



Österreichische  
PalliativGesellschaft

## ABSTRACTBAND

Einreichungen für den  
OPG Kongress 2022

Prämierung im Rahmen des  
5. Österreichischen Palliativtages  
16.09.2022  
Haus der Ingenieure, Wien & online

[www.palliativ.at](http://www.palliativ.at)

**Impressum:**

Medieninhaber:  
Österreichische Palliativgesellschaft (OPG)  
Medizinische Universität Wien  
Universitätsklinik für Innere Medizin I  
Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien

Arbeitsgruppe Abstractband:  
Priv.-Doz.in Dr.in Gudrun Kreye  
Mag.a (FH) Dr.in Angelina Falkner  
Manuela Wasl, MSc

Grafikdesign: Silvia Hognl

Druck: werbeprofi

# Vorwort

---

## Liebe Mitglieder und Freund:innen der OPG,

aufgrund der Wirkmacht der „interessanten Zeiten“ in denen wir leben, musste der 8. Interprofessionelle Palliativkongress in St. Pölten 2022 mit dem Motto Grenz-Werte abgesagt werden. Wer aus unserem Planungsteam hätte gedacht, dass in diesem Jahr Grenzen verletzt werden und Werte in Frage gestellt werden, dass wir als Menschheit unter immer drastischeren Auswirkungen des Klimawandels erneut unsere Entgrenzung in vielen Belangen vor Augen geführt wird?

Als OPG wollen wir jene beachten, feiern und auszeichnen, die in kreativer Vorfreude auf den Kongress ein Poster erarbeitet haben. Wir alle wissen, dass die Fragen, die uns im beruflichen Alltag vor Augen kommen, systematisches Beobachten, Gewissenhaftigkeit, Exaktheit und Fleiß erfordern – ein Mehr als das, was gerade notwendigerweise getan werden muss: eine ernsthafte Übung (ἀσκησις; gr. Aufgabe, Übung, Askese). Das Bewältigen einer ernsthaften Aufgabe ist stets davon begleitet, auf unmittelbare Freuden (ἡδονή; Freude, Vergnügen, Lust) zu verzichten. Das hat Wert und erfordert, sich selbst Grenzen aufzuerlegen.

Es ist eine stattliche Sammlung an Einreichungen geworden und ich bedanke mich bei jeder und jedem, die sich beteiligt haben – und freue mich mit allen anderen der Palliativgemeinschaft auf die Präsentation der besten Arbeiten – schau'n Sie sich das an!

Herzlich grüßend,



Dietmar Weixler  
Präsident der Österreichischen Palliativgesellschaft (OPG)



*OA Dr. Dietmar Weixler, MSc  
Facharzt für Anästhesie  
und Intensivmedizin  
Leiter des Palliativteams LK Horn*

# Inhalt

---

- S. 6     **1 Welche Patienten werden auf die Palliativstation transferiert?  
Faktoren im Zusammenhang mit der Transferierung auf die Palliativstation und Ergebnisse eines palliativmedizinischen Konsiliardienst am allgemeinen Krankenhaus Wien**  
*Dr.med. Feroniki Adamidis, Noemi Baumgartner, Dr.med. Anna Kitta, Dr. med Lea Kum, Priv.Doz.Dr. Matthias Unseld, Univ. Prof.Dr. Christine Marosi, Univ. Prof.Dr. Herbert Watzke, Priv.Doz.Dr. Gudrun Kreye, Mag. (FH) Claudia Fischer, Assoc.Prof.Dr. Eva Katharina Masel*
- S. 6     **2 Cultural Change – Implementierung einer Palliative Care Kultur in einem Pflegekrankenhaus**  
*Tamara Archan, Dr. Ulrike Anghuber-Stark, Pamela Buchberger, Monica Badiu, Carina Thallinger, Brigitte Reich, Agnes Heizenberger, Mag. Daniela Metzenbauer, Elisabeth Lehner, Marie-Cris Gambal*
- S. 7     **3 „Ethnizität“ und Zugang zu Palliative Care –  
Ergebnisse einer systematischen Übersicht der Literatur**  
*Stefan Pitzer, Ass.-Prof. Dr. Patrick Kutschar, PD Dr. Piret Paal, Prof. Dr. Stefan Lorenzl, PD Dr. Johannes Bükki*
- S. 8     **4 Ekelmanagement in der Palliative Care –  
weg von Burnout, Aggression, Selbstzweifel & Co.**  
*Andrea Chatsakos*
- S. 8     **5 Mit Klang unterstützte Lebens-, Trauer- und Sterbebegleitung in der Palliative Care**  
*Manuela Eder*
- S. 9     **6 Zu Hause sterben können - für alle, die es sich wünschen  
HiZ – Hauskrankenpflege im Zentrum in vier Bundesländern**  
*Mag.a Dr.in Sigrid Beyer, Maria Eibel, Mag.a Eva More-Hollerweger, Mag.a Selma Sprajcer*
- S. 10    **7 Telekonsultationen als Chance in der Palliative Care**  
*Mag.(FH) Dr. Angelina Falkner, Mag. Dr. Helga Zellhofer, Christiane Krainz*
- S. 10    **8 Mangelernährung in der palliativen Grundversorgung**  
*Sandra Ferrari-büchele, Angelika Matt, Patrick Clemens*
- S. 11    **9 Implementierung der tiergestützten Therapie an der Universitären Palliativmedizinischen  
Einrichtung (UPE) am LKH Graz mit Frieda, (m)einer Heldin auf vier Pfoten**  
*Dr. Michaela Friedrich*
- S. 12    **10 Die erste Sterbeamte auf einer Palliativstation in Österreich und ihre wichtige Rolle dort –  
Interview und Mini-Review**  
*Dr.med.univ Alexander Friedrich, Ingrid Geringer, Dr.med.univ. Lea Kum, Dr.med.univ. Petar Popov, Assoc.-Prof. PD Dr. Eva K. Masel, Priv.-Doz. Dr. Matthias Unseld*
- S. 12    **11 Projekt: „Palliative Care goes School“**  
*Dr. Otto Gehmacher, Andrea Moosbrugger, Christoph Miller*
- S. 13    **12 Praxisprojekt Hospiz und Palliative Care zuhause**  
*Dietmar Illmer, Mag.a Angela Jäger, Dr. Karl Bitschnau*

- S. 14    **13 Sterben im Gefängnis und die soziale Verantwortung der Medizin. Eine qualitative Interview-Pilotstudie mit behandelnden Ärzt:innen**  
*Dr.in med.univ. Anna Kitta, Dr.in med.univ. Lea Kum, Dr.in med.univ. Feroniki Adamidis, PD Dr. med.univ. Matthias Unseld, Assoc.Prof.in Eva Masel*
- S. 14    **14 Herzinsuffizienz in der Palliativversorgung – Komplexität der Erkrankung als Herausforderung für ein flächendeckendes Versorgungskonzept**  
*Mag Susanne Krestan*
- S. 15    **15 Wie guter Schlaf die Lebensqualität verbessern kann**  
*Nadja Makoru, Katharina Rizza*
- S. 16    **16 Palliative Care als Haltung – Antidot gegen Unzufriedenheit und Ungleichheit in Care Berufen**  
*Tamara Mandl, DGKP Eva Gmoser, Birgit Winkler, DGKP Julia Haiden, DGKP Severin Pock, Fernanda Rodrigues Weiss*
- S. 16    **17 Palliativmedizin in der Notfallmedizin – Eine Befragung von Notärztinnen und Notärzten der Stadt Salzburg – Projektarbeit 19. Vorarlberger Palliativ-Basis-Lehrgang 2019, Bildungshaus Batschuns**  
*Dr. Florian Mitter, Univ.-Prof. Dr. Gebhard Mathis*
- S. 17    **18 Fatigue in Palliative Care: Wie das Pflegepersonal in der ambulanten Krankenpflege den Betroffenen optimal unterstützen kann**  
*Sandra Maria Mitterhuber*
- S. 18    **19 Wie trägt die Implementierung einer tiergestützten Intervention zum Wohlbefinden von PatientInnen auf der Palliativstation bei?**  
*Anja Mock*
- S. 18    **20 Umgang mit Suizidalität im stationären palliativen Setting**  
*Andrea Moosbrugger, Dr. Otto Gehmacher*
- S. 19    **21 Bedürfnisse von pflegenden Angehörigen im Kontext der End-of-Life Care**  
*Miriam Anna Perthmayr*
- S. 20    **22 Multiperspektivische Evaluierung des Versorgungsmodells Integrierte Palliativbetreuung Tirol (IPB)**  
*Dr. Christine Rungg, Simone Vitzthum, Mag. Daliborka Milicevic-Avramovic, Eva Maria Jabinger*
- S. 20    **23 Palliative Pflegefachberatung für Pflegebedürftige und wegbegleitende Expert\*innen im stationären Bereich. Das Potenzial professioneller Pflegeberatung im Handlungsfeld Palliative Pflege optimiert nutzen**  
*Regina Maria Schönböck*
- S. 21    **24 Verfügbarkeit hochpotenter Analgetika, Rufbereitschaft & Leitungsgehalt – [österreichweite] Problemfelder in Mobilen Palliativteams**  
*Petra Wolfsbauer, Mag. Helene Wimmer, Dr. Dagmar Porstner, Team des Mobilen Palliativteams Tulln*
- S. 22    **25 Palliative Physiotherapie**  
*Alexander Wüstner, Otto Gehmacher*

# Welche Patienten werden auf die Palliativstation transferiert? Faktoren im Zusammenhang mit der Transferierung auf die Palliativstation und Ergebnisse eines palliativmedizinischen Konsiliardienst am allgemeinen Krankenhaus Wien

*Dr.med. Feroniki Adamidis<sup>1</sup>, Noemi Baumgartner<sup>1</sup>, Dr.med. Anna Kitta<sup>1</sup>, Dr. med. Lea Kum<sup>1</sup>, Priv.Doz.Dr. Matthias Unseld<sup>1</sup>, Univ. Prof.Dr. Christine Marosi<sup>1</sup>, Univ. Prof.Dr. Herbert Watzke<sup>1</sup>, Priv.Doz.Dr. Gudrun Kreye<sup>2</sup>, Mag. (FH) Claudia Fischer<sup>3</sup>, Assoc.Prof.Dr. Eva Katharina Masel<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Medizinische Universität Wien, Klinische Abteilung für Palliativmedizin, Innere Medizin I, Wien, Österreich,

<sup>2</sup> Universitätsklinikum Krems, Innere Medizin II, Krems, Österreich,

<sup>3</sup> Zentrum für Public Health, Medizinische Universität Wien, Wien, Österreich

**Hintergrund:** Palliative Care (PC) gliedert sich in allgemeine PC (GPC), die auf einer breiteren Ebene durchgeführt wird, und spezialisierte PC (SPC), die in der Regel innerhalb von Palliativstationen (PCUs) angeboten wird. Derzeit sind die Kriterien, nach denen Patienten für SPC an einer PCU ausgewählt werden, unbekannt. Solche Informationen sind entscheidend für die Steigerung der Effektivität und Effizienz von PC. Daher untersucht die vorliegende Studie Kriterien im Zusammenhang mit der Übernahme von Patienten zur SPC.

**Methoden:** In dieser retrospektiven single center Studie wurden palliativmedizinische Konsiliaranforderungen zwischen März 2016 und August 2020 an die klinische Abteilung für Palliativmedizin im Allgemeinen Krankenhaus Wien ausgewertet. Um Kriterien zu

analysieren, die mit der Überweisung an eine PCU korrelieren, wurde eine binäre logistische Regression durchgeführt. Signifikante Variablen wurden dann in ein multivariates binäres logistisches Regressionsmodell integriert.

**Ergebnisse:** Der „Klassische“ SPC-Patient war weiblich (58,6%), zwischen 66–80 Jahre alt (35,9%) und hatte Lungenkrebs (28%). Von den 145 Patienten welche auf die Palliativstation übernommen wurden, waren 117 Patienten (80,7%) für eine Transferierung zugewiesen. Statistisch signifikante Faktoren im Zusammenhang mit einer Transferierung waren die Gründe für die Konsiliaranforderung im speziellen adäquate Schmerztherapie (OR = 2,3) und Ernährungsprobleme (OR = 4,4). Darüber hinaus hatten Patienten, für die eine Transferierung an die PCU angemeldet wurde, eine 4,5-mal höhere

Wahrscheinlichkeit einer Aufnahme auf die PCU.

**Schlussfolgerungen:** Zu den Merkmalen von Patienten, die eine SPC benötigten, gehörten komplexe Symptombelastungen, insbesondere Schmerzen und Ernährungsprobleme. Diese Studie hilft dabei, Schwierigkeiten in der Betreuung von Palliativpatientinnen aufzuzeigen, die zur Kontaktaufnahme mit einem SPC-Team führen. Dies könnte dazu beitragen, zukünftige Lehrpläne für Palliativversorgung zu verbessern. Standardisierte Empfehlungskriterien wären sinnvoll, um gezielt GPC und SPC bereitzustellen zu können. Die Effizienz und Effektivität der palliativmedizinischen Konsiliardienste könnten dadurch unter Berücksichtigung der begrenzten Ressourcen und der hohen Zahl schwerkranker Patienten verbessert werden.

## Cultural Change – Implementierung einer Palliative Care Kultur in einem Pflegekrankenhaus

*Tamara Archan<sup>1</sup>, Dr. Ulrike Anghuber-Stark, Pamela Buchberger, Monica Badiu, Carina Thallinger, Brigitte Reich, Agnes Heizenberger, Mag. Daniela Metzenbauer, Elisabeth Lehner, Marie-Cris Gambal*

<sup>1</sup> Haus der Barmherzigkeit Seeböckgasse, Wien, Österreich

Die palliative Geriatrie als Teilbereich der Palliative Care erfährt durch die demografische Entwicklung mehr praktische Umsetzung und gewinnt für die Langzeitpflege an Relevanz. Im Pflegekrankenhaus Seeböckgasse werden

ca. 25% der Bewohner\*innen bei der Aufnahme bereits palliativ-geführt. Mehr als 90% dieser Bewohner\*innen befinden sich in einer End-of-life oder terminalen Phase. Aus diesem Grund wurde mit dem Projekt „Implemen-

tierung der Palliative Care“ die Basis für eine lebendige und personenzentrierte Umsetzung von palliativer Geriatrie geschaffen. Ziel war es, Palliative Care mittels einem multidimensionalen Projektansatz auf verschiedenen

Strukturebenen zu implementieren. Die Implementierung erfolgte mittels der Plan-Do-Study-Act Methode. Die Umsetzung und das inhaltliche Erarbeiten oblag einer interdisziplinären Expert\*innengruppe. In der Planungsphase wurden drei Schwerpunkte definiert: Wissen, Begleitung und Interdisziplinarität.

Das Projekt lief von 2019 bis Juni 2021. Die Projektschwerpunkte wurden auf den drei vorab definierten Ebenen umgesetzt:

**Wissen (1):** sechs vierstündige interdisziplinäre Workshops, interdisziplinäre retrospektive Fallbesprechungen, Palliative Care-Viertelstunde, externe Vortragende, Multiplikator\*innen-Schulungen, Videos, Social Media Challenge, Praxisbegleitungen durch Advanced Nurse Practitioner.

**Begleitung (2):** Mono- oder interdisziplinäre Fallbesprechungen, Entlassungsgespräche für Mitarbeiter\*innen und Teams, Angehörigengespräche, Angehörigen-Café, Vorsorgegespräche mit Bewohner\*innen, Sterbebegleitung.

**Interdisziplinarität (3):** Interdisziplinäres Konsiliarteam als Ansprechpartner\*innen, strukturierte Entscheidungsprozesse im Sinne des Advance Care Planning, berufsgruppenübergreifend und bewohner\*innenzentriert mittels eines Vorsorgegesprächs, Konsiliarbesuche und interdisziplinäre Besprechungen auf Station.

Bei der Begleitung wurde der Einsatz der Advanced Practice Nurses und Fachexpert\*innen zur Begleitung der Mitarbeiter\*innen, Bewohner\*innen und Angehörigen forciert.

Es zeigt sich eine vermehrte Auseinandersetzung mit Palliative Care auf allen Hierarchieebenen. Viele Projektinhalte sind in den Regelbetrieb übernommen bzw. werden weiter ausgebaut wie zum Beispiel die Schulungsangebote. Sehr gut wurden die Angebote für die Angehörigen angenommen, diese werden auch weiter intensiviert. Es zeigt sich auch Potential zum Ausbau von spezifischem Wissen und dem Schaffen von Reflexionsräumen für Mitarbeiter\*innen.

---

## 3

# „Ethnizität“ und Zugang zu Palliative Care – Ergebnisse einer systematischen Übersicht der Literatur

**Stefan Pitzer<sup>1</sup>, Ass.-Prof. Dr. Patrick Kutschar<sup>1</sup>, PD Dr. Piret Paal<sup>1</sup>, Prof. Dr. Stefan Lorenzl<sup>1</sup>, PD Dr. Johannes Bükki<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Paracelsus Medizinische Privatuniversität (PMU), Institut für Pflegewissenschaften, Palliative Care, Salzburg, Österreich

**Einleitung:** PatientInnen aus ethnischen Minderheiten haben ein erhöhtes Risiko, eine aggressive oder nicht ihren Präferenzen entsprechende Therapie am Lebensende zu erhalten. Ziel dieser Arbeit war, zu prüfen, ob „Ethnizität“ eine spezifische Barriere zu Angeboten der Palliative Care (PC) darstellt.

**Methoden:** Eine systematische Literatursuche (2004-2021) zu generellen Barrieren gegenüber PC in Krankenhäusern ergab 6224 Treffer, von denen 80 den Einschlusskriterien entsprachen. Im Rahmen einer Substudie wurden aus diesen Artikeln diejenigen herausgefiltert, welche explizit die Kategorie „Ethnizität“ mit untersuchten. Vorhandene Odds Ratios (OR) für einen tatsächlichen Kontakt zu PC wurden verglichen, eine narrative Synthese erfolgte.

**Ergebnisse:** Es fanden sich 21 Artikel, sämtlich mit quantitativer Methodologie, retrospektivem Design und aus den USA. Sie umfassten sowohl kleinere, monozentrische, diagnose-spezifische als auch grosse registerbasierte Studien (Fallzahlen: 90-601'680). In den kleineren Studien zeigte sich keine signifikante Korrelation von „Ethnizität“ mit PC. Zwei Registerstudien fanden geringere Wahrscheinlichkeiten für PC (a) in Krankenhäusern mit hohem Anteil an PatientInnen aus Minderheiten (unabhängig von deren Ethnizität), (b) für African Americans (OR 0.69 [0.62-0.76]) und Latinx (OR 0.75 [0.66-0.87]), die entlassen wurden, und (c) für Personen asiatischer Herkunft (OR 0.93 [0.88-0.98]), Referenz=„weiss“. In einer grossen Kohorte korrelierte „African American“ mit signifikant selteneren PC-

spezifischen Massnahmen wie DNR-Status, Vorsorgedokumente und Verordnung von Opioiden und Benzodiazepinen. In einer grossen Krebsstudie hingegen wiesen African Americans eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für PC auf (OR 1.21 [1.01-1.44]).

**Schlussfolgerung:** Gemäss der aktuellen Datenlage bestehen weiterhin signifikante „Ethnizität“-bezogene Unterschiede im Zugang zu PC in US-Krankenhäusern. Diese können teilweise erklärt werden durch individuelle Präferenzen in ethnischen Minderheiten, weiteren sozio-demografischen Faktoren und eine inkonsistente Verfügbarkeit von PC-Angeboten. Um Ungleichheiten in der Versorgung in einem europäischen Kontext zu untersuchen, sind ggf. zusätzliche Kategorien notwendig.

## 4

# Ekkelmanagement in der Palliative Care – weg von Burnout, Aggression, Selbstzweifel & Co.

**Andrea Chatsakos<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Salzburg, Österreich

**Einleitung:** Menschen im Pflegeberuf, besonders in der Palliative Care, sind häufig mit ekelerregenden Situationen konfrontiert. Durch exulzierende Tumore und Körperausscheidungen kommt es oft zu Körperbildveränderungen und starker Geruchsbildung der Pflegebedürftigen. In der Pflege ist Ekel allgegenwärtig. Ekelgefühle werden jedoch häufig nicht eingestanden, demzufolge nicht angesprochen und werden oft tabuisiert. Die Folge des Verdrängens kann schwerwiegend sein und sich beispielsweise in grobem Umgang mit Patient\*innen äußern, oder zu psychischen Belastungssyndromen, wie dem so genannten Burnout führen. Dies kann einzelne Menschen betreffen, sich aber in gravierenden Fällen sogar auf ganze Teams ausweiten.

**Methodik:** Für die Erstellung meiner Expertenarbeit, wird die Methodik der

Literaturrecherche in entsprechenden Fachbüchern, Fachzeitschriften und im Internet verwendet.

**Ergebnis:** Um negative Auswirkungen von Ekelgefühlen im Pflegealltag besser verarbeiten und bewältigen zu können, ist es überaus sinnvoll für alle beteiligten Personen, Ekkelmanagement in den Pflegealltag einfließen zu lassen. Für ein optimales Outcome ist es wichtig, dass alle involvierten Personen, insbesondere jene der Führungsebenen, den offenen und enttabuisierenden Umgang mit Ekel anstreben und vorleben. Durch individuelles Ekkelmanagement, aber auch durch Ekkelmanagement im Team, ist es möglich, den Umgang mit Ekelgefühlen in den Pflegealltag zu integrieren, und dadurch die Gesundheit und das Wohlbefinden der Pflegenden sowie der Pflegebedürftigen zu fördern und zu wahren.

**Schlussfolgerung:** Um die Belastung durch Ekelgefühle im Pflegealltag so gering wie möglich zu halten, ist die Umsetzung von Ekkelmanagement notwendig und erforderlich. Darüber hinaus ist es außerordentlich wichtig, Ekelgefühle innerhalb des Teams anzusprechen und Lösungsansätze zu diskutieren. Der offene Umgang mit Ekelgefühlen und das damit verbundene Ekkelmanagement können einen wichtigen Teil dazu beisteuern, bei Pflegenden die Gefahr des „Ausbrennens“ zu reduzieren und somit einen wichtigen Beitrag zur Erhaltung des Gesundheitssystems leisten.

## 5

# Mit Klang unterstützte Lebens-, Trauer- und Sterbebegleitung in der Palliative Care

**Manuela Eder<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup> Selbstständig, Absam, Österreich,

<sup>2</sup> Masterlehrgang PMU Salzburg, Salzburg, Österreich

Vom ersten Augenblick an werden eingehende Signale der Außenwelt mit unseren fünf Sinnen von der Großhirnrinde zu einem „inneren Bild“ der Welt zusammengeführt.

Unser Gehirn, das limbische System speichert und bewertet unsere Erfahrungen. Wird einem Menschen ein Ton, ein Klang oder ein Wort dargeboten, so wird dieser Reiz sekunden-schnell, automatisch und größtenteils unbewusst bewertet und mit individu-

ellen Vorerfahrungen verglichen. Das menschliche Gehirn kann von Anfang an musikalische Strukturen erkennen und verarbeiten. Mit der Aktivität von Nervenzellen können wir Ton-Harmoniefolgen wahrnehmen und verschiedene Instrumente unterscheiden. Positive äußere Ereignisse knüpfen an positive Erfahrungen aus unserer Erlebniswelt an und wir erinnern uns. Bilder, Entspannung und Freude entstehen und können uns bei emotio-

nalem Stress unterstützen und uns in die Ruhe führen. Musik öffnet einen Raum für Geschichten, Begegnung und Wahrnehmung.

Musik kann die Selbstempfindung und die Stimmung positiv verändern. Harmonische Tonfolgen können uns in ein neues Erleben hineinführen und schenken uns Geborgenheit. Meine wissenschaftliche Arbeit widmete sich der Fragestellung, welche Wahrnehmungen von Körperempfindungen



und Gefühlen, von Bildern und Handlungsmöglichkeiten entstehen durch den Einsatz von Musik. Für meine Untersuchung wählte ich drei verschiedene Zugänge:

- a. Datenerhebung beim Ehrenamt Symposium, Palliativkongress März 2019, Fragebogen – Datenauswertung mit der qualitativen empirischen Sozialforschung nach Philipp Mayring
- b. Datenerhebung in der Klangstunde im Tageshospiz, rezeptive Interviews – Datenauswertung mit der

qualitativen empirischen Sozialforschung nach Grounded Theory Methodology nach Glaser und Strauss

- c. Datenerhebung durch leitfadengestützte Interviews von Experten – Datenauswertung durch die qualitative empirische Sozialforschung nach Grounded Theory Methodology nach Glaser und Strauss

Die Auswertung der Ergebnisse hat gezeigt, dass harmonische Klänge einen Raum eröffnen, in dem positive Körperempfindungen, Bilder und Stimmungen entstehen.

Klang ist für eine ganzheitliche Betreuung in der Palliative Care eine wertvolle Ressource.

---

## 6

# Zu Hause sterben können – für alle, die es sich wünschen HiZ – Hauskrankenpflege im Zentrum in vier Bundesländern

*Mag.a Dr.in Sigrid Beyer<sup>1</sup>, Maria Eibel<sup>1</sup>, Mag.a Eva More-Hollerweger<sup>2</sup>, Mag.a Selma Sprajcer<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Dachverband Hospiz Österreich, Wien, Österreich,

<sup>2</sup> NPO der WU Wien, Wien, Österreich

**Einleitung:** Obwohl die meisten Menschen, die in Österreich leben, zu Hause versterben wollen, ist das derzeit nur bei 27,4% der Menschen möglich. 21 Träger und 66 Krankenpflegevereine aus vier Bundesländern (Vorarlberg, Oberösterreich, Kärnten, Steiermark) mit ca. 3.000 Mitarbeiter\*innen streben an, Wunsch und Realität näher zusammenzubringen.

### Methoden:

- Österreichweite Netzwerktreffen
- Anpassung der Abläufe und Prozesse in der Organisation
- Einführung von Palliativbeauftragten und Palliativgruppen
- Gezielte Fortbildung der Mitarbeiter\*innen – 50 ausgebildete Trainer\*innen
- Große Veranstaltungen für operative Führungskräfte
- Arbeit an der Verbesserung der Zusammenarbeit mit zentralen Stakeholdern (Allgemeinmediziner\*innen, spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung, Rettung, Apotheken, ...)
- Beirat im Bundesland

**Vorläufige Ergebnisse:** Die Baseline-Erhebung am Beginn hat gezeigt, dass Hospizkultur und Palliative Care in den beteiligten Organisationen teilweise wenig verankert ist. 45% der teilnehmenden Mitarbeiter\*innen gaben an, dass das Versterben und der Tod von Klient\*innen in den Teamgesprächen kaum ein Thema sind, 50%, dass es keine vorausschauende Planung für Krisensituationen gibt. Die Baseline-Erhebung zeigte jedoch auch große Unterschiede zwischen den Bundesländern. Die Befragung der Palliativbeauftragten im Rahmen der Prozessevaluierung belegt, dass diese in verschiedenster Weise dazu beitragen, um Hospiz und Palliative Care in den Organisationen zu verankern, etwa durch nachhaltige Kommunikation des Themas nach innen und außen, Aufbereitung von Information und Bereitstellung von Tools (z.B. Dokumentation).

**Schlußfolgerungen:** Die Etablierung von Hospiz und Palliative Care in der Hauskrankenpflege, in Organisatio-

nen der Grundversorgung, in denen das Thema weniger vorgesehen ist als in spezialisierten Hospiz- und Palliativ-einrichtungen, braucht Veränderungen in den Prozessen und Abläufen jeder Organisation, die Einführung von neuen Rollen neben der Fortbildung aller Mitarbeiter\*innen, damit diese Themen dauerhaft Verankerung finden. Es braucht weiters die Verbesserung der Zusammenarbeit mit den anderen Dienstleistern. Nur dann ist davon auszugehen, dass die Mitarbeiter\*innen in ihrer Arbeit mit schwerkranken und sterbenden Menschen und deren An- und Zugehörigen wirklich nachhaltig unterstützt werden.

## Telekonsultationen als Chance in der Palliative Care

Mag.(FH) Dr. Angelina Falkner<sup>1</sup>, Mag. Dr. Helga Zellhofer<sup>2</sup>, Christiane Krainz<sup>3</sup>

<sup>1</sup> NÖ Gesundheits- und Sozialfonds, St. Pölten, Österreich,

<sup>2</sup> NÖ Landesgesundheitsagentur, St. Pölten, Österreich,

<sup>3</sup> Landesverband Hospiz NÖ

**Einleitung:** Nicht nur infolge der Pandemie erfahren kontaktlose Kommunikationsmöglichkeiten hohe Aufmerksamkeit, eHealth ist in unterschiedlichen Ausformungen ein fixer Bestandteil des Gesundheitswesens. Der demographische Wandel, die sozialen Realitäten der Patient\*innen als Folge unserer Soziokultur sowie der Mangel an spezialisiertem Personal sind nur manche Punkte, aufgrund derer Interaktionsformen auf Kommunikationstechnologischer Ebene ergänzend zu den direkten Kontaktangeboten der Palliativbetreuung unterstützend sein können.

**Hauptteil:** Der gezielte Einsatz von Televisiten kann zu Entlastungen auf verschiedenen Ebenen führen. Studien legen das Potenzial für die Akzeptanz videobasierter Telekonsultationen im Palliativbereich nahe. Für Videokommunikation und die damit ermöglichte Wahrnehmung an zusätzlichen Kommunikationsebenen zwischen Palliativfachkräften und Patient\*innen sowie ihren Angehörigen werden Ver-

besserungen der Betreuungsqualität beschrieben. Große Zuständigkeitsgebiete und entlegene Regionen können engmaschiger betreut werden. Auch auf Seiten der Patient\*innen führt die fortschreitende Immobilität in Bezug auf Transportmöglichkeiten zu einer Hürde. Die schnellere virtuelle Erreichbarkeit soll Verbesserungen im Rahmen der Symptomkontrolle bewirken sowie Patient\*innenwünsche hingehend des Verbleibs in der eigenen Häuslichkeit eher ermöglichen.

Palliative Care ist eine sehr vernetzte Form der Betreuung. Interaktionen mit Systempartner\*innen unterschiedlicher Professionen innerhalb und außerhalb der Kliniken finden in teilweise hoher Intensität statt. Durch technologische Interaktionslösungen kann ortsunabhängig, einfach und flexibel Austausch geschaffen werden, welcher sich in Richtung Sicherheitsempfinden der Betreuten und allgemein für die Betreuungsqualität positiv auswirkt. Die Palliativteams können den Betroffenen sowie Fachkräften (z.B.

Haus-/ Notärzt\*innen, Pflegediensten) Unterstützung bei Entscheidungen und fachspezifische Anleitung bieten. Teaminterne Rücksprachen sind ebenso ein Szenario, wenn beispielsweise die ärztliche Ressource begrenzt ist und sie daher punktuell zum Hausbesuch virtuell hinzugezogen wird.

**Schlussfolgerungen:** Es braucht datensichere Wege der Telekommunikation in Form eines in das Dokumentationssystem integrierten Moduls zur intuitiven Durchführung von Televisiten und effizienten sowie prozesssicheren Dokumentation der Gesprächsinhalte bzw. der getroffenen Maßnahmen. Diese automatisierte Eingliederung erleichtert fundierte Entscheidungen aufgrund der direkten Verfügbarkeit erforderlicher Angaben und erhöht durch die systematische Weiterverarbeitung der Informationen sowie deren zielgerichtete Vernetzung die Betreuungsqualität.

## Mangelernährung in der palliativen Grundversorgung

Sandra Ferrari-büchele<sup>1</sup>, Angelika Matt<sup>1</sup>, Patrick Clemens<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Bildungshaus Batschuns, Bregenz, Österreich

**Einleitung:** Der Ernährungsstatus ist Ausdruck von Gesundheit und bildet eine Grundlage für Lebensqualität und Wohlbefinden. Ernährungsfaktoren haben Einfluss auf Entstehung von Krankheiten sowie Lebenserwartung. Das Ziel der vorliegenden Arbeit war auf das Problem der Mangelernährung bei akut und chronisch erkrankten geriatrischen Menschen in der ambulanten und stationären Langzeitpfle-

ge hinzuweisen sowie die Häufigkeit eines Mangelernährungszustandes zu erheben. Dadurch sollte insbesondere beim Pflegepersonal ein Bewusstsein für das Problem der Mangelernährung hervorgerufen werden.

**Ziel:** Definition von Mangelernährung im Kontext einer frühzeitigen palliativen Grundversorgung. Weiters sollen objektive und subjektive Beurteilungs-

kriterien für Ernährungszustand aufgezeigt werden sowie die Häufigkeit der Mangelernährung erhoben werden.

**Methodik:** Datenerhebung über Ernährungszustand sowie Screening der Mangelernährung anhand des Mini Nutritional Assessment (MNA), auf dem Weg persönlicher Interviews und vorhandener Daten des verwendeten Computer- und Dokumentationssys-

tems. Zusätzlich wurden anthropometrische Messungen durchgeführt.

**Ergebnisse:** Insgesamt wurden 80 Patienten erfasst, je 40 in der Hauskrankenpflege und 40 im Pflegeheim. Von den 80 Patienten sind 25 männlichen und 55 Patienten weiblichen Geschlechts. Die Datenanalyse zeigte, dass bei 12 Patienten (5 Hauskrankenpflege (= 12,5%), 7 Pflegeheim (= 17,5%)) eine Mangelernährung, bei 38 Patienten (je 19 Patienten Hauskranken-

pflege und Pflegeheim (= 47,5%) ein Risiko für Mangelernährung und bei 30 (16 Hauskrankenpflege (= 40%), 14 Pflegeheim (= 35%)) Patienten ein normaler Ernährungszustand besteht.

**Schlussfolgerung:** Die Ergebnisse zeigen, dass das Mangelernährungsrisiko sowie die Prävalenz der Mangelernährung analog der publizierten Studien auch in der Hauskrankenpflege sowie den Pflegeheimen hoch sind. Um eine frühzeitige Mangelernährung oder ein

Mangelernährungsrisiko zu erkennen, sollten Patienten einem systematisierten Screening zugeführt werden, um frühzeitig entsprechende Maßnahmen einzuleiten. Bei den meisten Patienten setzt eine Mangelernährung schleichend ein und ist oft schon vorhanden, bevor diese durch einen Gewichtsverlust messbar ist. Pflegepersonen sollten besser informiert sein und tragen besondere Verantwortung bei der Identifizierung.

## 9

# Implementierung der tiergestützten Therapie an der Universitären Palliativmedizinischen Einrichtung (UPE) am LKH Graz mit Frieda, (m)einer Heldin auf vier Pfoten

**Dr. Michaela Friedrich<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Hno Univ Klinik Graz, Graz, Österreich

In den letzten Jahren hat sich die tiergestützte Therapie immer mehr etabliert. Wer selbst ein Tier hat, kennt meist das positive Gefühl, welches mit ihm einhergeht. Auslöser dafür ist das Hormon Oxytocin. Dieses Hormon wird in sozialen Interaktionen mit Mensch oder Tier gebildet, unter anderem auch während der Geburt und trägt deshalb den Beinamen „Bindungshormon“. Aus zahlreichen Studien ist es belegt, dass es stressabbauend und schmerzstillend wirkt sowie den Blutdruck verringert.

Das Aufgabengebiet eines ausgebildeten Therapie/Begleithundes ist durchaus komplex, da er zum einen freudig und von sich heraus mit ihm völlig unbekanntem Menschen interagieren können muss. Auch wenn die Arbeitsbedingungen teilweise ungewohnt sind, hat der Einsatz mit einem Therapie/Begleithund zum Ziel, zu beruhigen sowie Angst, Stress oder andere konflikträchtige Gemütszustände abzubauen. Hunde fungieren oft als „Türöffner“. Sie bewerten nicht, und sie urteilen nicht. Hunde nehmen

uns so, wie wir sind, und das unvoreingenommen.

Im März 2018 startete das Pilotprojekt: tiergestützte Therapie an der Universitären Palliativmedizinischen Einrichtung (UPE) am LKH Graz mit Frieda, (m)einer Heldin auf vier Pfoten. Frieda ist eine 5jährige Lagotto Romagnolo (italienischer Wasserhund) Hündin.

Das Konzept sah wie folgend aus:

- 1-2x pro Woche finden Besuche mit mir und Frieda an der UPE statt
- die Zustimmung der PatientInnen wird am Vortag eingeholt
- die Besuchseinheiten richtet sich in Dauer und Intensität nach der psychischen und physischen aktuellen Verfassung der PatientInnen, maximal jedoch 45 Minuten

Mit Erlangen der Messerli Prüfung der Veterinärmedizinische Universität Wien zum Therapie/Begleithund 1/2020 wurde aus dem Pilotprojekt ein Endgültiges. Unsere Besuche wurden institutionalisiert, vom stationären Ablauf an der UPE ist nun der Mittwoch

als „Friedabesuchstag“ ein Fixpunkt. Was Frieda nicht kann: dem Leben der PatientInnen Tage schenken. Was Frieda aber wirklich sehr gut kann: ihren Tagen Leben schenken.

## Die erste Sterbeamma auf einer Palliativstation in Österreich und ihre wichtige Rolle dort – Interview und Mini-Review

*Dr.med.univ Alexander Friedrich<sup>1</sup>, Ingrid Geringer<sup>1</sup>, Dr.med.univ. Lea Kum<sup>1</sup>, Dr.med.univ. Petar Popov<sup>1</sup>, Assoc.-Prof. PD Dr. Eva K. Masel<sup>1</sup>, Priv.-Doz. Dr. Matthias Unseld<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Medizinische Universität Wien, Wien, Österreich

**Einleitung:** Sterbeammen können Palliativpatient\*innen sowohl in stationären als auch in ambulanten Einrichtungen betreuen. Da das Gesundheitssystem den Bedürfnissen sterbender Patient\*innen oft nicht gerecht wird, sind sie für viele Patient\*innen und ihre Betreuer\*innen eine vertrauenswürdige Alternative. Obwohl die Rolle der Sterbeammen noch nicht vollständig geklärt ist, ähneln sie den Palliativ-Krankenschwestern und werden auch als „älteste Töchter“ beschrieben. Die Art der personalisierten Pflege, die sie für die Patienten leisten, wird als überwiegend psychologisch, emotional und existenziell beschrieben.

**Methoden:** Für diese Arbeit wurde ein Interview mit der ersten Sterbeamma auf einer Palliativstation über ihre Arbeit, Aufgaben, Methoden, die sie anwendet und Probleme, die ihr begegnen, geführt. Auf Basis des Interviews

wurde ein Mini-Review der Literatur gemacht, um herauszufinden, welche evidenzbasierten Vorteile diese Maßnahmen sowohl für Patient\*innen, als auch für die Betreuer\*innen sowie die Palliativstationen und deren Mitarbeiter\*innen haben.

**Ergebnisse:** Es gibt Evidenz dafür, dass Maßnahmen, die Sterbeammen durchführen, Vorteile für Patient\*innen und deren Angehörige (verminderte Raten an Angst, Depression, Gefühl der Isolation, bessere Lebensqualität, weniger Schmerz und Leidensdruck, besseres generelles und spirituelles Wohlbefinden) sowie Palliativstationen und deren Mitarbeiter\*innen (emotionale Unterstützung, Verständnis für die Bedürfnisse der Patient\*innen, mehr Zeit der anderen Berufsgruppen für andere spezialisierte Aufgaben, reduzierte Kosten durch geringere Raten an Schmerzen und Leiden sowie Ver-

meidung von unnötigen diagnostischen Schritten oder Interventionen) bringen.

**Schlussfolgerung:** Es gibt eindeutig Bedarf für Sterbeammen auf Palliativstationen. Die Methoden, die sie zur Behandlung von Patienten mit lebensbedrohlichen Krankheiten einsetzen, sind evidenzbasiert und tragen dazu bei, die Lebensqualität zu verbessern, Depressionen und Angst zu verringern sowie dem Leben wieder einen Sinn zu geben. Darüber hinaus spielen Sterbeammen eine entscheidende Rolle, da sie das Bindeglied zwischen den Angehörigen der Gesundheitsberufe sind und ihnen helfen können, sich auf ihre Aufgaben zu konzentrieren, indem sie schwierige und zeitaufwändige Gespräche am Lebensende führen und den Patienten helfen, sich sicher zu fühlen.

## Projekt: „Palliative Care goes School“

*Dr. Otto Gehmacher<sup>1</sup>, Andrea Moosbrugger<sup>1</sup>, Christoph Miller<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Palliativstation LKH Hohenems, Götzis, Österreich

**Einleitung:** „Palliative Care goes School“ ist ein Projekt der Palliativstation Hohenems. Ziel ist es, den Schüler/Innen von höher bildenden Schulen in Vorarlberg im Rahmen des Ethik und Religions Unterrichts Palliative Care Inhalte näher zu bringen.

**Methode:** Ein interdisziplinäres Team soll praktische Aspekte der Palliative Care Arbeit vermitteln. 13 Oberstufen Schulen nehmen mit ca. 40 Klassen teil. Die Schulbesuche sind vom Feb-

ruar bis Ende Juni 2022 vorgesehen. Im Vorfeld wurde ein Modul entwickelt, wie die 2 Unterrichtseinheiten (UE) ablaufen sollen. Besonderer Wert wurde dabei auf Methodenvielfalt und interaktiven Austausch mit den Schüler/Innen gerichtet.

Am Anfang und Ende der UE stehen fixe Themenblöcke, welche Basiswissen über Palliative Care beinhalten: Was ist Palliativbetreuung und welche Strukturen gibt es in Vorarlberg? Wie sieht der praktische Pflege Alltag aus?

Zum Ausklang des Besuchs geht es um das Thema Trauer.

In einem flexibel Mittelteil wird auf Fragen der Schüler eingegangen, die entweder im Unterricht erarbeitet wurden, oder spontan gestellt werden (z. B. assistierter Suizid). Vorbereitete Patientengeschichten zu verschiedenen Fragestellungen sollen berühren, eine „Palliative Tool Box“, die vom Lavenadelöl bis hin zur Schmerzpumpe bestückt ist, hilft die Praxis verdeutlichen helfen.

Das Projekt wird von der FH Dornbirn wissenschaftlich begleitet. Die Schüler/Innen bekommen vorab einen Fragebogen zugesandt (T0), ein zweiter Fragebogen (T1) wird einige Wochen nach dem Schulbesuch ausgefüllt.

**Ergebnis:** Die Schulbesuche starten im Februar 2022, sodass erste Ergebnisse über den Austausch mit den

Schüler/Innen beim Kongress präsentiert werden können.

**Zusammenfassung:** Mit dem Pilotprojekt „Palliative Care goes School“ soll die Notwendigkeit dokumentiert werden, Schüler/Innen frühzeitig über wesentliche Inhalte von Palliative Care aufzuklären, und somit auch eine klare Antwort auf die Sterbehilfe Diskussion

zu liefern. Bei entsprechendem Erfolg könnte daraus ein fixer Unterrichtsbestandteil im Rahmen des Ethik und Religion Unterrichts entstehen.

---

## 12

### Praxisprojekt Hospiz und Palliative Care zuhause

**Dietmar Illmer<sup>1</sup>, Mag.a Angela Jäger<sup>2</sup>, Dr. Karl Bitschnau<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Connexia Gesellschaft für Gesundheit und Pflege, DGKP, Fachbereich Mobile Betreuung und Pflege, Bregenz, Österreich,

<sup>2</sup> G. F. Landesverband der Hauskrankenpflege Vorarlberg, Dornbirn, Österreich,

<sup>3</sup> G. F. Hospiz Vorarlberg, Bregenz, Österreich

**Einleitung:** Ein Großteil der Menschen, die in Österreich leben, möchten zu Hause sterben. In Vorarlberg ist das für 31,8 % der Menschen möglich (Sterbeorte 2020, alle 18+ Statistik Austria, Landesstatistik Steiermark).

48 Pflegestützpunkte der Hauskrankenpflege in Vorarlberg, mit ca. 320 Pflegefachkräfte und ehrenamtlicher Vereinsführung, möchten diesem Wunsch nachkommen und durch Weiterentwicklungen intern und mit anderen Systempartnern regional und überregional diesem Wunsch mehr Erfüllung ermöglichen.

#### Methoden:

- Erstellung eines Curriculums angepasst an die Vorarlberger Betreuungs- und Pflegelandschaft
- Benennung einer Palliativbeauftragten pro Pflegestützpunkt, verbindlicher Besuch des Workshops HPC zuhause (24 UE)
- Entwicklung von Maßnahmen und Indikatoren für HPC
- Austauschtreffen der Palliativbeauftragten 2 x jährlich landesweit
- Wirkungsebenen für HPC zuhause
- Austausch und Vernetzung, Einführung einer landesweit einheitlichen Kommunikationsmöglichkeit (Gelbe Mappe)

- Weiterentwicklung der Pflegedokumentation (Screening, Assessment)
- „Sichtbarmachung“ von Menschen mit palliativem Bedarf im häuslichen Bereich

**Vorläufige Ergebnisse:** Die Einführung der „Gelben Mappe“ konnte landesweit umgesetzt und die Kommunikationskanäle in der Grundversorgung (im Besonderen mit den Hausärzt:innen) dadurch weiterentwickelt werden. Durch Einbeziehung anderer Systempartner in Form eines regelmäßig tagenden Beirats (ÖGK, Amt der Vorarlberger Landesregierung, Mobiles Palliativteam, Ärztekammer, MOHI) ist das Thema HPC breit thematisiert. Die Aufmerksamkeit zum Themenbereich ist deutlich gestiegen und dadurch eine Sensibilisierung. Die Palliativbeauftragten bestätigen eine sehr positive Resonanz der Systempartner in der Grundversorgung und den spezialisierten Einrichtungen.

**Schlussfolgerungen:** Die Ausgangsvoraussetzungen für das Projekt HPC zuhause waren aufgrund der tiefen Verwurzelung der Hauskrankenpflege in den Gemeinden ideal. Mit HPC zuhause ist es möglich die interprofessionelle Zusammenarbeit weiter zu

entwickeln und andere wichtige Partner für den Themenbereich verbindlich zu gewinnen.

Dies führt zu Sicherung und Weiterentwicklung in der Qualität Hospiz und Palliative Care in der Grundversorgung. Der wichtigste Benefit ist in der Betreuung und Pflege der Menschen mit schweren und lebensbedrohlichen Erkrankungen und deren Angehörigen.

## Sterben im Gefängnis und die soziale Verantwortung der Medizin. Eine qualitative Interview-Pilotstudie mit behandelnden Ärzt:innen

*Dr.in med.univ. Anna Kitta<sup>1</sup>, Dr.in med.univ. Lea Kum<sup>1</sup>, Dr.in med.univ. Feroniki Adamidis<sup>1</sup>, PD Dr. med.univ. Matthias Unsel<sup>1</sup>, Assoc.Prof.in Eva Masel<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Klinische Abteilung für Palliativmedizin, Medizinische Universität Wien, Wien, Österreich

**Einleitung:** Ziel dieser Pilotstudie ist es, Erfahrungen von Ärzt:innen zu untersuchen, die unheilbar kranke Patient:innen in Gefängnissen betreuen. Dies beinhaltet den Blick auf unsere gesamtgesellschaftliche Verantwortung als Ärzt:innen zu richten. Mit der Genfer Deklaration des Weltärzt:innenbundes versprechen wir zu Beginn unserer Karriere, es nicht zuzulassen, dass jegliche Faktoren zwischen unseren Pflichten und Patient:innen treten. Und doch erhält nicht jede\*r in unseren Gemeinschaften die gleiche Qualität medizinischer Versorgung. Auch im Zugang zu Palliative Care gibt es deutliche Ungleichheiten. Diese Pilotstudie eröffnet den Dialog, wie Menschen in Gefängnis palliativ versorgt werden.

**Methoden:** Zwischen März und April 2021 wurden drei Expert:inneninter-

views mit Ärzt:innen geführt, die in Gefängnissen in Österreich und New York tätig sind. Zwei Interviews erfolgten über Zoom und eines telefonisch. Sie wurden digital aufgezeichnet und wörtlich transkribiert. Die Daten wurden in Folge mit NVivo analysiert und die qualitative Untersuchung basiert auf einer thematischen Analyse.

**Ergebnisse:** Die Interviews machen sichtbar, dass diejenigen, die Inhaftierte medizinisch versorgen und sie durch Krankheit und manchmal bis zum Tod betreuen, häufig mit damit einhergehenden Schwierigkeiten alleine gelassen werden.

Die Ergebnisse zeigten die folgenden Themen in Bezug auf die Versorgung von sterbenden Patient:innen im Gefängnis: 1. Fehlende kontinuierliche

Betreuung, 2. Miteinbezug und Verabschiedung von An- und Zugehörigen in der letzten Lebensphase kaum möglich, 3. einschränkende Sicherheitsvorkehrungen, 4. Restriktionen bezüglich frühzeitiger Entlassung.

**Schlussfolgerung:** Die Ergebnisse zeigen die Schwierigkeiten sowie den Mangel an Unterstützung und eine fehlende zusätzliche Ausbildung von Ärzt:innen in Gefängnissen. Diese Ergebnisse stellen einen Ausgangspunkt für weitere Gespräche und Studien dar, da strukturelle Veränderung erforderlich ist.

## Herzinsuffizienz in der Palliativversorgung – Komplexität der Erkrankung als Herausforderung für ein flächendeckendes Versorgungskonzept

*Mag Susanne Krestan<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Landesinstitut für Integrierte Versorgung, Innsbruck, Österreich

**Hintergrund:** Die Herzinsuffizienz als progrediente Erkrankung mit erheblicher Mortalität und Morbidität wird in Betrachtung der altersabhängigen Inzidenz auch als Epidemie des 21. Jahrhunderts bezeichnet. Die Symptomlast bei fortgeschrittener Herzinsuffizienz ist mit derjenigen einer Krebserkrankung zu vergleichen und aufgrund der zu geringen palliativmedizinischen Versorgung versterben zu viele Patient\*innen unter Notfall-

einweisungen. Welche Maßnahmen müssen folglich ergriffen werden, um den speziellen Bedürfnissen der Patient\*innen gerecht zu werden?

**Methoden:** Als Methoden wurden die Literaturrecherche internationaler Fachliteratur (ab 2012) und verschiedene Expert\*inneninterviews gewählt.

**Ergebnisse:** Die aktuellen ESC Guidelines beziehen eindeutig Stellung zu

Palliative Care oder Supportive Care: Die frühe Integration eines multiprofessionellen und interdisziplinären Teams ist in einem biopsychosozialen Betreuungskontext für Patient\*innen von sehr großem Nutzen. Dennoch zeigt sich, dass derzeit einer Patient\*in NYHA IV nur selten Zugang zu einer spezialisierten Palliativpflege ermöglicht wird. Ursachen hierfür sind verschiedenste Barrieren, die man zusammenfassend als mangelnde

Awareness gegenüber dem komplexen Krankheitsbild der Herzinsuffizienz und der Palliativmedizin beschreiben kann. Entscheidend ist der Blickwinkel der Palliativmedizin, der realisiert werden muss. Palliative Care bedeutet die Interprofessionalität im Sinne einer „Orchestrierung hin zum Lebensende“. Es bedarf zentraler Werkzeuge für reale Krisensituationen (Advance Care Planning), damit unverhältnismäßige Maßnahmen dann auch in der

Krisensituation unterlassen werden. In einem solchen ganzheitlichen Versorgungskonzept gibt es keine Leitdisziplin und keine Leitwissenschaft.

**Conclusio:** Sterben ist in unserer Gesellschaft mehr denn je ein Tabuthema. Medizinische Entwicklungen verdrängen die Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit aus unserem Alltag. In diesem sensiblen Bereich von Sterben und Tod spielt aber das

ethische Prinzip der Solidarität für jeden Menschen, der in die Betreuung schwerkranker Patient\*innen involviert ist, eine zentrale Rolle. Solidarität verstanden als Fürsorge mit Distanz zu einer paternalistischen Haltung, damit Patient\*innen nicht die Möglichkeit genommen wird, eigene Bewältigungsstrategien zu entwickeln. Palliative Care ist somit vor allem eine Einstellung, die es gilt, in unserem Alltag zu leben.

---

## 15

### Wie guter Schlaf die Lebensqualität verbessern kann

**Nadja Makoru<sup>1</sup>, Katharina Rizza<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Bildungshaus Batschuns, Zwischenwasser, Österreich

**Einleitung:** Ein guter „gesunder“ Schlaf fördert die Lebensqualität und das Wohlbefinden. Ist Schlaf anhaltend gestört, steigt die Mortalität und das Risiko für gravierende Folgeerkrankungen. Geriatrische Patient\*innen mit Palliativbedarf leiden häufig unter Schlafstörungen. Diesem Problem wird bislang zu wenig Aufmerksamkeit gewidmet. Bekanntermaßen nehmen Lebensstil, Umgebungsfaktoren und Ernährungsgewohnheiten Einfluss auf Schlafqualität. Zudem können sie organischen und pharmakologischen Ursprungs oder schmerzbedingt sein. Oftmals verweisen Schlafstörungen auf Total Pain. Wissen über Schlafstörungen und Möglichkeiten zur Linderung sind im pflegerischen Beruf nicht immer ausreichend vorhanden. Ziel dieser Untersuchung ist die Sensibili-

sierung und Ermittlung multidimensionaler Interventionen zur Verbesserung des Schlafes.

**Methodik:** Mit Hilfe von Literatur, Beobachtung und Befragung von Bewohner\*innen im Pflegeheim wurden verschiedene Ursachen ergründet, Interventionen gesetzt und Pflegefachkräfte sensibilisiert. Assessmentinstrumente haben sich im geriatrischen Bereich, und vor allem bei dementiell Erkrankten, nicht zielführend erwiesen.

**Ergebnisse:** Durch Beobachtung mittels „Mobility Monitoring“ konnten Schlafstörungen nachgewiesen werden. Die Anwendung einer Schlafanamnese erbrachte konkrete Erkenntnisse über Ursachen und zur Verbesserung der Schlafqualität. Dar-

aufhin wurden zwei praktische Arbeitsinstrumente entwickelt, die in einer Langzeitpflegeeinrichtung mit mehreren Standorten und gesamt knapp 300 Bewohnerzimmern Anwendung finden. Beide zusammen ermöglichen Personen mit Schlafstörungen zu identifizieren und helfen schlaffördernde Maßnahmen zu treffen.

**Diskussion:** Aufgrund der gewonnenen Erkenntnisse werden Schlafstörungen bei den uns anvertrauten Personen nicht mehr als gegeben hingenommen. Die Aufmerksamkeit, Motivation und Kreativität für Schlafqualität konnte in den Pflgeteams geweckt werden. Es werden vielseitige Interventionen eingesetzt. Die entwickelten Arbeitsinstrumente haben sich als äußerst praxistauglich erwiesen.

## Palliative Care als Haltung – Antidot gegen Unzufriedenheit und Ungleichheit in Care Berufen

**Tamara Mandl<sup>1</sup>, DGKP Eva Gmoser<sup>1</sup>, Birgit Winkler<sup>5</sup>, DGKP Julia Haiden<sup>4</sup>, DGKP Severin Pock<sup>2</sup>, Fernanda Rodrigues Weiss<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Mobiles Palliativ Team Graz, Graz, Österreich,

<sup>2</sup> Diakoniewerk, Graz, Österreich,

<sup>3</sup> Krankenhaus der Elisabethinen, Graz, Österreich,

<sup>4</sup> Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Graz, Österreich, <sup>5</sup>Hospizverein Steiermark, Graz, Österreich

In unserer Gesellschaft wird eine besorgniserregende Entwicklung in Care-Berufen immer deutlicher. Diese zeigt sich durch einen mittlerweile massiven Personalmangel in Pflegeberufen, fehlender bzw. nicht gelingender Interprofessionalität und geringer gesellschaftlicher Anerkennung. Steigende Krankenstände, eine hohe Fluktuationsrate und/oder der Ausstieg aus dem Berufsfeld der Pflege und der Sozialarbeit werden zu einer weiteren Herausforderung. Hier drängt sich die Frage auf, welche Bedingungen notwendig sind, um qualitativ hochwertige, umfassende Patient\*innenversorgung in unserer Gesellschaft gewährleisten zu können. Hierbei wird die Verbesserung der Rahmenbedin-

gen der Arbeitsverhältnisse von Mitarbeiter\*innen in den Care-Berufen ausschlaggebend sein.

Im Rahmen der Projektarbeit im Interprofessionellen Basislehrgang Palliative Care stellen wir uns die Frage, wie durch die Implementierung von Palliative Care als Haltung im gesamten Gesundheitssystem zur Arbeitszufriedenheit von Professionist\*innen in Care-Berufen beigetragen und der Stellenwert von Care-Berufen in der Gesellschaft erhöht werden kann.

Ziel der Arbeit ist darzustellen, wie sich die konsequente Durchsetzung der Palliative Care als Haltung im gesamten Gesundheitssystem positiv auf

die Arbeitsbedingungen der Betroffenen Professionist\*innen auswirken kann und dadurch auch die Qualität der Patient\*innenbetreuung steigt.

Anhand von Beispielen aus der geriatrischen Langzeitpflege und dem stationären Akutbereich wird veranschaulicht, wie eine konsequent durchgesetzte, auf den Werten der Palliative Care basierende Haltung unter anderem dazu beitragen könnte, dass Professionist\*innen auf Augenhöhe miteinander arbeiten können, mehr Zeit zur Betreuung der einzelnen Patient\*innen haben und als Expert\*innen wahrgenommen werden.

## Palliativmedizin in der Notfallmedizin – Eine Befragung von Notärztinnen und Notärzten der Stadt Salzburg – Projektarbeit 19. Vorarlberger Palliativ-Basis-Lehrgang 2019, Bildungshaus Batschuns

**Dr. Florian Mitter<sup>1</sup>, Univ.-Prof. Dr. Gebhard Mathis**

<sup>1</sup> Universitätsklinik für Anästhesiologie, perioperative Medizin und allgemeine Intensivmedizin, Universitätsklinikum der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität, Landeskrankenhaus Salzburg, Salzburg, Österreich

**Einleitung:** Notärztinnen/Notärzte sind in 3-10% ihrer Einsätze mit Palliativpatientinnen/Palliativpatienten konfrontiert. Im Vergleich zu anderen Notfallsituationen stellen sich dabei neben medizinischen oft zusätzlich schwierige psychosoziale, ethische und juristische Fragen. Dies kann Notärztinnen/Notärzte, insbesondere solche ohne palliativmedizinische Kenntnisse, überfordern und so zu einer nicht-optimalen

Versorgung - etwa einer Krankenhaus-einweisung gegen den Wunsch der Patientinnen/Patienten - führen. In der Befragung wurde die palliativmedizinische Ausbildung der Notärztinnen/Notärzte der Stadt Salzburg, deren Kenntnis palliativmedizinischer Strukturen im Einsatzgebiet sowie deren Einstellungen bezüglich ärztlicher Zuständigkeiten in Notfallsituationen bei Palliativpatientinnen/Palliativpatienten

erhoben. Außerdem wurden Verbesserungsvorschläge für die Notfallversorgung von Palliativpatientinnen/Palliativpatienten abgefragt.

**Methoden:** 28 Notärztinnen/Notärzte beantworteten einen Bogen mit acht Fragen zum Thema „Palliativmedizin in der Notfallmedizin“.

**Ergebnisse:** Sollten deklarierte Pal-



liativpatientinnen/Palliativpatienten außerhalb der Dienstzeiten dringend ärztliche Hilfe benötigen (z.B. wegen unkontrollierbarer Symptomexazerbation) sehen 78,6% der Befragten einen nicht näher definierten palliativmedizinischen Dienst als ersten Ansprechpartner, 21,4% schlagen primär eine hausärztliche Versorgung vor. Niemand hält Notärztinnen/Notärzte für primär zuständig, Niemand empfiehlt eine Einweisung ins Krankenhaus ohne vorherige ärztliche Visite. Die palliativmedizinischen Einrichtungen im Einsatzgebiet sind 10,7% der befragten Notärztinnen/Notärzten bekannt. 17,8% der Notärztinnen/Notärzte besitzen ein Diplom für Palliativmedizin, 21,4% geben an, dass Palliativmedi-

zin schon einmal Teil ihrer notfallmedizinischen Aus-/Fortbildung war. Die Versorgung von Palliativpatientinnen/Palliativpatienten kann nach Meinung der Befragten durch folgende Maßnahmen sehr verbessert werden: Information/Schulung der Angehörigen (85,7%), bessere palliativmedizinische Strukturen (82,1%), Palliativnotfallbogen (78,5%), Information/Schulung der Patientinnen/Patienten (78,5%) Kooperation Palliativmedizin-Notfallmedizin (60,7%). Die meisten Befragten (78,6%) wurden noch nie von einem Palliativteam alarmiert.

**Schlussfolgerung:** In der Literatur und in dieser Arbeit sieht man, dass die Möglichkeiten einer Zusammenarbeit

von Palliativmedizin und Notfallmedizin trotz eines relevanten Patientenaufkommens bislang weitgehend ungenützt bleiben: Notärztinnen und Notärzte haben kaum Kenntnis der palliativmedizinischen Strukturen in ihrem Einsatzgebiet sowie wenig palliativmedizinische Ausbildung. Außerdem halten sich die befragten Notärztinnen/Notärzte in Notfallsituationen bei deklarierten Palliativpatientinnen/Palliativpatienten für primär nicht zuständig. Von Palliativteams betreute Patientinnen/Patienten benötigen aber auch kaum notärztliche Hilfe.

---

## 18

### Fatigue in Palliative Care: Wie das Pflegepersonal in der ambulanten Krankenpflege den Betroffenen optimal unterstützen kann

**Sandra Maria Mitterhuber<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Bildungshaus Batschuns, Zwischenwasser, Österreich

**Einleitung:** Fatigue ist eines der häufigsten und belastendsten Symptome von PalliativpatientInnen. Obwohl sie diese und deren Angehörigen im häuslichen Umfeld vor Herausforderungen in der Bewältigung des Alltags stellt, wird sie selten thematisiert. Die vorliegende Arbeit soll das Pflegepersonal in der Identifizierung des Symptoms, bei der Aufklärung der Betroffenen und Beratung zur Linderung der chronischen Müdigkeit, sowie interprofessionellen Kommunikation und Zusammenarbeit unterstützen.

**Methode:** Literaturrecherche

**Ergebnisse:** Zur zuverlässigen Identifizierung und Behandlung von Fatigue in palliativen Situationen trägt neben einer Definition die Differenzierung zu Depression, Burnout und chronischem Fatigue Syndrom bei. Kenntnisse der Ursachen, Symptome und Assessment sind Voraussetzung, um eine Linderung der Symptomatik zu erreichen. Den Pflegepersonen kommt eine wesentliche Rolle in der Beratung der Betroffenen zu, um die Belastungen zu identifizieren und gemeinsame, ressourcenorientierte Strategien zu deren Minimierung zu entwickeln. Im Fatigue Management kommen neben

einer Neuausrichtung des Alltags auch Aspekte von Ernährung, Pflege und unterschiedliche komplementäre Therapien in Anwendung.

**Schlussfolgerung:** Das zuverlässige Erkennen von Fatigue und die Etablierung eines interprofessionellen Fatigue Managements kann die Bewältigung des häuslichen Alltags für PalliativpatientInnen und deren Familien erheblich erleichtern.

## Wie trägt die Implementierung einer tiergestützten Intervention zum Wohlbefinden von PatientInnen auf der Palliativstation bei?

Anja Mock<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Bildungshaus Batschuns, Batschuns, Österreich,

<sup>2</sup> Landeskrankenhaus Hohenems, Hohenems, Österreich

**Einleitung:** Wissenschaftliche Studien sprechen Tieren einen positiven Einfluss auf Menschen zu und zeigen, dass Tiere eine Therapie oder Lebensphase unterstützend begleiten können. Zwar werden an vielen Abteilungen Tiere von PatientInnen zur Verabschiedung auf die Station gelassen - dies allerdings oft noch heimlich. Eine Implementierung von Tieren in der palliativen Arbeit steckt weiterhin in den Kinderschuhen – Ziel dieser Arbeit ist es, die Toleranz und das Wissen gegenüber dem Thema der Tiergestützten Therapie zu erweitern und somit eine noch bessere Betreuung von schwerstkranken Menschen zu ermöglichen.

**Methoden:** Literaturarbeit

**Ergebnisse:** Die nachgewiesenen, positiven Effekte auf PatientInnen

durch die Implementierung einer tiergestützten Intervention überwiegen deutlich die Herausforderungen, die durch hygienische Bedenken auftreten. Der Einsatz von Tieren belebt und stabilisiert nicht nur die psychische Komponente der PatientInnen, sondern fördert auch Kommunikation und erleichtert Symbolarbeit. Durch die Mensch – Tier – Beziehung wird der körperliche Zustand positiv beeinflusst.

Eine Reihe von Fachartikeln berichtet von einer Reduzierung der Behandlungskosten durch geringeren Medikationsbedarf, speziell in Hinsicht auf Schmerz- und Beruhigungsmittel.

Eine optimale Ausbildung des/der Tiertrainers/in stellt eine unabdingbare Voraussetzung dafür dar, dass all diese wunderbaren, komplexen-

tären Effekte für PatientInnen nicht zu Lasten der Tiere gehen. Neben gesetzlichen Regelungen, versicherungstechnischen Absicherungen und Sicherheitsvorkehrungen beim Einsatz von Tieren in der tiergestützten Therapie sind auch die Bedürfnisse des Tieres zu berücksichtigen.

**Schlussfolgerung:** Die Implementierung tiergestützter Therapie auf einer Palliativstation kann zum psychosozialen und körperlichen Wohlbefinden von PalliativpatientInnen beitragen. Dabei sind die arttypischen Bedürfnisse der eingesetzten Tiere durch eine fundierte Ausbildung der Therapeuten zu beachten, um dauerhafte Erfolge zu erzielen.

## Umgang mit Suizidalität im stationären palliativen Setting

Andrea Moosbrugger<sup>1</sup>, Dr. Otto Gehmacher<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Bildungshaus Batschuns, Batschuns, Österreich, <sup>2</sup>Palliativstation LKH Hohenems, Hohenems, Österreich

**Einleitung:** Auch wenn Sterbewünsche nichts Außergewöhnliches bei palliativen PatientInnen sind, ist oft auf Anhieb nicht zu erkennen, was sich wirklich dahinter verbirgt und ob es sich um eine ernstzunehmende Suizidalität handelt. Ziel dieser Arbeit ist es, die Relevanz dieses Themas zu beleuchten, sowie Maßnahmen zur Suizidprävention zu eruieren.

**Methoden:** Zur Ausarbeitung dieser Projektarbeit wurde eine umfassende Literaturrecherche durchgeführt. Zusätzlich wurden Interviews mit 15 Pa-

tientInnen und 5 PflegemitarbeiterInnen geführt, wovon einige auf Kamera aufgenommen und zu einem 12-minütigen Film geschnitten wurden. Dieser wurde im Sinne der Präventionsarbeit bei verschiedenen Fortbildungen gezeigt.

**Ergebnisse:** Suizid als Option das Hier und Jetzt auszuhalten kann verringert werden, wenn die Betroffenen sich aufgehoben und nicht alleingelassen fühlen. Vier der befragten PatientInnen gaben an, schon mindestens einmal Suizidgedanken gehabt zu haben,

die Methoden jedoch als abschreckend einzustufen oder die Angehörigen nicht mit Schuldvorwürfen zurückzulassen wollen. Zwei erwähnten, sich bereits über Sterbehilfeorganisationen im Ausland informiert zu haben. Wichtig ist daher, dass Suizidalität zum richtigen Zeitpunkt angesprochen und eingeschätzt wird, um die Betroffenen rechtzeitig zu entlasten. Dadurch können sie ihr Leid teilen und Betreuende können erkennen, welche Form der Unterstützung benötigt wird. Diese Einschätzung benötigt eine hohe professionelle und kommunikative Kom-

petenz. Die befragten Pflegepersonen gaben große Unsicherheit mit dem Thema an, weshalb Schulungen als sehr hilfreich angesehen werden. Auch der kurze Film leistet diesbezüglich einen Beitrag zur Bewusstseinsbildung.

**Schlussfolgerung:** Suizidgedanken stellen häufig eine Art Ventil dar, etwa

als letzter möglicher Ausweg, um der Bedrohung der Erkrankung zu entgehen. Die geringen Suizidzahlen im stationären palliativen Setting zeigen auf, dass vieles bereits richtig gemacht wird. Dennoch ist Suizid bei schwerkranken Menschen ein Thema, weshalb anstelle von Suizidbeihilfe, die Suizidprävention mehr Beachtung

gewinnen sollte. Deshalb ist eine Sensibilisierung dieser Thematik auch in Zukunft sehr wichtig, genauso wie die weitere Etablierung der Hospiz- und Palliativversorgung als Präventionskonzept.

---

## 21

# Bedürfnisse von pflegenden Angehörigen im Kontext der End-of-Life Care

**Miriam Anna Perthmayr**<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Ordensklinikum Linz, Elisabethinen, Spital Am Pyhrn, Österreich

**Einleitung:** In der Sorge um einen schwerkranken Menschen stellt das System Familie eine bedeutende Ressource des Gesundheitssystems dar. Insbesondere durch die Bereitschaft von pflegenden Angehörigen kann es einem pflegebedürftigen Menschen ermöglicht sein, zu Hause betreut zu werden und nach Wunsch auch in diesem Umfeld zu sterben. Dies ist vor allem vor dem Hintergrund, dass etwa 80 % der Österreicherinnen und Österreicher zu Hause sterben möchten, von wesentlicher Bedeutung. Die Pflege am Lebensende kann mitunter zur Mühsal werden. Um eventuelle Belastungen pflegender Angehöriger zu vermeiden und die Fähigkeit zur Erbringung von Pflegeleistungen zu erhalten, ist es wichtig, die Bedürfnisse dieser Personengruppe zu kennen.

**Methoden:** Durch die systematische Literaturrecherche in den Datenban-

ken CINAHL und PubMed konnten anhand von Suchbegriffen, Operatoren sowie Ein- und Ausschlusskriterien elf Studien identifiziert werden. Zwei weitere Referenzen wurden durch Berypicking eingeschlossen. Die Studien wurden durch die Verwendung von Bewertungsinstrumenten kritisch gewürdigt.

**Ergebnisse:** Die Synthese der Ergebnisse der Studien beinhaltet eine Vielfalt an Bedürfnissen pflegender Angehöriger. Diese wurden in Form von elf Kategorien dargelegt. Bedeutungsvoll für pflegende Angehörige war zunächst das Bedürfnis, die Wünsche des nahestehenden, schwerkranken Menschen zu erfüllen und damit verbunden ein Sterben zu Hause zu ermöglichen. Vorrangig waren das Bedürfnis nach Vorbereitung und Information in der Sterbephase sowie das Bedürfnis nach Unterstützung von

pflegerischen Organisationen und Mitmenschen. Interaktive Kommunikation, Anerkennung und Lob wie auch das Bedürfnis nach einer gewissen Normalität und Ruhepause waren für den Großteil der Probandinnen und Probanden elementar.

**Schlussfolgerung:** In Anbetracht der Erkenntnisse wurde deutlich, dass die Lebenssituation des Einzelnen für die Wahrnehmung von einem Bedürfnis entscheidend ist. Folglich scheint es im Hinblick auf die pflegerische Praxis sinnvoll, dass sich Hilfeleistungen von mobilen Palliativ- und Hospizdiensten an den individuellen Bedürfnissen pflegender Angehöriger orientieren. Die Studien zeigten, dass es keine Selbstverständlichkeit ist, dass ein schwerkranker Mensch zu Hause versterben kann.

## Multiperspektivische Evaluierung des Versorgungsmodells Integrierte Palliativbetreuung Tirol (IPB)

**Dr. Christine Rungg<sup>1</sup>, Simone Vitzthum<sup>1</sup>, Mag. Daliborka Milicevic-Avramovic<sup>1</sup>, Eva Maria Jabinger<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> fhg, Innsbruck, Österreich

**Einleitung:** Die Integrierte Palliativbetreuung Tirol (IPB) hat zum Ziel Sterben zu Hause durch professionelle Begleitung zu ermöglichen. Entwickelt wurde die IPB von den Tiroler Krankenversicherungsträgern, dem Tiroler Gesundheitsfonds und dem Land Tirol unter Mitwirkung der Tiroler Hospiz-Gemeinschaft (vgl. Tiroler Gesundheitsfond 2021). Im Wesentlichen besteht die IPB aus der Erstellung eines ganzheitlichen Betreuungs- und Behandlungskonzeptes und der Koordination der PatientInnenbetreuung durch die Grundversorgung (HausärztInnen und Hauskrankenpflege) und mobile Palliativteams, die bei Bedarf durch therapeutische Dienste und Ehrenamtliche ergänzt werden. Dieses Behandlungskonzept wird derzeit im Rahmen einer vom Land Tirol beauftragten Studie an der fh gesundheit Tirol multiperspektivisch evaluiert.

**Methode:** Die Evaluierung der IPB erfolgt in zwei Stufen. Zunächst wurden Interviews mit 14 ehemals pflegenden Angehörigen geführt, welche insbesondere die Perspektive der Betroffenen widerspiegeln. In einem zweiten Schritt wurde ein Online-Fragebogen an HausärztInnen mit IPB-Kassenvertrag als auch an MitarbeiterInnen der mobilen Pflege- und Betreuungsorganisationen ausgesandt, um die Perspektive der an der IPB beteiligten Berufsgruppen zu erfassen. Zudem werden mit einer Stichprobe der online Befragten derzeit vertiefende Interviews geführt um konkreter Informationen insbesondere zum Optimierungspotential der IPB zu erhalten.

Die Interviews mit den ehemals pflegenden Angehörigen wurden einer qualitativen Inhaltsanalyse nach May-

ring (2016) unterzogen. Der Online-Fragebogen wurde mittels einer deskriptiven, statistischen Datenanalyse mit dem Programm qualtrics© XM ausgewertet. Die derzeit noch laufenden Interviews werden ebenfalls nach Mayring (2016) analysiert werden.

**Ergebnisse und Schlussfolgerungen:** Ergebnisse und Schlussfolgerungen werden bis Februar 2022 vorliegen.

**Literaturverzeichnis:** Mayring, Philipp (2016): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 6., überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel: Beltz. Tiroler Gesundheitsfonds (2021): Management Summary - Integrierte Palliativbetreuung daheim und im Pflegeheim im Rahmen der Hospiz- und Palliativversorgung Tirol. Hg. v. Tiroler Gesundheitsfonds.

## Palliative Pflegefachberatung für Pflegebedürftige und wegbegleitende Expert\*innen im stationären Bereich Das Potenzial professioneller Pflegeberatung im Handlungsfeld Palliative Pflege optimiert nützen

**Regina Maria Schönböck**

<sup>1</sup> FH Campus Wien, Wien, Österreich

Zur Bewältigung der wachsenden Zahl an immer älter werdenden Personen und der damit verbundenen komplexen palliativen Betreuung im stationären Setting werden Ressourcen benötigt, die es den Pflegenden ermöglichen, dem erhöhten Pflegebedarf gerecht zu werden. Ausgehend von der Annahme, dass Pflegenden bei der Betreuung von Menschen in palliativer Situation immer wiederkehrend mit pflegerischen, medizinischen,

ethischen, sozialen und kulturellen Beratungsinhalten im gemeinsamen Austausch stehen, soll das Potenzial einer professionellen Pflegeberatung im Handlungsfeld Palliative Care im stationären Bereich betrachtet werden.

Aus den Erkenntnissen des aktuellen Forschungsstandes sowie den Ergebnissen aus der qualitativen Inhaltsanalyse der Interviews sollen das Potenzial und mögliche Entwicklungsfelder für

eine professionelle palliative Pflegeberatung sichtbar gemacht werden.

Die empirischen Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass es im Sinne der Versorgungsqualität im palliativen Setting zunehmenden Bedarf an professionellen Pflegepersonen gibt. Diese sind verstärkt für die optimierte Umsetzung der Beratungs- und Edukationsaufgaben zu qualifizieren. Die Wichtigkeit, Betroffene zu Experten

in eigener Sache zu machen, lässt sich nicht von der Hand weisen. Dies erfordert sowohl ganzheitliche als auch individuelle Beratung, sowie regelmäßige und vertrauensvolle Gespräche. Professionelle Pflegeberater\*innen werden auf unterschiedlichen Beratungsebenen oder -prozessen tätig. Sie können mit ihrer Expertise die wegbegleitenden Expert\*innen sowie Betroffenen Möglichkeiten zur Identifizierung und Nutzung vorhandener Kompetenzen und Ressourcen auf-

zeigen. Gemeinsames Evaluieren von Erfolg oder Misserfolg erleichtert das Erkennen von Adaptionsbedarf bzgl. Patientenedukation, -beratung und der gesetzten Handlungsmaßnahmen. Dieser Ansatz stellt eine mögliche Unterstützungsform in der Auseinandersetzung mit Sterben, Tod, Selbstbestimmungsrecht sowie dem Patient\*innenwillen dar. Es geht darum, mit den handelnden Personen anhand einer schnelleren Interaktion und Flexibilität die Aktivierung der

nachsorgenden Strukturen sowie eine Prozessoptimierung durch Nutzung einer professionellen Pflegeberatung anzuregen.

Das frühe Involvieren eines palliativen Settings im stationären Bereich wäre wünschenswert. Eine frühe Inanspruchnahme einer Beratung könnte im palliativen Setting den roten Faden in der Begleitung sichern. Der weitere Ausbau einer palliativen Pflegefachberatung würde dies begünstigen.

---

## 24

# Verfügbarkeit hochpotenter Analgetika, Rufbereitschaft & Leitungsgehalt – [österreichweite] Problemfelder in Mobilen Palliativteams

*Petra Wolfsbauer<sup>1</sup>, Mag. Helene Wimmer<sup>1</sup>, Dr. Dagmar Porstner<sup>1</sup>, Team des Mobilen Palliativteams Tulln*

<sup>1</sup> Pflege- und Betreuungszentrum Tulln / Mobiles Palliativteam, Tulln an der Donau, Österreich

**Einleitung:** Teamintern diskutierte Qualitätsansprüche im Mobilen Palliativteam (MPT) Tulln waren Impulsgeber einer österreichweiten Erhebung zu folgenden Problemfeldern: a) Die Verfügbarkeit hochpotenter Analgetika, b) die Ableistung bzw. Abgeltung von Rufbereitschaft (RB) und c) monetäre Wertschätzung von Leitungsfunktionen in der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung.

Dahinter stehen der dringliche Wunsch nach gleicher Versorgungsqualität für Schwerstkranke, inklusive An- und Zugehörige sowie eine adäquate Entlohnung des hoch qualifizierten multiprofessionellen Teams, wie es in diesem Tätigkeitsbereich erforderlich ist.

Die Ergebnisse zeigen, ob die angeführten Problematiken bundeslandübergreifend bestehen, sodass weiterführende Maßnahmen in entsprechenden Verantwortlichkeitsbereichen vorgebracht werden können.

**Methoden:** Die Erhebung basiert auf der qualitativen Methode der aktivierenden Sozialforschung. Im Zeit-

raum Jänner/Februar 2021 wurden 58 semistrukturierte Interviews mit Mitarbeiter:innen aus dem Bereich der mobilen spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung durchgeführt. Die Ergebnisse wurden anschließend quantitativ dargestellt.

### **Ergebnisse:**

- a) Hochpotente Analgetika sind laut aktuell gültiger Rechtslage den Suchtmitteln zuzuordnen, der Umgang damit ist im Suchtmittelgesetz festgeschrieben. Die Ergebnisse der österreichweiten Befragung zeigen auf, dass 76% der MPTs diese zur Verfügung haben, 24% jedoch nicht.
- b) Zur Rufbereitschaft an Samstagen, Sonn- und Feiertagen wurde erhoben, ob sie abgeleistet und wie diese abgegolten wird. Es zeigt sich, dass die Ableistung österreichweit sehr stark variiert – von keiner bis hin zu einer ganzjährigen 24 stündigen Erreichbarkeit. Die Daten zeigen keine adäquate Entlohnung der hochqualifizierten Teams auf,

die in der Rufbereitschaft mit krisenhaften Situationen konfrontiert sind. Eine entsprechende Qualifikation ist erforderlich, die in der monetären Wertschätzung jedoch nicht erkennbar ist – dies ist ein bundesweites Problemfeld.

- c) In ganz Österreich bekommen 65% der Leitungen/Koordinator:innen ein Leitungsgehalt, 35% der Personen mit der Titulierung „Leitung/Koordinator:in“ erhalten keinerlei monetäre Zuwendung.

**Schlussfolgerung:** Die Ergebnisse zeigen Handlungsbedarf in allen Evaluationsbereichen. Bezüglich der Verfügbarkeit hochpotenter Analgetika braucht es eine österreichweit einheitliche Gesetzeslösung für die spezialisierte Hospiz- und Palliativbetreuung. Rufbereitschaft sowie Leitungsfunktionen müssen adäquat entlohnt werden.

## Palliative Physiotherapie

**Alexander Wüstner<sup>1</sup>, Otto Gehmacher<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> LKH Hohenems, Hohenems, Österreich

**Einleitung:** Welchen Stellenwert hat die Physiotherapie auf der Palliativstation? Sind Verbesserungen der Motorik, des Schmerzes, der Funktionalität auch bei schwerkranken Patient\*innen möglich? Um diese Fragen zu beantworten wurde eine Studie an Patient\*innen der Palliativstation durchgeführt.

**Methode:** 35 Patient\*innen die in der Lage waren, einen Fragebogen auszufüllen sowie einen Physiotherapeutischen Befund erheben konnten, nahmen an der Studie teil.

Bei der Aufnahme, am Tag 8 und bei der Entlassung wurde der Schmerz (VAS 1-10), das Gleichgewicht, die Schrittgeschwindigkeit, die Kraft und der Karnofsky Index beurteilt.

Bei 24 Patient\*innen konnten alle 3 Assessments durchgeführt werden, 11 Personen verstarben im Verlauf, sodass

nur eine Teilbewertung möglich war.

**Ergebnis:** Bei dem Ergebnis der 24 Patient\*innen die entlassen wurden, ergab sich eine Verbesserung des Gleichgewichts um 25% (von 4 auf 6 Punkte der Skala), der Schrittgeschwindigkeit um 23 Prozent (9 Sekunden bei einer Distanz von 20 Meter), und der Kraft um 43 Prozent (von 24 auf 42 Treppenstufen), der Schmerz verbesserte sich von VAS- Skala Wert 5 auf 1.

Auch bei den terminalen Patient\*innen konnte ein erkennbares Ergebnis erläutert werden. Eine fast gleichbleibende Stufenleistung von 7 auf 6 Stufen, sowie eine Verbesserung der Schmerzen von VAS- Skala Wert 6 auf 2.

Fragen nach dem Stellenwert der Physiotherapie (Note: 1,2), dem positiven Effekt (Note: 1,1) und dem Stellenwert

am Ende des Aufenthaltes (Note: 1,3) wurden von den Patient\*innen am Tag der Entlassung sehr positiv bewertet.

**Schlussfolgerung:** Bei der hoch vulnerablen Patientengruppe zeigt sich, dass ein Angebot einer regelmäßigen Physiotherapie als äußerst wichtig und positiv bewertet wird. Bei vielen der Patient\*innen ist eine Verbesserung der Leistungsfähigkeit, des Gleichgewichtes und der Karnofsky Performance Status Scale erkennbar. Die Physiotherapie trägt auch zur Schmerzlinderung bei.



