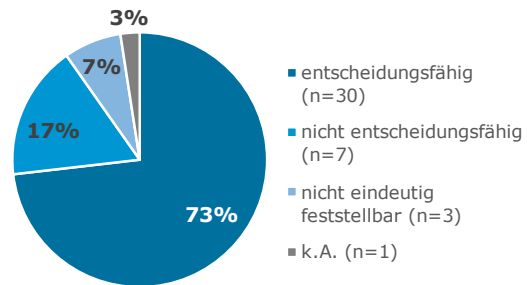
Ein Fall wurde ausgeschlossen, weil außer dem Personencode keine weiteren Angaben gemacht wurden. Beide Evaluierungsgespräche wurden von der CS durchgeführt und von einer/einem DGKP geführt.

## VSD-Erstgespräch & VSD-Evaluierungsgespräch: Allgemeines (2/2)

Wurde mit der Klientin bzw. dem Klienten bereits ein Beratungsgespräch zum VSD-Erstgespräch geführt? (N=41)



War die Klientin bzw. der Klient zum Zeitpunkt des Gesprächs entscheidungsfähig? (N=41)

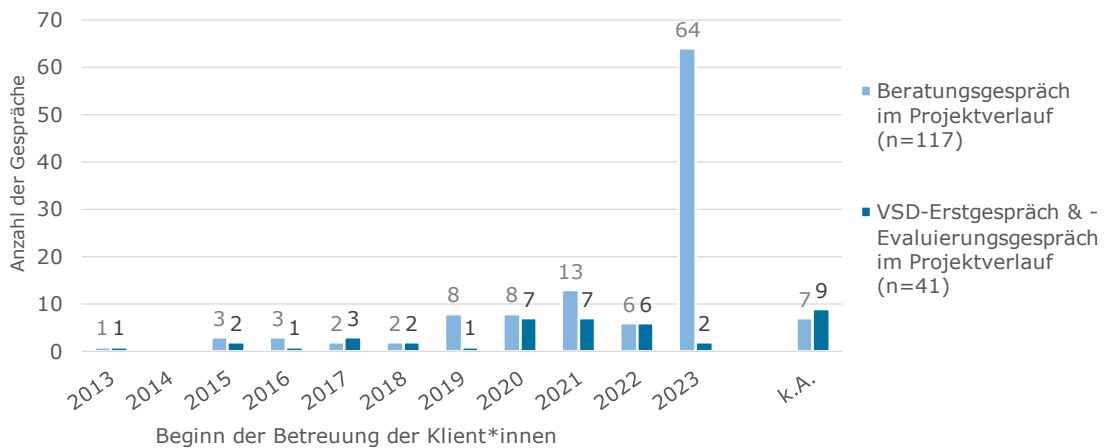


Ergänzungen zu den drei Personen bei denen die Entscheidungsfähigkeit „*nicht eindeutig feststellbar*“ war: Es handelte sich um Erstgespräche, die von DGKPs geführt wurden und bei denen ein Hausarzt/eine Hausärztin anwesend waren. Bei einem Fall waren zusätzlich noch zwei DGKPs des Trägers dabei und bei einem anderen Fall waren auch andere Personen des Trägers dabei, aber es gab keine Angabe zu Namen/Funktion und um wie viele Personen es sich handelte. Einmal wurde ein ärztliches Honorar verlangt und auch bezahlt. In zwei Fällen wurde das Krisenblatt ausgefüllt. Bei den Zeitangaben gab es keine großen Unterschiede bzw. Ausreißer.

Die Entscheidungsfähigkeit von Klient:innen kann stark variieren, und ist oft tagesabhängig. War bspw. eine Klientin beim Beratungsgespräch noch klar entscheidungsfähig, kann das zwei Wochen später bereits nicht mehr der Fall sein. Die Möglichkeit einen VSD für entscheidungsfähige und nicht entscheidungsfähige Klient:innen zu erstellen, streicht die Qualität des Instruments hervor.

Wenn angegeben wurde, dass keine Beratungsgespräche zum VSD durchgeführt wurden, dann z.B. deshalb, weil die Möglichkeit einen VSD zu erstellen im Rahmen einer Pflegevisite erwähnt wurde, es aber kein explizites Beratungsgespräch vorab gegeben hat.

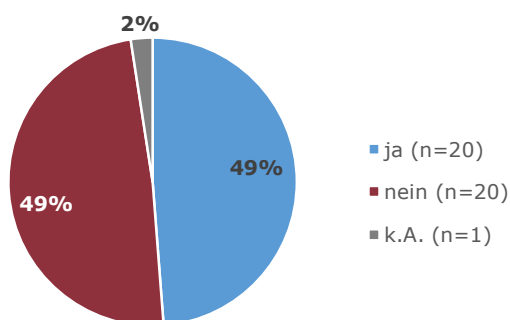
## VSD-Erstgespräch & VSD-Evaluierungsgespräch vgl. Beratungsgespräch in Bezug auf den Beginn der Betreuung



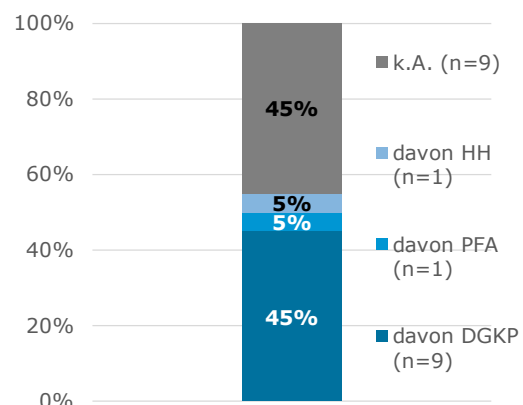
In der Praxis dauert es häufig Monate, bis die VSD-Erstgespräche nach den ersten Info- und Beratungsgesprächen geführt werden. In 2023 gab es so viele Beratungsgespräche, weil das Bewusstsein zur Notwendigkeit einer vorausschauenden Planung bei den Mitarbeitenden bereits viel stärker ausgeprägt war und diese deshalb das Thema bei den Klient:innen häufiger angesprochen haben.

## VSD-Erstgespräch & VSD-Evaluierungsgespräch: Anwesende Personen Träger (1/2)

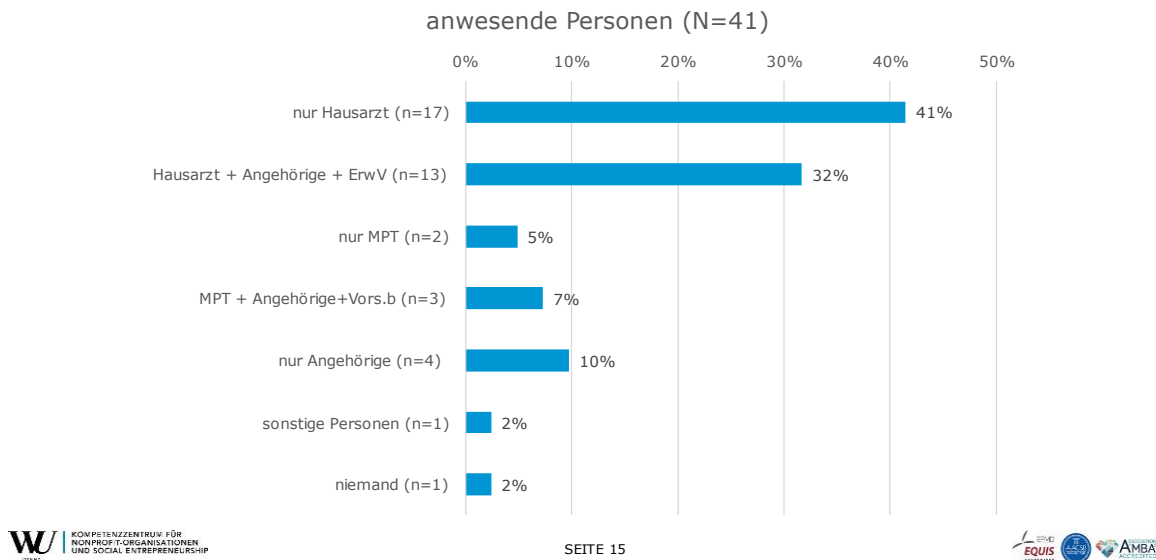
Waren neben der gesprächsführenden Person noch weitere Personen seitens des Trägers/des Betreuungsteams beim VSD-Gespräch dabei? (N=41)



Falls ja: Welche anderen Personen waren anwesend? (N=20)

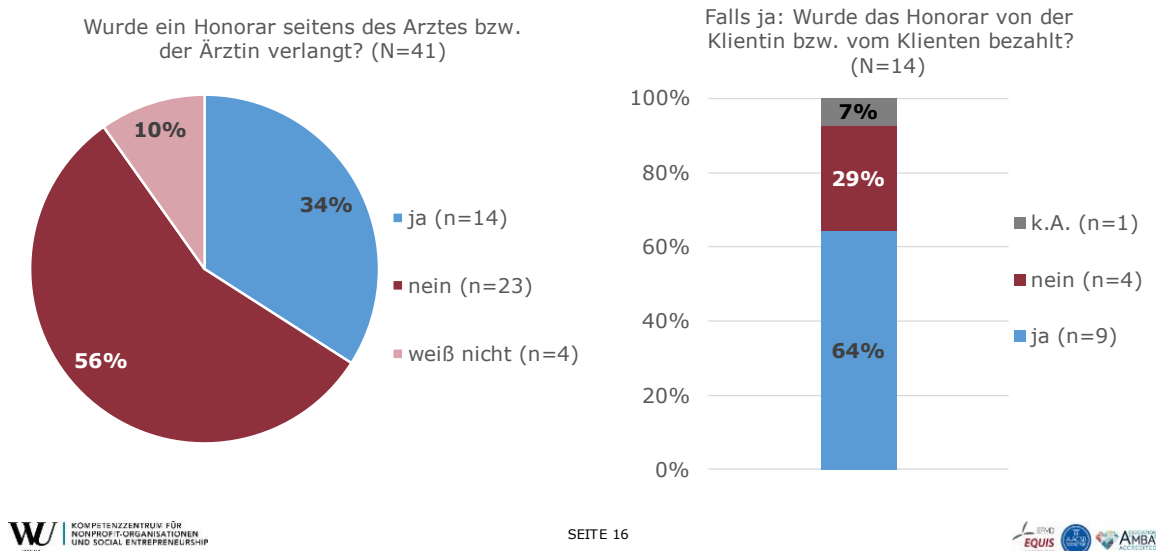


## VSD-Erstgespräch & VSD-Evaluierungsgespräch: weitere anwesende Personen (2/2)



Ärztinnen/Ärzte waren bei 35 von 41 Gesprächen anwesend (nur Hausarzt/Hausärztin, Hausarzt/Hausärztin+ Angehörige+ Erwachsenenschutzvertreter:in, nur MPT und MPT+ Angehörige+ Vorsorgebevollmächtigte:r). D.h. bei sechs Gesprächen wurden die VSD-Gespräche etappenweise durchgeführt.

## VSD-Erstgespräch & VSD-Evaluierungsgespräch: Ärztinnen/Ärzte Honorar



#### d. Krisenblatt und Versterben

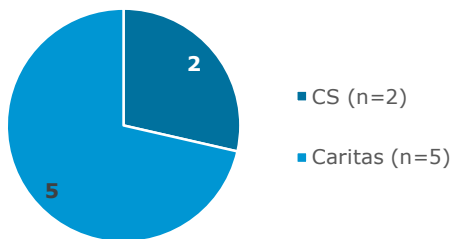
Bei 41 durchgeführten VSD-Erstgesprächen wurde bei 32 Klient:innen (=78%) das Krisenblatt mit ausgefüllt und bei neun Klient:innen (=22%) nicht.

### VSD-Krisenblatt & Versterben: Allgemeines

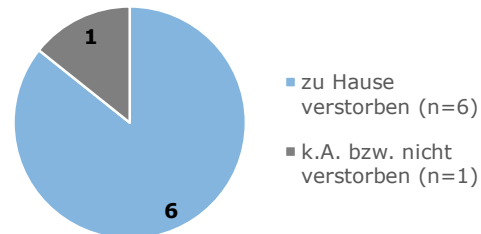


Anzahl Gesamt	7
bei entscheidungsfähigen Klient *innen	6
bei nicht-entscheidungsfähigen Klient*innen	1

Anwendung des VSD-Krisenblatt (N=7)



Ort des Versterbens, falls im Erhebungszeitraum verstorben (N=7)



Es ist nicht bekannt, ob die eine Person tatsächlich wo anders verstorben ist oder bis zum Abschluss der Erhebung nicht verstorben ist.

### VSD-Krisenblatt & Versterben: Krisensituation (1/2)



<b>Beim VSD war der* die Klient*in entscheidungsfähig (N=6)</b>	
Wurde in der Krisensituation gemäß Krisenblatt gehandelt?	
ja	4
nein	2
Wer hat entgegen des Krisenblatts gehandelt?	
Notfallsanitäter*in -> Es erfolgte eine Reanimation.	
Klient*in entschied sich um -> Es erfolgte eine Krankenhauseinweisung.	

Anmerkungen zu den Krisensituationen:

„Notfallsanitäter haben VSD ignoriert, erst Notarzt hat Reanimationsversuch gestoppt“

„Kli. hat selbstständig den Notruf gedrückt, MA waren nicht vor Ort. Kli. wurde nach KH wieder nach Hause entlassen.“

Bei fünf der sechs Klient:innen wurde angegeben, dass sie zu Hause verstorben sind. Bei dem:der Klient:in, die:der sich umentschieden hat, ist nicht bekannt, ob und wo er:sie verstorben ist.

### 3. Zeitaufwand für den VSD Vorsorgedialog®

Die durchschnittliche Pflege- und Betreuungsdauer der Klient:innen bei den mobilen Diensten ist mit drei Jahren angegeben. VSD-Evaluierungsgespräche sollen halbjährlich durchgeführt werden. Da aber der VSD im mobilen Bereich nicht wie im Pflegeheim unmittelbar nach Betreuungsbeginn angegangen wird, sondern es häufig mehrere Monate dauert bis ein erstes konkretes Beratungsgespräch zur vorausschauenden Planung und dem VSD durchgeführt wird, wurden im Rahmen der Kostenberechnung insgesamt nur zwei Evaluierungsgespräche aufgenommen. Die Anwesenheit des Arztes/der Ärztin beim VSD -Evaluierungsgespräch ist erforderlich, aber bei den VSD-Evaluierungsgesprächen wesentlich kürzer als die Gespräche selbst. Die Anwesenheit des:der Klient:in war für die Tarfberechnung nicht relevant. Alle Werte sind Mediane.

#### VSD-Erstgespräch & VSD-Evaluierungsgespräch: Zeitangaben (1/2)



Erstgespräche: Ergebnisse dienen als Grundlage für die Tarfberechnung.

Evaluierungsgespräche: Aufgrund der geringen Anzahl (N=2) wurden teilweise andere Werte in die Berechnung des VSD-Tarifs einbezogen.

Mittlerer Zeitaufwand	VSD-Erstgespräch (N=39)	VSD-Evaluierungsgespräch	
		Ergebnisse (N=2)	Grundlage für die Tarfberechnung
Anwesenheit Arzt*Ärztin	60 min	30 min	30 min
Anwesenheit Klient*in	60 min	52,5 min	-

## VSD-Erstgespräch & VSD-Evaluierungsgespräch: Zeitangaben (2/2)

Mittlerer Zeitaufwand	VSD- Erstgespräch (N=39)	VSD-Evaluierungsgespräch	
		Ergebnisse (N=2)	Grundlage für die Tarifberechnung
Terminkoordinierung (Dienst- /Einsatzplanung)	20 min	37,5 min	20 min
Wegzeit zum Klienten/zur Klientin	30 min	22,5 min	30 min
Gesprächsdauer	60 min	52,5 min	45 min
Reflexionsgespräch (x2)	15 min (x2)	10 min	-
Terminkoordinierung (Gesprächsführende Person)	25 min	30 min	} Vor- und Nachbereitung 90 min
Vorbereitung	60 min	37,5 min	
Dokumentation vor Ort	20 min	22,5 min	
Nachbereitung	15 min	45 min	
<b>Gesamtdauer Pflege</b>	<b>260 min</b>	<b>257,5 min</b>	<b>185 min</b>

Bei der Terminkoordination im Büro und der Wegzeit sollte es keinen Unterschied zwischen VSD-Erstgesprächen und VSD-Evaluierungsgesprächen geben, weswegen vom selben Wert wie bei den VSD-Erstgesprächen ausgegangen wird. Die empfohlene Gesprächsdauer der VSD-Evaluierungsgespräche erscheint zu lang. Nach einer Besprechung mit Expertinnen wird von durchschnittlich 45 Minuten ausgegangen, was 2/3 der Gesprächsdauer des Erstgesprächs entspricht (das entspricht auch dem Wert aus einem der beiden Fälle). Ein Reflexionsgespräch ist nur bei Erstgesprächen vorgesehen. Eine längere Gesamtdauer der Vor- und Nachbereitungszeit bei Evaluierungsgesprächen macht keinen Sinn, weswegen von 90 Minuten ausgegangen wird, was 2/3 der Dauer beim Erstgespräch entspricht. Wiederum handelt es sich um Medianwerte.

Die Terminkoordinierung Dienst-/Einsatzplanung benötigt durchschnittlich 20 Minuten für diese Tätigkeit. Die Terminkoordinierung der gesprächsführenden Person nimmt rund 25 Minuten in Anspruch und beinhaltet u.a. die Abstimmung mit Hausärztin/Hausarzt, Angehörigen und weiteren teilnehmenden Personen.