

## 6. Österreichischer Interdisziplinärer Palliativkongress

Festspielhaus Bregenz  
27. bis 29. April 2017

### Kontroversen in Palliative Care

Eine Veranstaltung der  
Österreichischen  
Palliativgesellschaft



**ABSTRACTBAND**

# Tumorassoziierte Durchbruchschmerzen. Gebändigt.



TEVA

ratiopharm

**Effentora® 100; 200; 400; 600; 800 Mikrogramm Buccaltabletten.**

**Wirkstoff:** Fentanyl. **Zus.:** Jede Buccaltbl. enth. 100; 200; 400; 600; 800 Mikrogramm Fentanyl (als Citrat). **Sonst. Bestandt.:** Mannitol (Ph. Eur.), Carboxymethylstärke-Natrium (Typ A) (Ph. Eur.), Natriumhydrogencarbonat, Natriumcarbonat, Citronensäure, Magnesiumstearat (Ph. Eur.). **Anw.:** Behandl. von Durchbruchschmerzen bei erwachs. Krebspat., die bereits eine Opioid-Basistherapie gg. ihre chron. Tumorschmerzen erhalten. Bei Durchbruchschmerzen handelt es sich um eine vorübergehende Verschärfung der Schmerzen, die trotz anderweitig kontrollierter Dauerschmerzen auftritt. Zu den Pat. die eine Opioid-Basistherapie erhalten, werden diejenigen gezählt, die mind. 60 mg orales Morphin tgl., mind. 25 Mikrogramm transdermales Fentanyl pro Stunde, mind. 30 mg Oxycodon tgl., mind. 8 mg orales Hydromorphon tgl. od. eine analgetisch gleichwertige Dosis eines and. Opioids über eine Wo. od. länger erhalten. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gg. den Wirkstoff od. einen der sonst. Bestandt., Pat. ohne Opioid-Erhaltungstherapie, da ein erhöhtes Risiko für eine Atemdepression besteht, schwere Atemdepression od. schwere obstruktive Lungenerkrank., Behandl. akuter Schmerzen, welche keine Durchbruchschmerzen darstellen. **Warnhinw.:** Enth. Natrium! **Nebenw.:** Sehr häufig: Schwindel, Kopfschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Beschwerden am Verabreichungsart wie Blutungen, Schmerzen, Ulceration, Reizung, Parästhesie, Anästhesie, Erythem, Ödem, Schwellung u. Bläschenbildung. Häufig: Orale Candidose, Anämie, Neutropenie, Anorexie, Depression, Angst, Verwirrheitszustand, Schlaflosigkeit, Geschmacksstör., Somnolenz, Lethargie, Tremor, Sedierung, Hypästhesie, Migräne, Tachykardie, Hypotonie, Hypertonie, Dyspnoe, pharyngolaryngeale Schmerzen, Obstipation, Stomatitis, Mundrockenheit, Diarrhoe, Bauchschmerzen, gastroösophageale Refluxkrankheit, Magenbeschwerden, Dyspepsie, Zahnschmerzen, Pruritus, Hyperhidrose, Hautausschlag, Myalgie, Rückenschmerzen, periphere Ödeme, Fatigue, Asthenie, Substanzzugyndrom, Schüttelfrost, Gewichtsabnahme, Sturz. Gelegentlich: Pharyngitis, Thrombozytopenie, euphorische Stimmungslage, Nervosität, Halluzinationen, visuelle Halluzinationen, Änd. der mentalen Zustände, Substanzabhängigkeit (Sucht), Desorientiertheit, Bewusstseinsminderk., Aufmerksamkeitsstör., Gleichgewichtsstör., Dysarthrie, Sehstör., okuläre Hyperämie, verschwommenes Sehen, vermind. Sehschärfe, Vertigo, Tinnitus, Ohrbeschw., Bradykardie, Flush, Ritzwollungen, Atemdepression, Schlafapnoe-Syndrom, Ileus, Mundulcerationen, orale Hypästhesie, orale Beschwerden, Verfärbung d. Mundschleimhaut, orale Weichteilerkrank., Glossodymie, Bläschenbildung d. Zunge, Zahnfleischschmerzen, Zungenulcerationen, Zungenkrank., Ösophagitis, aufgesprungene Lippen, Zahnerkrank., Dilatation der Galle, kalter Schweiß, Gesichtsschwellung, general. Juckreiz, Alopecie, Muskelzucken, Muskelschwäche, Harnretention, Unwohlsein, Trägheit, Beschwerden im Brustkorb, Krankheitsgefühl, nervöse Unruhe, Durst, Frieren, Schwitzen, vermind. Thrombozytenzahl, erhöhte Herzfrequenz, vermind. Hämatokrit, vermind. Hämoglobin. Selten: orale Pustelbildung, Überempfindlichk., Hypogonadismus, kognitive Stör., Stör. der Motorik, abnormes Gefühl im Auge, Photopsie, Bläschenbildung der Mundschleimhaut, trockene Lippen, Onychorrhexis. Nicht bekannt: Bewusstlosigkeit, Konvulsion, Atemstillstand, Pyrexie. Bei wiederholter Verabreichung Entw. v. Toleranz, physischer u/od. psychischer Abhängigkeit mögl. Verkehrsmittel! **Verschreibungspflichtig (BtM).** Stand: März 2015.



**Dr. Harald Retschitzegger, MSc**  
Palliativmedizin und Geriatrie,  
Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser,  
Präsident der Österreichischen  
Palliativgesellschaft (OPG)



**OA Dr. Otto Gehmacher**  
Palliativstation,  
Landeskrankenhaus Hohenems

## 6. Österreichischer Interdisziplinärer Palliativkongress „Kontroversen in Palliative Care“

„Kontroversen in Palliative Care“ haben wir als Motto für den diesjährigen großen interprofessionellen Palliativkongress der OPG gewählt. Ich freue mich auf eine spannende und interessante Veranstaltung in einer besonderen Gegend. Die Lage des Kongressortes passt zum Thema der Kontroversen. Sich an Grenzen wagen – wir tun es in der humanistischen Überzeugung, dass offene Grenzen so wichtig sind wie offenes Denken. In diesem Sinne freuen wir uns sehr über die aktive wissenschaftliche Beteiligung so vieler Menschen aus Österreich und den benachbarten Ländern!

Angesichts der breiten Entwicklung von Palliative Care ist es wichtig, den auftretenden Kontroversen Raum zu geben, da das In-Frage-Stellen notwendig ist, um weitergehen zu können am Weg des „Sich lernend Verwandeln“, wie André Heller es bezeichnet.

Der entscheidende Qualitätsfaktor gelingender Palliativbetreuung ist eine gut funktionierende und wirksame Teamarbeit. So wie in der täglichen Betreuung Pflege und Medizin, Sozialarbeit und Seelsorge, Psychologie und Physiotherapie, Hauptamt, Ehrenamt und noch viele andere zusammenarbeiten, so ist dieser Kongress entstanden und gestaltet worden – als Produkt bester multiprofessioneller und interdisziplinärer Zusammenarbeit.

Vielen Dank allen dazu Beitragenden!  
Herzlich

Dr. Harald Retschitzegger, MSc  
Präsident der Österreichischen Palliativgesellschaft (OPG)

Neben einem spannenden Kongress mit länderübergreifendem fachlichen Austausch und hoffentlich interessanten Diskussionen stellen auch die eingereichten Abstracts, die beim Kongress als Poster präsentiert werden, ein wichtiges Qualitätsmerkmal dar.

Es freut mich deshalb, dass zum diesjährigen Kongress 32 wissenschaftliche Arbeiten von ganz unterschiedlichen Fachdisziplinen eingereicht wurden. Das ist ein starkes Signal für die Wertigkeit von Palliative Care und spiegelt auch das Engagement und die hohe fachliche Kompetenz der professionellen HelferInnen wider.

Als lokaler Kongresspräsident bin ich natürlich besonders stolz, dass fast ein Drittel der eingereichten Arbeiten aus Vorarlberg stammt! Dies ist Ausdruck einer auf hohem Niveau gelebten „Palliativen Kultur“ im „Ländle“.

Die wissenschaftlichen Beiträge sind als Poster während des gesamten Kongresses ausgestellt, die Posterbegehung findet am Freitag, den 28. 04. 2017, um 13.00 Uhr statt.

Die besten Arbeiten werden am Abend im Rahmen der Generalversammlung der OPG um 18.30 Uhr vorgestellt und prämiert.

OA Dr. Otto Gehmacher  
für das Kongresspräsidium

*„Eine absolute Wahrheit, welche für alle Menschen gleich wäre und insofern keinerlei Beziehung zur Individualität hätte, kann es für uns Sterbliche nicht geben.“*

(Hannah Arendt)

- 
- 6 **P1. Der Behandlungsplan für Situationen am Lebensende – Praktische Erfahrungen und Implikationen**  
Michael Rogner, Deborah Allen, Daniel Morscher, Martin Wanger, Alexandra Marxer
- 7 **P3. Warum haben MigrantInnen einen erschwerten Zugang zu Hospiz- und Palliativkultur? Am Beispiel des Islam in Baden-Württemberg, Stuttgart**  
Katja Fleischhauer
- 7 **P4. Ernährungstherapie in der palliativen Betreuung – Die Rolle der Diätologin/des Diätologen im interdisziplinären Team**  
Susanne Domkar
- 8 **P5. VSD VORSORGEDIALOG für Alten- und Pflegeheime in Österreich – Ein Kommunikationsinstrument der vorausschauenden Planung**  
Karl Bitschnau, Sigrid Beyer, Leena Pelttari
- 9 **P6. Der Tod aus einem anderen Blickwinkel – Interviews mit Kindern von Verstorbenen**  
Stefanie Preiß, Otto Gehmacher
- 10 **P7. KOMMA – Kommunikation mit Angehörigen. Projekt zur Entwicklung der Angehörigenarbeit in der häuslichen Hospiz- und Palliativversorgung**  
Christiane Kreyer, Gerda Graf, Sabine Pleschberger
- 10 **P8. Implementierungsschritte Neonatal Palliative Care (NPC) auf der interdisziplinären pädiatrischen und neonatologischen Intensivstation des Ostschweizer Kinderspitals (St. Gallen)**  
Susanne Allgäuer, Gudrun Jäger
- 12 **P9. Musiktherapie auf der Palliativstation – Patientenbedürfnisse und Patiententhemen**  
Irmgard Keraudren-Aichberger
- 13 **P10. Palliative Care in Österreich 2016–2017**  
Anna Maria Dieplinger, Agnes Kaiser, Patrick Müllleder, Firuzan Sari-Kundt
- 14 **P11. Das älteste Dokument eines gedruckten Totenschein der Welt stammt aus Wien**  
Stefan Lorenzl
- 14 **P12. Entwicklung eines multidisziplinären Palliative Care Kerncurriculums für die europäische WHO-Region**  
Robert Ofner, Jürgen Osterbrink, Christine Knauseder, Katharina Lex, Stefan Lorenzl
- 15 **P13. Barrieren des Zugangs zur Palliativversorgung im Krankenhaus – systematisches Review**  
Stefan Pitzer, Johannes Bükki, Patrick Müllleder, Jürgen Osterbrink, Stefan Lorenzl
- 16 **P14. Effekte ärztlicher Koordination in Vorarlbergs Pflegeheimen**  
Frederic Fredersdorf, Siegfried Hartmann, Siegfried Marxgut, Gebhard Mathis
- 16 **P15. Effekte ärztlicher Koordination in Pflegeheimen – Literatursynopse und qualitative Ergebnisse eines Modellprojekts**  
Frederic Fredersdorf, Sarah Moser
- 17 **P16. SPICCT-basierte Bestandsaufnahme von PalliativpatientInnen in einer allgemeinmedizinischen Praxis**  
Vera Glüsenkamp, Guntram Hinteregger, Gebhard Mathis
- 18 **P17. Palliativmedizin im hausärztlichen Umfeld**  
Hannes Künz, Rahel Büttler, Otto Gehmacher
- 20 **P19. Telemedical Care for palliative patients with neurodegenerative disorders**  
Christiane Weck, Stefan Lorenzl
- 20 **P20. Lernerfolgsevaluation des Palliativlehrgangs für Ärztinnen und Ärzte der Österreichischen Palliativgesellschaft anhand des palliativen Kompetenztests für Ärztinnen und Ärzte**  
Veronika Mosich, Georg Wolf, Franz Zdrahal

- 21 **P21. Unwillkürliche Bewegungen bei Palliativpatienten – Differenzialdiagnosen und Behandlungsmöglichkeiten**  
Stefan Lorenzl
- 22 **P22. Die Salzburger Palliativgespräche als Kommunikationsplattform für Themen in der Palliative Care**  
Stefan Lorenzl, Katharina Lex, Jürgen Osterbrink, Christine Knauseder
- 22 **P23. Morbus Parkinson als Paradigma für die palliativmedizinische Versorgung von Menschen mit neurologischen Erkrankungen**  
Stefan Lorenzl, Janine Rabe, Jürgen Osterbrink, Katharina Lex
- 23 **P24. Die Versorgung von neurologischen Patienten in der Palliative Care – eine prospektive Untersuchung über ein Jahr in Österreich**  
Christine Knauseder, Jürgen Osterbrink, Katharina Lex, Stefan Lorenzl
- 24 **P25. Perioperative anästhesiologische Betreuung von PalliativpatientInnen**  
Brigitte Schluderbacher, Monika Baer, Gebhard Mathis
- 25 **P26. „Wir müssen immer lernen, zuletzt auch noch sterben lernen“ (Marie von Ebner-Eschenbach) Vorstellung des „Salzburger Geriatrie Best Supportive Care Assessments“ (SALSA)**  
Brigitte J. Mayr-Pirker, Bernhard Iglseder
- 25 **P27. Der Einsatz von Ultraschall im mobilen Palliativteam**  
Christoph Ausserer, Otto Gehmacher, Bernhard Schwärzler
- 26 **P28. Das Lebensende (mit-)gestalten – Advance Care Planning in der stationären Langzeitpflege umsetzen**  
Michael Rogner, Deborah Allen, Barbara Forrer, Martin Wanger
- 27 **P29. „... ich bin einfach zu müde ...“ – Welche komplementären Pflegemaßnahmen können bei Fatigue in der Palliative Care angewendet werden?**  
Birgit Anderwald
- 28 **P30. SPICT® – ein geeignetes Instrument, um einen palliativen Versorgungsansatz im Langzeitpflegebereich rechtzeitig zu erkennen?**  
Helga Koch-Tumler
- 28 **P31. Interdisziplinäre Kommunikation in der ambulanten allgemeinen Palliativversorgung in Vorarlberg aus Sicht der Pflege**  
Katharina Rizza, Evelyn Müller, Gebhard Mathis, Gerhild Becker
- 29 **P32. „Ich halte dich, indem ich mit dir aushalte.“ Der Umgang mit unerträglichem Leid als Bewährungsmaßstab für die Pflege**  
Katrin Kindermann
- 30 **P33. Dein Wille, dein Wohl – Pflege zwischen Fürsorge und Selbstbestimmung**  
Christine Haas-Schranzhofer
- 31 **P34. Hospizkultur und Palliative Care in der mobilen Pflege und Betreuung zu Hause (HPC Mobil) – ein dreijähriges Pilotprojekt von Juni 2015 bis Juni 2018**  
Sigrid Beyer, Maria Eibel, Selma Sprajcer

24 **Impressum**

Anmerkung: Die Poster-Beiträge P2 und P18 wurden zurückgezogen und fehlen deshalb in diesem Abstract-Band.

# P1

## Der Behandlungsplan für Situationen am Lebensende – praktische Erfahrungen und Implikationen

**Michael Rogner, Deborah Allen, Daniel Morscher, Martin Wanger, Alexandra Marxer**  
Liechtensteinische Alters- und Krankenhilfe (LAK), Schaan, Liechtenstein

**Einleitung:** Primäres Ziel in der Palliative Care ist die Vermeidung von Notfallsituationen durch vorausschauende Planung. Im Rahmen vorausschauender Betreuungsplanung (engl. Advance Care Planning) kommen verschiedene Instrumente zur Anwendung. Eines davon ist der Behandlungsplan für palliative Notfallsituationen. Das Ziel eines solchen Plans ist, eine kontinuierliche Behandlung und Betreuung zu gewährleisten, Orientierung zu geben und Sicherheit zu bieten, um im Handeln und Tun zu unterstützen.

**Ziel:** Erarbeitung, Einführung und Evaluation eines Behandlungsplanes für Situationen am Lebensende mit dem Ziel einer verbesserten Entscheidungsfindung, Symptomkontrolle und Steigerung der Sicherheit und Selbstwirksamkeit von Pflegefachpersonen in den stationären Langzeitpflegeeinrichtungen der LAK

**Methoden:** Leitfadeninterviews, Literaturrecherche, quantitative und qualitative Evaluationsmethoden

**Ergebnisse:** Bereits 2013 wurden Leitfadeninterviews mit Mitarbeitenden durchgeführt. Die Ergebnisse zeigten Unsicherheiten und Unklarheiten in der Entscheidungsfindung und symptomorientierten Behandlung am Lebensende. Daraus abgeleitet wurde gemeinsam mit den Hausärzten, auf Grundlage eines bestehenden Plans sowie den Rechercheergebnissen, ein Behandlungsplan erstellt und getestet. Nach der Einführung, Schulung und Evaluation liegen konkrete Ergebnisse vor: Im gemessenen Zeitraum wurde bei 65 % der Todesfälle ein Behandlungsplan erstellt und angewendet. Es wurde berichtet, dass der Plan viel Ruhe und Sicherheit brachte („... selten etwas schief gelaufen, seit es den Plan

gibt!“). Eindrücklich sind die Ergebnisse aus dem Mitarbeiterfragebogen im Bereich der besseren Symptombehandlung, der Vermeidung von unnötigen Spitalweisungen, der verbesserten Handlungsfähigkeit zu Randzeiten sowie der klareren Informationskette.

**Schlussfolgerung:** Bei den Auswertungen zeigte sich klar, dass der Behandlungsplan den größten Nutzen hatte, wenn er zu einem Zeitpunkt erstellt wurde, in dem eine Verbesserung des Gesundheitszustandes des Betroffenen nicht mehr zu erwarten war und sich dieser in absehbarer Zeit im Sterbeprozess befand. Unterstützungsmöglichkeiten zum Erkennen dieses Zeitpunkts müssen entwickelt werden. Denn das ist letztlich entscheidend. ■



---

## P3

# Warum haben MigrantInnen einen erschwertem Zugang zu Hospiz- und Palliativkultur?

## Am Beispiel des Islam in Baden-Württemberg, Stuttgart

**Katja Fleischhauer**

*Klinikum Stuttgart, Bietigheim-Bissingen, Deutschland*

**Einleitung:** In Baden-Württemberg leben 3,8–4,3 Mio. MuslimInnen (2009) aus ursprünglich 50 verschiedenen Ländern. Mittlerweile leben bereits 600.000 MuslimInnen der 3./4. Generation in Baden-Württemberg. Hinsichtlich des Ausländeranteils liegt Baden-Württemberg im bundesweiten Vergleich an 3. Stelle. In Stuttgart ist jede Form des islamischen Glaubens vertreten.

**Literaturarbeit:** Als Hindernisse werden die Kommunikation (mangelnde Deutschkenntnisse vor allem der älteren Generationen), das unbekannte Gesundheitssystem, ein anderes Krankheitsverständnis sowie die Annahme der Großfamilien im Hintergrund gesehen. Dabei sind diese Punkte wie eine Spirale zu verstehen, sobald medizinische Versorgung in Anspruch genommen wird.

Internetseiten der verschiedenen Behörden zu dem Thema Migration bieten oft verwirrende Hinweise. Oft sind sie in Deutsch gehalten, selten wird eine Möglichkeit geboten, diese Seiten in andere Sprachen übersetzen zu können. Wenn, dann aber meist ins Englische. Türkisch wurde 1 Mal angeboten. Zudem wird teilweise eine Behörden-Fachsprache verwendet.

Ein weiteres Hindernis sind die Broschüren und Flyer. Oft werden sie in den jeweiligen Fachbereichen ausgelegt. Sie sind meist in Deutsch geschrieben, teilweise mit modernen Begriffen oder in einer medizinischen Fachsprache verfasst. Oft fehlt der Bezug zur Kultur. Übersetzungen in andere Sprachen weisen leider immer wieder Fehler auf, vor allem bei Aufklärungsmaterial in medizinischen Bereichen. Das Angebot ist vielfältig und fast

schon unübersichtlich für Laien. Broschüren und Flyer sowie weiteres Informationsmaterial ist oft standardisiert. Zusätzlich müssen diese Informationen proaktiv organisiert werden.

Stuttgart bietet eine gute Versorgung für Menschen mit Migrationshintergrund. Es gibt unter anderem diverse Broschüren mit Hilfsangeboten, Deutschkurse in Grundschulen für Frauen, Beratungsdienste für bürokratische Abläufe und Fragen und Migrationsberatungsstellen in verschiedenen Sprachen. Diese Angebote sind in der Hauptstadt Stuttgart zu finden und setzen so eine gewisse Mobilität für alle, die ländlicher wohnen, voraus. Das Konzept der Hospiz- und Palliativversorgung ist in diesem Katalog leider nicht aufgeführt. ■

## P4

# Ernährungstherapie in der palliativen Betreuung – die Rolle der Diätologin/des Diätologen im interdisziplinären Team

**Susanne Domkar**

*FH Campus Wien, Österreich;*

*Caritas der Erzdiözese Wien, Caritas Pflege, Fachstelle Qualität und Innovation, Wien, Österreich*

**Einleitung:** Gerade Kinder und alte Menschen sind oft von prognostisch schwer einschätzbaren Erkrankungen betroffen, die im Grunde lebensbegrenzend sind, sich aber über

viele Jahre hinziehen können. Je länger die Überlebens- und Betreuungszeit dieser PatientInnen ist, umso mehr Bedeutung kommt einer adäquaten Ernährungstherapie zu. Diätologin-

nen und Diätologen sind in Österreich derzeit nur selten Bestandteil der Hospiz- und Palliativteams. Das Ziel dieser Arbeit war es, mögliche Gründe zu erforschen. ►

**Methoden:** Als qualitativer Forschungsansatz wurde die Grounded Theory gewählt. Neben Feldforschung und teilnehmender Beobachtung wurden 11 semistrukturierte Interviews mit Expertinnen und Experten sowie Angehörigen geführt. Da zum Einsatz von Diätologinnen und Diätologen auf Palliativstationen und in mobilen Palliativteams derzeit keine konkreten Zahlen existieren, wurde zusätzlich eine Online-Umfrage unter den Mitgliedern des Verbandes der Diätologen Österreichs durchgeführt und quantitativ ausgewertet.

**Ergebnisse:** Die Auswertung der Umfrage bestätigte die Vermutung, dass Diätologinnen und Diätologen nur in seltenen Fällen fixe

Mitglieder der Palliativteams sind. Bei der Auswertung der qualitativen Daten ergaben sich die vier Hauptkategorien: Entscheidung, Maßnahmen, Ausbildung und Interdisziplinarität. Nahezu allen Expertinnen- und Experteninterviews war zu entnehmen, dass eine grundsätzliche Offenheit besteht, was die Zusammenarbeit betrifft. Pflegepersonen und Angehörige wünschen sich vor allem fachliche Beratung. Ärztinnen und Ärzte möchten mehr über die Kompetenzen von Diätologinnen und Diätologen erfahren, um besser beurteilen zu können, wie diese in der PatientInnenbetreuung unterstützen können.

**Schlussfolgerung:** Die Mitarbeit von Diätologinnen und Diätologen in den interdisziplinären

Palliativ- und Hospizteams kann die Qualität der Betreuung deutlich steigern. Dazu müssen jedoch einige Voraussetzungen erfüllt werden. Diätologinnen und Diätologen müssen an interdisziplinären und fachspezifischen Weiterbildungen teilnehmen, um ihre theoretischen Kenntnisse im Bereich Palliative Care zu vertiefen. Die klinische Erfahrung in der Ernährungstherapie von palliativen PatientInnen muss sowohl im fachlichen Austausch als auch durch Publikationen systematisch geteilt werden. Vor allem muss vermehrt darauf geachtet werden, das Angebot im Bereich Palliative Care für Ärztinnen und Ärzte, Pflegende und PatientInnen gut zu präsentieren und praxisnah umsetzbar zu machen. ■

## P5

# VSD VORSORGEDIALOG für Alten- und Pflegeheime in Österreich – ein Kommunikationsinstrument der vorausschauenden Planung

*Karl Bitschnau, Sigrid Beyer, Leena Peltari*  
Dachverband Hospiz Österreich, Wien, Österreich

**Einleitung:** Betreuende in Alten- und Pflegeheimen (Pfleger, Ärztinnen und Ärzte, psychosoziale Berufe etc.) sind oft mit ethisch schwierigen Situationen konfrontiert, denn die alten Menschen haben nicht nur schwere Krankheiten, Multimorbidität und Demenz, sondern es ist auch die Häufigkeit des Sterbens angestiegen. Die strukturellen Gegebenheiten verschärfen diese Situation, da in vielen Einrichtungen eine durchgängige (palliative und geriatrische) medizinische Präsenz fehlt und es immer wieder zu „unnötigen“ Krankenhausüberweisungen kommt. Viele Heime, die sich intensiv mit Hospiz und Palliative Care beschäftigen, entwickelten Palliativblätter und Notfallpläne, um für die Krisensituation besser vorbereitet zu sein.

Vielfach wurde der Wunsch nach mehr (Rechts-)Sicherheit und nach einer klaren Orientierung geäußert. Diesem Ruf ist der Beirat HPC<sup>1</sup> in der Grundversorgung 2014 nachgekommen und hat eine Arbeitsgruppe mit der Entwicklung beauftragt. Ziel war es, ein Instrument der vorausschauenden Planung zu entwickeln, das einen Wiedererkennungseffekt hat und von allen Entscheidungsträgern akzeptiert und unterstützt wird. Der VSD Vorsorgedialog ist mehr als ein Notfallplan, er stellt den Betreuenden einen strukturierten Kommunikationsprozess für die Durchführung von Gesprächen mit den BewohnerInnen zur letzten Lebenszeit zur Verfügung. Die Wünsche und Vorstellungen der BewohnerInnen für ein gutes Leben und ein

würdiges Sterben werden gemeinsam erhoben, dokumentiert und wiederkehrend reflektiert.

**Methoden:** Wenn der Vorsorgedialog in einem Alten- oder Pflegeheim eingesetzt werden soll, erfordert dies einen Einführungsprozess. Es geht um Haltung, Wissensvermittlung, Einübung und um die Strukturen des Hauses, in die der Vorsorgedialog gut eingewoben werden muss. Dafür wurden ein Curriculum und ein Ablaufplan entwickelt. Die Pilotphase hat mit Jänner 2017 begonnen und geht bis Dezember 2020. Alle österreichischen Heime mit einer guten Hospizkultur können sich beteiligen. Die landeskoordinierenden Hospiz- und Palliativorganisationen sind die



Ansprechpartner, in Wien ist es Hospiz Österreich. Geplant ist eine prozessevaluierende Begleitung.

**Erste Ergebnisse am Beginn des Pilotprojektes:** Es gibt von Seiten der Heime ein großes Interesse am VSD Vorsorgedialog. In manchen Bundesländern sind es 32 interessierte Heime, die bereits 2017 den Vorsorgedialog umsetzen wollen. Die Umsetzung gestaltet sich teilweise auch schwierig, da es

derzeit weder für die Pflege noch für die Hausärztinnen und -ärzte eine entsprechende Abteilung gibt.

**Schlussfolgerung:** Die Betreuenden in Alten- und Pflegeheimen signalisieren, dass diese Form der strukturierten Kommunikation sehr unterstützend für ihre Arbeit wäre, um die Wünsche ihrer BewohnerInnen im Sinne eines guten Lebens und eines würdigen Sterbens umzusetzen. Um den Vorsorgedialog in

den Heimen umzusetzen, braucht es nicht nur den Integrationsprozess, sondern auch die Klärung der finanziellen Aspekte. Es gibt von Seiten der politischen Entscheidungsträger großes Interesse an der Umsetzung des Vorsorgedialogs. ■

<sup>1</sup> Der Beirat HPC in der Grundversorgung hat folgende Mitglieder: Österreichische Ärztekammer, BMGF, BMASK, Bundesverband der Alten- und Pflegeheime Österreichs, ARGE PflegedienstleiterInnen der stationären Langzeitpflege des ÖGKV, Hauptverband der Sozialversicherungen, Verbindungsstelle der Bundesländer, GÖG/ÖBIG, ÖGAM, Österreichische Palliativgesellschaft, Institut für Ethik und Recht in der Medizin, BAG Freie Wohlfahrt

## P6

# Der Tod aus einem anderen Blickwinkel – Interviews mit Kindern von Verstorbenen

**Stefanie Preiß, Otto Gehmacher**  
Palliativstation, Hohenems, Österreich

**Einleitung:** Beim Thema „Sterben und Tod“ gibt es erhebliche Unterschiede zwischen Erwachsenen und Kindern. Kinder haben ein anderes Todesverständnis, trauern anders und finden andere Wege, damit umzugehen. Ca. 20 % der KrebspatientInnen haben Kinder unter 20 Jahren. Statistiken in Deutschland zeigen, dass jährlich ca. 40.000 Kinder unter 18 Jahren erleben, dass ein Elternteil eine Krebsdiagnose bekommt, und ca. 80.000 Kinder pro Jahr verlieren einen ihrer Elternteile. In dieser Arbeit wird versucht, Besonderheiten im Umgang mit dem Sterben und dem Tod aus Sicht von Kindern aufzuzeigen.

**Methoden:** Es wurden Interviews mit zehn Kindern bzw. jungen Erwachsenen durchgeführt. Jeweils ein Elternteil dieser Kinder ist in den letzten Jahren verstorben (Ausnahme

war ein Junge, dessen Mutter schwerkrank war, aber überlebte). Bei allen Kindern wurde der verstorbene Elternteil kurz- oder längerfristig auf der Palliativstation in Hohenems betreut (außer die Mutter des Jungen, welche noch lebt). Sechs der Befragten waren weiblich, vier männlich. Der Älteste war 28, die Jüngste 17 Jahre alt. Verschiedene Fragen zum Thema Aufklärung, Umgang mit der Krankheit in der Familie, emotionale Aspekte, Einbindung in den Krankheitsprozess, Unterstützungen und Veränderungen nach dem Tod wurden den Interviewten gestellt.

**Ergebnisse:** Im Rahmen meiner Arbeit zeigte sich ein unterschiedliches Verarbeitungsmuster zwischen dem männlichen und weiblichen Geschlecht. Alle vier befragten jungen Männer gaben an, dass sie mit keinem über den

Tod und den verstorbenen Elternteil reden wollten. Hier wussten nur wenige Freunde im Umfeld Bescheid. Alle vier versuchten, sich durch Aktivitäten wie Sport, Arbeit oder Fortgehen abzulenken. Anders war es bei den Mädchen, die viel mit Freunden oder Familienangehörigen über den Tod gesprochen haben.

**Schlussfolgerung:** Jede Familie und jeder/ jede Einzelne erlebt, be- und verarbeitet das Sterben und den Tod individuell. Dennoch scheint sich ein interessanter Unterschied in Verarbeitungsmustern zwischen männlichen und weiblichen jungen Erwachsenen abzuzeichnen. Um hier einen eventuell vorhandenen signifikanten Unterschied erkennen zu können, benötigt es Interviews mit einer deutlich größeren Fallzahl. ■

## P7

# KOMMA – Kommunikation mit Angehörigen. Projekt zur Entwicklung der Angehörigenarbeit in der häuslichen Hospiz- und Palliativversorgung

Christiane Kreyer<sup>1</sup>, Gerda Graf<sup>2</sup>, Sabine Pleschberger<sup>3</sup>

<sup>1</sup> UMIT Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik, Hall in Tirol, Österreich

<sup>2</sup> Hospizbewegung Düren-Jülich e. V., Düren, Deutschland

<sup>3</sup> ÖPIA Österreichische Plattform für interdisziplinäre Altersfragen, Wien, Österreich

**Einleitung:** Angehörige spielen eine zentrale Rolle für die Versorgung schwerkranker und sterbender Menschen zu Hause. Deren physische, emotionale und soziale Belastungen sind vielfältig in Studien belegt. Den Bedarf an Unterstützung bei Angehörigen systematisch zu erfassen sowie konkrete Konzepte für Angehörigenarbeit zu erstellen ist daher dringend erforderlich. Es wird ein Forschungsprojekt vorgestellt, in dem Angehörigenarbeit in der häuslichen Palliativversorgung in NRW, ausgehend von einem etablierten Hospizdienst, weiterentwickelt wird.

**Ziel:** eine wissenschaftsbasierte und praxistaugliche Intervention zur Unterstützung An-

gehöriger in der häuslichen Palliativversorgung zu entwickeln, zu implementieren und zu evaluieren. Zudem sollen durch die Erfassung der Bedürfnisse (KOMMA) von Angehörigen Aussagen über deren Unterstützungsbedarf getroffen werden.

### Methodisches Design und Vorgangsweise:

Das transdisziplinäre Forschungsprojekt besteht aus mehreren Phasen, in denen Forschung und Praxisentwicklung verschränkt werden. Eine Bestandsaufnahme der Angehörigenarbeit mittels einer Dokumentationsanalyse sowie Fokusgruppen standen am Anfang. Parallel dazu wurde das Assessmentinstrument CSNAT aus UK für den Einsatz im

deutschsprachigen Raum übersetzt und validiert. Aufbauend auf einer Literaturstudie wird derzeit eine evidenzbasierte Intervention entwickelt und pilotiert. Der Fokus liegt dabei auf deren Einsatz durch ehrenamtliche HospizhelferInnen sowie spezialisierte Palliativpflegekräfte. Eine multiperspektivische Evaluation dieser Phase geht der Implementierung bei Angeboten in der häuslichen Palliativversorgung in NRW (Praxispartner) voraus. Das Projekt ist als Kooperation eines Projektträgers, dreier Praxispartner und zweier Wissenschaftspartner angelegt. ■

## P8

# Implementierungsschritte Neonatal Palliative Care (NPC) auf der interdisziplinären pädiatrischen und neonatologischen Intensivstation des Ostschweizer Kinderspitals (St. Gallen)

Susanne Allgäuer, Gudrun Jäger

Interdisziplinäre pädiatrische und neonatologische Intensivstation, Ostschweizer Kinderspital, St. Gallen, Schweiz

**Einleitung:** Das Ostschweizer Kinderspital als Zentrumsspital mit 76 Betten verfügt seit 2007 über ein multiprofessionelles Palliativ- und Ethikteam. Nach 9-jähriger Arbeit im Rahmen des Qualitätszirkels sanaCERT Suis-

se erhielten wir 2016 die Zertifizierung mit der Bewertung D (umfängliche Erfüllung des Standard 25). Damit ist das OKS derzeit das einzige im Bereich Palliative Care zertifizierte Kinderspital der Schweiz. Das Palliativteam

ist im Pädiatrischen Palliative Care Netzwerk Schweiz (PPCNCH) vertreten.

In der Schweiz sterben jährlich 400–500 Kinder im Alter zwischen 0 und 18 Jahren. Im OKS sterben etwa zwanzig Kinder im ▶

**WE  
CARE  
MORE**



Jahr. Die kürzlich publizierte PELICAN-Studie<sup>1</sup> zeigt auf, dass etwa die Hälfte der Kinder bereits im ersten Lebensjahr verstirbt. Ungefähr 40 % aller Todesfälle im Kindesalter ereignen sich in den ersten vier Lebenswochen. Vier von fünf Kindern sterben auf der Intensivstation, bei vier von fünf Kindern, die auf der Intensivstation sterben, wird die Entscheidung getroffen, lebenserhaltende Behandlungen abbrechen. Aus diesem Grund haben wir für die neonatologische Abteilung die Verbesserung der Palliativbetreuung als besonderen Fokus gewählt.

**Ziel:** Ziele sind die konzeptionelle Weiterentwicklung Palliative Care auf der Intensivstation mit dem Schwerpunkt Implementierung NPC, die Planung und Erarbeitung von Leitlinien, Prozessabläufen und Handlungsempfehlungen

sowie die Erstellung von Checklisten und Logarithmen als Orientierungshilfen.

**Methoden/Ergebnisse:** Wir präsentieren drei Patienten, die an schweren, lebensbedrohlichen Erkrankungen leiden: ein Neugeborenes mit Trisomie 18, ein Frühgeborenes der 32. Gestationswoche mit einer großen intrazerebralen Blutung und ein Frühgeborenes mit multiplen Organkomplikationen. Mit diesen Falldarstellungen werden die Schwierigkeiten und Herausforderungen der Palliative Care veranschaulicht. Die Fälle beschreiben, wie wichtig die Zusammenarbeit des Behandlungsteams im Entscheidungsfindungsprozess ist und welche Betreuungsoptionen Eltern und Familie zur Verfügung gestellt werden. Anhand der Beispiele werden auch verschiedene Entscheidungen mit The-

rapieeinschränkung bzw. nicht zur Verfügung stellen einer Therapie aufgezeigt. Alle drei Patienten wurden in einem neonatalen Setting betreut, zwei von ihnen starben im Krankenhaus, eines zuhause.

**Schlussfolgerung:** Lebenslimitierende und lebensbedrohliche Erkrankungen in der Neonatalperiode erfordern gezielte Handlungsempfehlungen und Umsetzungsmaßnahmen sowie Hilfestellung in der Prozessgestaltung der NPC für das multiprofessionelle Behandlungsteam. ■

<sup>1</sup> Bergsträsser E & Cignacco E, Wie Kinder in der Schweiz sterben. Schlüsselergebnisse der PELICAN-Studie. Institut für Pflegewissenschaft Universität Basel, Universitäts-Kinderspital Zürich, PELICAN-Forschungsteam, 2016

## P9

# Musiktherapie auf der Palliativstation – Patientenbedürfnisse und Patiententhemen

**Irmgard Keraudren-Aichberger**

*Palliativstation, Landeskrankenhaus Hohenems, Österreich*

**Einleitung:** Vorliegende Studie versteht sich als Folgestudie einer Pilotstudie „Musiktherapie auf der Palliativstation“, die sich mit verschiedenen Aspekten auf der Palliativstation befasst.<sup>1</sup> Auf zwei davon, nämlich auf Patientenbedürfnisse sowie auf Themen, die in einer musiktherapeutischen Behandlung vom Patienten zur Sprache gebracht werden, wird in vorliegender Studie der Fokus gelegt.

**Methoden:** Erhebungszeitraum: April–Oktober 2016, 4 h/Woche. In dieser Studie konnten Patienten eingeschlossen werden, die sich verbal ausdrücken konnten und hinreichend orientiert waren. Datensammlung erfolgte mittels Beobachtungsbogen.

**Ergebnisse:** Insgesamt fanden im angegebenen Zeitraum 87 Sitzungen mit 47 Patienten statt. Die von den Patienten am häufigsten angesprochenen Themen betrafen ihre aktuelle Befindlichkeit und die momentanen Bedürfnisse. Des Weiteren löste rein schon der Anblick von Instrumenten Gespräche über Musik oder Musiktherapie aus, sei es in Form von Erinnerungen, Erfahrungen und Vorlieben über den persönlichen Musikgeschmack oder Fragen über die angebotene Therapiemethode. Gefühle oder Empfindungen wurden in 16 % der Fälle explizit ausgesprochen und konnten in der Musiktherapie ansatzweise verarbeitet werden. Das Bedürfnis nach Entspannung und Regression sowie das nach Kontakt standen bei 19 % an erster Stelle.

Resonanz auf emotionaler Ebene zu erleben, war für 10 % wichtig. 9 % nutzten die Musiktherapie, um von ihrem Klinikalltag Distanz zu gewinnen und konnten sich aktiv und lebensfroh erleben.

**Schlussfolgerung:** Priorität hat für den Großteil der Patienten das Hier und Jetzt, sprich ihre momentanen Befindlichkeiten und Bedürfnisse. Sehr oft ist Musik schon in Form eines konkreten Instruments ein (gedanklicher) Weg hinaus aus dem Krankenhaus. Gedanken und Gefühle kommen sowohl durch rezeptive als auch aktive Interventionen an die Oberfläche, und Empfindungen können verbalisiert werden. Festgefahrener Gedankenkreise wird durchbrochen – sei es, Erin-

nerungen mitzuteilen und auf vergangenes Leben gemeinsam wertschätzend zurückzuschauen, oder der Blick in die Zukunft und die Auseinandersetzung mit Bevorstehendem. Patienten nutzen Musiktherapie, um Kraft zu schöpfen und Lebensthemen anzusprechen. Der Wunsch nach „palliare“, musikalisch umhüllt und getragen zu werden, steht an oberster Stelle. Musiktherapie beantwortet das basale Bedürfnis, wahrgenommen zu werden,

eröffnet einen Raum für Kommunikation auch auf einer nonverbalen Ebene und gibt die Möglichkeit, Resonanz zu erfahren auf Ausgesprochenes oder Unausgesprochenes. Musik wirkt beziehungsstiftend: einerseits zu einem Gegenüber, verhilft aber auch zu vertieftem Kontakt mit sich selbst. Ein Großteil der Patienten wählt Musiktherapie in Kombination mit Berührung. Halt gibt sowohl das Instrument als auch der Körperkontakt. Musik regt

zu Aktivität und Lebensfreude an und stellt eine willkommene Abwechslung dar, um auch gesunde Anteile zu erleben. Schon eine einzige Sitzung bringt Entwicklung in Gang und kann wirksam sein. ■

<sup>1</sup> Preißler P, Kordovan S, Bokemeyer C, Oechsle K, Musiktherapie auf der Palliativstation, Ergebnisse einer Studie über ein musiktherapeutisches Projekt. Musiktherapeutische Umschau 3/2016, 233–249

## P10

# Palliative Care in Österreich 2016–2017

Anna Maria Dieplinger<sup>1</sup>, Agnes Kaiser<sup>2</sup>, Patrick Mülleider<sup>1</sup>, Firuzan Sari-Kundt<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup> Johannes Kepler Universität, Linz, Österreich

**Background:** In Austria, the process of developing palliative care (PC) for the severely ill and dying patients has been initiated. However, there are problem areas across Austria in PC that need to be considered structurally, organizationally, regionally, financially and legally. The report „Palliative Care in Austria 2016–2017“ provides an overview of the current situation of people in PC from the expert perspective.

A research team headed by Dr. Anna Maria Dieplinger (Paracelsus Medical University, Institute of Nursing Science and Practice, Salzburg) and Mag. Agnes Kaiser (Johannes Kepler University, Institute for Society and Social Policy, Linz) collected and processed scientific data in the period 2016 to 2017.

**Research questions:** -> What are the working conditions of PC personnel in Austria? -> How do palliative care personnel experience their work? -> What are restrictions and re-

sources mentioned by these experts? -> In what areas do the experts see a need for action?

**Methods:** By means of qualitative interviews with experts (n = 42) the study shows a dense description of the current situation. Among the interviewees were 20 nurses, eight physicians, six social workers and eight persons from management. The experts were subdivided into those with direct (n = 28), and those with indirect (n = 14) contact to palliative care patients. The interviewed persons (n = 42 from N = 112) all either had a managerial function or a very good insight into palliative care across Austria.

The seven dimensions of the study include framework, burden (of disease), research, legal framework, spiritual issues, education and training as well as requests for PC. These seven dimensions were then further divided into 22 subdimensions. The interviews were

conducted from May to October 2016 via face-to-face, phone and Skype. After the transcription, the analysis was carried out with MaxQDA in accordance with Mayring's (2003) the technique of content analysis.

**Results:** The results show that in the dimensions assessed, there were both positive features, as well as areas for improvement in the field of PC. While on the one hand, there is a uniform definition and understanding among the PC teams, on the other hand the PC workers are often unclear about the care criteria for PC, particularly in financial and legal areas. Differences in care are reflected in regional offers, the need for more offers and the stipulations of allocation. All experts agree that the psychological burden on PC personnel represents a great challenge. The need for PC is seen in practice-oriented research, socialization in healthcare, vocational training and in public relations. ■

---

## P11

# Das älteste Dokument eines gedruckten Totenscheins der Welt stammt aus Wien

**Stefan Lorenzl**

*Institut für Pflegewissenschaften und Praxis, Salzburg, Österreich*

**Einleitung:** Der Totenschein ist die letzte dokumentarische Handlung des Arztes für einen Patienten. Unser Interesse galt daher den Ursprüngen der Todesbescheinigung. Die Dokumentation des Todes war früher Aufgabe eines Priesters und nur selten des Arztes. Es erfolgte der Eintrag in das kirchliche Sterbebuch. Allerdings wurde es mit zunehmenden Kriegen und Migrationstendenzen seit dem 16. Jahrhundert notwendig, den Tod eines Menschen auch außerhalb seiner Heimatgemeinde zu bezeugen. Die vorliegende Arbeit möchte sich daher mit der Dokumentation des Todes seit dieser Zeit bis in die Gegenwart auseinandersetzen.

**Methoden:** Im Rahmen dieser Untersuchung wurden in den letzten 10 Jahren weltweit Totenscheine und Sterbeurkunden aus verschiedenen Epochen ausgewertet und für ein Ar-

chiv angekauft. Dabei lag der Schwerpunkt auf deutschsprachigen Urkunden.

**Ergebnisse:** Bislang konnten insgesamt 47 historisch bedeutende Totenscheine erworben und ausgewertet werden. Der älteste vorgedruckte Totenschein stammt von 1711 aus dem Schottenstift in Wien. Die meisten Totenscheine stammen aus Deutschland und Österreich, lediglich 2 aus Amerika (von Auswanderern). Bei den frühen Todesscheinen war die manchmal lange Latenz des Ausstellens nach dem Tod (bis zu 23 Jahre danach) und der häufig im Zusammenhang mit militärischen Handlungen erfolgte Tod und die Urkundenausstellung erkennbar. Das gab den Hinweis auf zusätzlich zu den kirchlichen Sterberegistern geführte militärische Sterberegister, von denen 2 Seiten eines Exemplars von 1871 dargestellt werden. Der formalisierte Vordruck aus dem Schottenstift von 1711

ist eine Ausnahme, denn die allein handschriftliche Form der Todesbescheinigung bleibt bis weit in das 19. Jahrhundert die gängige Form. Erst ab dem Ende des 19. Jahrhunderts begegnet uns die formalisierte Form der Sterbeurkunde.

**Schlussfolgerung:** Der Totenschein in schriftlicher Form oder die Eintragung in militärische Sterberegister tritt im 18. Jahrhundert neben dem bislang üblichen Eintrag in das kirchliche Sterberegister auf. Möglicherweise liegen die Ursprünge des Totenscheins, auch des Begriffs, in der schriftlichen Bestätigung des Todes im Rahmen von Kriegshandlungen. Im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts ersetzt die formalisierte Form die vorher frei formulierten Urkunden. In dieser Zeit beginnt der Totenschein auch regelmäßiger von Ärzten ausgestellt und eine Abschrift im Gemeindebuch hinterlegt zu werden. ■

## P12

# Entwicklung eines multidisziplinären Palliative Care Kerncurriculums für die europäische WHO-Region

**Robert Ofner, Jürgen Osterbrink, Christine Knauseder, Katharina Lex, Stefan Lorenzl**

*Institut für Pflegewissenschaften und Praxis, Salzburg, Österreich*

**Einleitung:** Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) benötigt oft Beratung durch Expertinnen und Experten und kooperiert deswegen mit wissenschaftlichen und technischen Partnern, um ihre Mission zu erfüllen. WHO Collaborating Centres (WHO CC) sind Institutionen,

welche bereits seit Jahren zuverlässige Partner der WHO sind und die Organisation dabei unterstützen, ihre Ziele, wie zum Beispiel Health for All oder Primary Health Care, weltweit zu erreichen. WHO CC sind Schlüsselorganisationen mit relevanter Expertise und

nützlichen Ressourcen, welche über die ganze Welt verteilt sind. Sie arbeiten an unterschiedlichsten Schwerpunkten, angefangen von der Datenerhebung über die Entwicklung von Guidelines bis hin zur Organisation von Fachtreffen.

Das Institut für Pflegewissenschaft und -praxis der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität unter der Leitung von Prof. Dr. Dr. h. c. Jürgen Osterbrink hat sich dazu entschlossen, die WHO dabei zu unterstützen, einen multidisziplinären, interprofessionellen Palliative-Care-Lehrplan für alle 53 Mitgliedsländer der europäischen WHO-Region zu erstellen, diesen zu testen und bei der Implementierung in den Mitgliedsländern bis zum Jahr 2020 beratend zur Seite zu stehen.

**Methoden:** Nach der Designation im Jänner 2016 wurden die Terms of Reference (TOR) definiert und eine konkrete Zeitschiene erstellt. Wir begannen mit der Sammlung von Curricula durch a) direkten Kontakt zu Expertinnen und Experten, b) über den International

Council of Nurses (ICN) Board of Directors, c) die Länderverantwortlichen der European Association for Palliative Care (EAPC), d) die BotschafterInnen in Österreich, e) über das Netzwerk der WHO sowie durch die Kanäle der WHO-CC-Kolleginnen und -Kollegen. Im Juni 2016 gab es ein Treffen mit EAPC-Expertinnen und Experten in Dublin, im Herbst 2016 wurde eine EAPC Subtaskforce Education beantragt.

Im März 2017 gibt es eine erste Schreibwerkstatt zur Sichtung und Entwicklung eines Entwurfs, welcher im Mai 2017 den Kolleginnen und Kollegen der EAPC in Madrid auf einem Open Meeting vorgestellt werden wird.

**Ergebnisse:** Bisher haben wir 32 Curricula aus 18 Ländern erhalten. Die Sammlung der

Curricula ist eine zeitaufwändige Arbeit. Der Umfang und Detailgrad variiert stark, von kurzen Modulbeschreibungen bis hin zu 387 Seiten langen Dokumenten. In einigen europäischen Ländern gibt es bis dato keine, und in vielen ausschließlich medizinische Palliative Care Curricula.

**Schlussfolgerung:** Die Palliative Care Curricula in den europäischen Ländern der WHO sind sehr heterogen. Diesen Umstand analysieren wir in diesem Projekt und versuchen, ein Kerncurriculum (Core Curriculum) in Europa zu erstellen, welches für Pflegende, MedizinerInnen und SeelsorgerInnen eine gemeinsame Basis für Palliative Care Education bilden könnte. ■

## P13

# Barrieren des Zugangs zur Palliativversorgung im Krankenhaus – systematisches Review

*Stefan Pitzer, Johannes Bükki, Patrick Mülleder, Jürgen Osterbrink, Stefan Lorenzl  
Institut für Pflegewissenschaften und Praxis, Salzburg, Österreich*

**Einleitung:** Unterschiede in Zugang zu und Art und Weise der Palliativversorgung sind in der Literatur im Allgemeinen mehrfach beschrieben. Eine systematische Aufbereitung von Zugangsbarrieren im Krankenhaus fehlt bisher. Das vorliegende Review widmet sich daher der systematischen Identifikation von Barrieren des Zugangs zur Palliativversorgung im Krankenhaus sowie möglicher settingspezifischer Barrieren und Forschungsbedarfe zum Verständnis von Zugangsmechanismen.

**Methoden:** PubMed, CINAHL, EBM Reviews und PsycINFO wurden nach Literatur ab 2005 durchsucht. Die Suchsyntax bestand aus einer Kombination der drei Hauptbegriffe „palliative care“, „hospital“ und „access“ sowie je-

weiligen Synonymen und inhaltlich verbundenen Begriffen. Zwei unabhängige Personen identifizierten relevante Ergebnisse und legten diese jeweils zur Gegenprobe vor. Die finale Inklusion wurde im vierköpfigen Review-Team diskutiert und entschieden. Inkludierte Studien erfuhren eine zweifache unabhängige Qualitätsbewertung mittels standardisierter Instrumente.

**Ergebnisse:** Die Suche ergab 3.115 Treffer, wobei 184 anhand der in den Abstracts genannten Informationen als potenziell relevant eingestuft wurden. Die Volltextanalyse führte schließlich zu 39 Studien, die den Einschlusskriterien entsprachen. 21 davon hatten ein primär quantitatives Design, 18 ein primär

qualitatives. Die durchschnittliche Qualitätsbewertung lag auf einer Skala von 0 (niedrigste Güte) bis 1 (höchste Güte) bei 0,69, bei einer Spannweite von 0,44 bis 0,90.

**Schlussfolgerung:** Eine erste inhaltliche Synthese zeigt eine Vielzahl diverser und dennoch häufig dokumentierter Barrieren beim Zugang zur Palliativversorgung. Insbesondere die Einstellung der beteiligten Personen zur Palliativversorgung, Schwierigkeiten in der interprofessionellen Kooperation und strukturelle Zwänge werden genannt. Eine detaillierte Analyse wird bis zum Kongress vollzogen sein. ■

## P14

# Effekte ärztlicher Koordination in Vorarlbergs Pflegeheimen

Frederic Fredersdorf<sup>1</sup>, Siegfried Hartmann<sup>2</sup>, Siegfried Marxgut<sup>3</sup>, Gebhard Mathis<sup>4</sup>

<sup>1</sup> FH Vorarlberg, Dornbirn, Österreich

<sup>2</sup> Praxis, Rankweil, Österreich

<sup>3</sup> Landesfeuerwehrverband Vorarlberg, Feldkirch, Österreich

<sup>4</sup> Ordination Innere Medizin, Rankweil, Österreich

**Einleitung:** In finaler Lebensphase werden stationär Betreute häufig mittels Rettungseinsätzen in Spitäler überführt, wenn Pflegeheime keine optimale Palliativversorgung gewährleisten. Da Spitäler keine Hospizarbeit leisten, werden Betroffene anschließend ins Heim rücküberführt. Betroffenen, Angehörigen, Pflege-, Rettungs- und Spitalsystemen entstehen dadurch vermeidbare Belastungen materieller wie immaterieller Art. Eine ärztliche Koordination (ÄKO) in Pflegeheimen soll die Palliativversorgung optimieren und Kosten für Rettungseinsätze reduzieren.

**Methoden:** Zwischen 09/2014 und 08/2015 installierten drei Vorarlberger Pflegeheime eine ÄKO. Diese Versuchsheime sowie drei ähnliche Vergleichsheime ohne ÄKO dokumentierten wöchentlich über ein Jahr die Bevorratung von fünf palliativen Notfallmedikamenten sowie die Anzahl existierender Notfallpläne, Patientenverfügungen, dokumentierter mutmaßlicher Willenserklärungen und richtlinien-

konformer Bedarfsmedikationen. Unterschiede zwischen den Heimen bezüglich Medikamentenbevorratung werden mittels Mann-Whitney-U-Rangkorrelation getestet (Ampullen pro Medikament in Relation zur Anzahl Verstorbener), Unterschiede bezüglich pflegerischer Palliativversorgung mittels Box-Ljung-Zeitreihenanalyse (12 Zeitperioden; Anzahl positiver und negativer Autokorrelationen). Das Österreichische Rote Kreuz übermittelte für den Zeitraum des Pilotprojekts und für das Vorjahr Kennzahlen zur Häufigkeit von Rettungseinsätzen für Versuchs- und Vergleichsheime sowie für vier weitere Vergleichsheime und bezifferte Kosten pro Noteinsatz.

**Ergebnisse:** Versuchsheime realisieren eine signifikant höhere relationale Medikamentenbevorratung als Vergleichsheime (4 erste und 2 zweite Rangplätze und 7 nicht bevorratete Medikamente vs. 1 ersten, 1 zweiten und 2 dritte Rangplätze und 10 nicht bevorratete Medikamente). Versuchsheime weisen hoch-

signifikant mehr positive und weniger negative Autokorrelationen vor als Vergleichsheime (in Summe: 120 : 0 vs. 95 : 5). Während Versuchsheime im Projektjahr Kosten für Rettungseinsätze gegenüber dem Vorjahreszeitraum durchschnittlich um 5.916 Euro reduzierten, steigerten drei Vergleichsheime mit Evaluationsbias diese Kosten durchschnittlich um 3.426 Euro. Drei weitere Vergleichsheime ohne Evaluationsbias steigerten diese Kosten durchschnittlich um 10.739 Euro, ein weiteres Vergleichsheim steigerte sie um 2.555 Euro.

**Schlussfolgerung:** ÄKO im Pflegeheim verbessert die Versorgungsqualität. ÄKO minimiert überflüssige Rettungseinsätze und verringert Volkswirtschaftskosten. Vermutlich dürfte ÄKO damit auch psychosoziale Belastungen der BewohnerInnen, ihrer Angehörigen und der Pflegekräfte verringern und Betreuten eine würdigere letzte Lebensphase ermöglichen. ■

## P15

# Effekte ärztlicher Koordination in Pflegeheimen – Literatursynopse und qualitative Ergebnisse eines Modellprojekts

Frederic Fredersdorf, Sarah Moser

FH Vorarlberg, Dornbirn, Österreich

**Einleitung:** Europäische Projekte berichten immaterielle und materielle Verbesserungen, wenn stationäre Pflegeheime eine ärztliche Koordination (ÄKO) installieren. Der

qualitative Beitrag einer externen Evaluation zu einem Vorarlberger Modellprojekt bestand darin, den State-of-the-Art zur ÄKO mittels Literatursynopse aufzuzeigen, daraus

ein Good-Practice-Modell zu generieren sowie durch Fokusgruppen und themenzentrierte Interviews formatives Feedback zu erheben.



**Methoden:** Die Literaturrecherche in einschlägigen Datenbanken (Psycdex, Medline, PsycInfo, Cinahl, EbscoHost, WMW, procare, Huber-Verlag, Thieme-Verlag) ergab 537 „erste Treffer“ (Abstract-Sichtung). Nach einer Volltext-Bewertung von 50 Beiträgen („zweite Treffer“) gingen 34 relevante Beiträge in die Synopse ein („dritte Treffer“). In zwei digital aufgezeichneten Fokusgruppen diskutierten Projektbeteiligte und Externe Perspektiven der ÄKO. In 16 leitfadengestützten und digital aufgezeichneten Interviews gaben Projektbeteiligte und Externe formative Rückmeldungen zum regionalen ÄKO-Projekt.

**Ergebnisse:** Internationale empirische Daten verweisen auf konstruktive Effekte von ÄKO: optimierte Palliativarbeit und optimierte Koordination zwischen Medizin und Pflege in Pflegeheimen, gestiegene Zufriedenheit von Betreuten und Angehörigen,

Reduktion überflüssiger Rettungsfahrten, Kosteneinsparungen, Qualitäts- und Effizienzgewinne in Heimen. Ein Good-Practice-Modell der ÄKO enthält: Palliativkonzepte und Palliativpflegeplätze in Heimen, vertraglich verpflichtete, bezahlte ÄKO-Mitwirkung, feststehende Betreuungsleistungen, interdisziplinäre Teamarbeit, adäquate zeitnahe medikamentöse Versorgung, Bevorratung von Palliativmedikamenten, palliative Aus- und Weiterbildung in der Pflege, regionale Vernetzung sowie Qualitätsmanagement in Heimen.

Vorarlberger Projektheime bestätigen Optimierungen: bessere Abstimmung zwischen Pflegekräften und Ärzten, positiver Dominoeffekt in der ärztlichen Versorgung, verbesserte medikamentöse Versorgung, verbessertes Dokumentationswesen, verlässlichere Visiten, Entlastung der Pflege, Bewusstseinsbildung bei Angehörigen, ganzheitliche

Betreuung, systematische Umsetzung von Patientenverfügungen und Zunahme ärztlicher Fachkompetenz. Gegenargumente waren: Eine landesweite Übertragbarkeit ist fraglich. Hausärzte könnten ÄKO ablehnen. ÄKO sei nicht finanzierbar. Heime mit guter ärztlicher Versorgung benötigten keine zusätzliche Koordination. ÄKO-Ärzten entstünde zusätzlicher Zeitaufwand. Inkompatible ärztliche Meinungen könnten Konflikte zwischen ÄKO und niedergelassenen Ärzten hervorrufen.

**Schlussfolgerung:** ÄKO im Pflegeheim verbessert die Versorgungsqualität, dies auch im Vorarlberger Modellprojekt. Eine landesweite Übertragbarkeit des Ansatzes wird kontrovers diskutiert, was nachgängige Diskurse zwischen medizinisch-pflegerischen Expertinnen und Experten und gesundheitspolitisch Verantwortlichen erfordert. ■

## P16

# SPICT-basierte Bestandsaufnahme von PalliativpatientInnen in einer allgemeinmedizinischen Praxis

Vera Glüsenkamp<sup>1</sup>, Guntram Hinteregger<sup>1</sup>, Gebhard Mathis<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Praxis für Allgemeinmedizin, Alberschwende, Österreich

<sup>2</sup> Praxis für Innere Medizin, Rankweil, Österreich

**Einleitung:** SPICT (Supportive and Palliative Care Indicators Tool) ist ein klinischer Leitfaden, mit welchem anhand von validierten Indikatoren PatientInnen rasch „gescreent“ werden können, ob diese Palliative Care benötigen. Ziel dieser Untersuchung ist, anhand des SPICT-Leitfadens zu prüfen, wie viele und welche PatientInnen in einer allgemeinmedizinischen Praxis als PalliativpatientInnen zu sehen sind und ob diese in das Spital eingewiesen werden.

**Methoden:** Erhebung von Alter, Geschlecht, Hauptdiagnose, Nebendiagnosen, Symptomen, Prozedere (Spitalseinweisung oder zu

Hause) und Zusatzkonsultationen, wenn mindestens 2 allgemeine Indikatoren und ein klinischer Indikator von SPICT erfüllt sind sowie ein belastendes Symptom vorliegt. Drei Teilbereiche wurden in einem Zeitraum von 2 Monaten unabhängig voneinander untersucht: Ordination, Hausbesuch und Pflegeheimvisite. Feststellung anhand Erhebungsblatt und Auswertung mittels Excel.

**Ergebnisse:** Es wurden insgesamt in allen 3 Gruppen 1.318 PatientInnenakten untersucht. Davon konnten 71 PatientInnen (5,38 %) auf SPICT basierend in die Untersuchung eingeschlossen werden. Die erste Gruppe im Rah-

men der Ordination umfasste mit Abstand die größte PatientInnenanzahl mit 1.240 Personen und davon 37 (2,98 %) Palliativbedürftigen. Hausbesuche erfolgten insgesamt 16 mit 11 (68,75 %) Einschließungen in die Erhebung. Während der Pflegeheimvisiten wurden 62 PatientInnen visitiert, wobei 23 (37,10 %) in die Analyse inkludiert wurden. Das Mindestalter lag bei 26 (Hausvisite), das Höchstalter bei 97 (Ordination) Jahren. Der Altersdurchschnitt betrug ca. 80,5 Jahre. Bezüglich der Hauptdiagnosen waren Herz- und Gefäßerkrankungen (35,2 %) mit Abstand führend, gefolgt von neurologischen Erkrankungen (26,7 %) und Demenz (22,5 %). An ►

vierter Stelle waren onkologische (7 %) und Nierenerkrankungen (7 %). In der Gesamtbeurteilung ist das Symptom Schmerz (27 %) an erster Stelle, gefolgt von Infekt (13 %), dermatologischen (11 %) und neuropsychiatrischen Problemen (11 %). An nächster Position waren Verdauungsstörungen (10 %), Dyspnoe (8 %), Nausea/Emesis (6 %) und psychosoziale Probleme (6 %). Weiterhin wurde in der Erhebung untersucht, wie die Weiterversorgung nach jeweiliger Konsultation erfolgte,

entweder ambulant zu Hause/im Heim oder der Transfer ins Spital. Es zeigt sich, dass in allen drei Gruppen die Mehrzahl der PatientInnen ambulant weiterversorgt werden konnte. In Gesamtbetrachtung wurden 84,51 % im niedergelassenen Bereich versorgt und 15,49 % ins Spital transferiert. Mit Einbeziehung der additiven Behandlungen der PatientInnen konnten 92,67 % ambulant weiterversorgt werden, und 7,33 % benötigten eine Hospitalisierung.

**Schlussfolgerung:** Die Untersuchung zeigt, dass die meisten PalliativpatientInnen hausärztlich versorgt werden können. Schlüssel zu einer adäquaten End-of-Life-Behandlung ist jedoch die frühzeitige Identifikation von Bedarf an Palliative Care, wobei SPICT hilfreich sein kann. Die strukturellen Voraussetzungen für eine adäquate ambulante Palliativversorgung sollten weiter entwickelt werden. ■

## P17

# Palliativmedizin im hausärztlichen Umfeld

Hannes Künz<sup>1</sup>, Rahel Büttler<sup>2</sup>, Otto Gehmacher<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Arzt für Allgemeinmedizin, Bregenz, Österreich

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

**Einleitung:** Die Arbeit zielt einerseits darauf ab, zu erheben, wie häufig und in welcher Form Menschen in ihrem unmittelbaren Umfeld mit der Pflege und Betreuung von unheilbar Kranken zu tun haben/hatten und wie die Verarbeitung des Verlustes Nahestehender bewältigt wurde. Darauf aufbauend wird versucht, Hilfestellungen für den Arzt hinsichtlich Kommunikation, Präsenz und Unterstützung der Angehörigen und Hinterbliebenen, insbesondere im hausärztlichen Setting, zu erarbeiten.

**Methoden:** Ein Fragebogen wurde spezifisch für diese Untersuchung erstellt und für alle Patienten im Wartezimmer einer allgemeinmedizinischen Praxis in Bregenz aufgelegt. Anhand von 16 Fragen wurden Daten zu persönlichen Erfahrungen von Angehörigen im Umgang mit Sterben und dem Tod, Trauerbewältigung und Verarbeitungsstrategien sowie Vorstellungen und Ansprüchen hinsichtlich der Rolle des Hausarztes erhoben. Der Befragungszeitraum erstreckte sich von Mitte Juli 2016 bis Ende September 2016. Insgesamt wurden 30 Fragebögen ausgefüllt. Das Durchschnittsalter der Teilnehmer lag bei 53,14 Jahren (20 Jahre bis 76 Jahre).

**Ergebnisse:** In Vorarlberg versterben rund 45 % der Menschen zu Hause, gefolgt von Krankenhaus (40 %) und Pflegeheimen (17 %). Drei Viertel der Befragten waren täglich oder zumindest gelegentlich in die Pflege der Sterbenden involviert. Diese Einbindung in die Pflege am Lebensende sowie die Möglichkeit der Verabschiedung direkt am Totenbett bewerteten 75 % der Befragten als positiv. Die Kommunikation sowie Beistand und Unterstützung durch Familie und Freunde spielte bei der Trauerbewältigung eine zentrale Rolle. An zweiter Stelle der Strategien zur Trauerbewältigung wurde „Religion, Glaube und Spiritualität“ sowie „die Zeit“ genannt.

Eine engmaschige Betreuung der Patienten durch den Hausarzt fand bei knapp 50 % der Befragten statt. 70 % hielten diesen in der palliativen Betreuung für sehr wichtig, 20 % zumindest für wichtig. Regelmäßige Hausbesuche sowie telefonische Erreichbarkeit waren für die Befragten die weitaus wichtigsten Ansprüche an den Arzt. Nach dem Ableben der/des Angehörigen wünscht sich ein Großteil der Befragten Aufklärung und Information über den Tod und die Todesumstände des Patienten. Nur gut ein Drittel der Befragten wünschten sich Beileidsbekundungen durch

den Hausarzt. Hinsichtlich der Kompetenz in der Symptomkontrolle und Schmerzbehandlung hielten mehr als drei Viertel der Befragten den Hausarzt für sehr bis ausreichend kompetent.

**Schlussfolgerung:** Da im Laufe des Lebens jeder Mensch unweigerlich mit dem Tod konfrontiert ist/wird, benötigt der Hausarzt nicht nur in der Begleitung der/des Sterbenden, sondern auch im Umgang und der Betreuung der Angehörigen große Kompetenz. Neben einer guten, fachlichen Ausbildung und Kompetenz hinsichtlich Palliative Care sind des weiteren Einfühlungsvermögen, Empathie, gute Gesprächskompetenz und ärztlicher Beistand sowohl für die/den Kranke/n als auch für deren Angehörige/n von großer Wichtigkeit. Zudem erfahren Trauernde Unterstützung und Trost vor allem durch funktionierende Familiensysteme, Freundschaften, Kommunikation, aber auch Glaube und Spiritualität. Die Erhebung gibt einen Überblick über die Situation Sterbender und deren Angehörige in Vorarlberg. Zudem werden wichtige Informationen für den Hausarzt hinsichtlich der Wünsche und Bedürfnisse Angehöriger aufgezeigt. ■

# 5. Interdisziplinärer Fachtag **Palliative Care**

Interdisziplinäre Fortbildung  
**10. November 2017 | Wien**



## **A Mensch möcht i bleibn**

### **Kongressbüro**

**BE Perfect Eagle GmbH**

Bonygasse 42, A-1120 Wien

T +43-1-532 27 58, F +43-1-533 25 87

office@be-perfect-eagle.com

www.be-perfect-eagle.com

### **Veranstalter**

**OPG**

Österreichische  
PalliativGesellschaft

---

## P19

# Telemedical Care for palliative patients with neurodegenerative disorders

Christiane Weck<sup>1</sup>, Stefan Lorenz<sup>1, 2, 3</sup>

<sup>1</sup> Neurologie, Krankenhaus Agatharied, Hausham, Deutschland

<sup>2</sup> Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Salzburg, Österreich

<sup>3</sup> Ludwig-Maximilians-Universität, München, Deutschland

**Background:** Neurodegenerative diseases are a heterogeneous group of disorders such as Parkinson's and Alzheimer's Disease. In the absence of causal therapy there is a strong need for palliative care due to the high symptom burden during the progression of the disease. Patients suffer from severe immobility and restriction of communication. Patients require extensive care, and communication is rendered difficult due to patients' challenges in speaking comprehensibly. Our own findings show that relatives acting as caregivers are most experienced in understanding patients' needs. In order to achieve the highest quality of life for such patients, a palliative outpatient setting is required. In Germany, special ambulant palliative care (SAPV) teams can

only serve a small number of neurological patients due to the fact that expertise in this field is often lacking.

**Aim:** To create telemedical neuropalliative support which is accessible for SAPV teams.

**Methods:** We conduct a prospective single arm pilot trial to establish a telemedical system for the SAPV teams by arranging the opportunity of video conferences with a neurological expert. Ten selected SAPV teams get equipped with a mobile telesystem. In any time the opportunity is given to ask an expert in neuropalliative care at the specialized center (24/7). A mixed methods design is chosen to address the following questions:

- A quantitative analysis to assess the feasibility of the system and to evaluate the impact of advanced neurological supervision.
- A qualitative assessment using in depth interviews and questionnaires to identify further needs of patients/caregivers and the SAPV teams

**Conclusion:** We believe that this system prevents hospitalization and enhances the quality of life for palliative patients with neurodegenerative disorders. (This project is funded by the Bavarian State Research Foundation). ■

## P20

# Lernerfolgsevaluation des Palliativlehrgangs für Ärztinnen und Ärzte der Österreichischen Palliativgesellschaft anhand des palliativen Kompetenztests für Ärztinnen und Ärzte

Veronika Mosich<sup>1</sup>, Georg Wolf<sup>1</sup>, Franz Zdrahal<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Barmherzige-Brüder-Krankenhaus Wien, Österreich

<sup>2</sup> Österreichische Palliativgesellschaft, Wien, Österreich

**Einleitung:** Die Österreichische Palliativgesellschaft (OPG) hält jährlich einen Palliativlehrgang für Ärztinnen und Ärzte im Umfang von 78 Unterrichtseinheiten ab. Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung sollen darin geför-

dert werden, ausreichend gut für Menschen mit lebensbedrohlichen Erkrankungen und ihre Angehörigen sorgen zu können und auch rechtzeitig den Bedarf an spezialisierter Palliativversorgung zu erkennen. Ein Großteil der

Lehrveranstaltungen wird in Vortragsform präsentiert. Kleingruppenunterricht findet nach dem Konzept des Team-based Learning wie auch bei Kommunikationstrainings mit SchauspielpatientInnen statt. Der letzte Lehr-

gang 2016/17 wurde von 29 TeilnehmerInnen besucht. Bisher wurde die Evaluation des Lehrgangs durch Zufriedenheitsfragebögen vorgenommen. Im Sinne der Qualitätssicherung sollte nun zusätzlich eine Evaluation des Lehrgangs bezüglich des Lernerfolgs sowie der Entwicklung der Selbstwirksamkeitserwartung als Hinweis für die Auswirkung auf das Handeln erfolgen.

**Methoden:** Der Lernerfolg der Teilnehmenden wurde überprüft, indem der Palliative-Kompetenztest für Ärztinnen und Ärzte (PKT) zu Beginn und am Ende des Lehrgangs abgefragt und die Gruppenergebnisse verglichen wurden. Es wurde die Anzahl der richtig be-

antworteten Wissensfragen bestimmt. Bzgl. der Selbstwirksamkeitserwartung gaben die Teilnehmenden ihre Selbsteinschätzung bezüglich palliativer Teilkompetenzen auf einer 6-teiligen Likert-Skala an, wobei ein Wert von 1 höchster Kompetenz entspricht.

**Ergebnisse:** Der Rücklauf des PKT lag zu Beginn bei 97 %, beim Abschluss des Lehrgangs bei 100 % der jeweils anwesenden Personen. Die Wissensfragen des PKT wurden anfangs zu 61 % (min. 38 % bis max. 81 %) korrekt beantwortet und zu Ende des Lehrgangs zu 70 % (min. 42 % bis max. 85 %) Dies entspricht einem Lernerfolg von 14 %. Die spezifisch palliative Selbstwirksamkeitserwartung

verbesserte sich über den Verlauf des Kurses von 3,3 (5,6 bis 1,7) auf 2,3 (4,8 bis 1,3) entsprechend einem Lernerfolg von 48 %.

**Schlussfolgerung:** Sowohl Palliativwissen wie auch spezifisch palliative Selbstwirksamkeitserwartung der Teilnehmenden des Ärztelehrgangs der OPG für Palliativmedizin zeigten über den Verlauf des Lehrgangs eine Verbesserung. Durch die Identifikation der Themen mit der geringsten Steigerung an korrekten Antworten kann nun gezielt an der Intensivierung des Unterrichts zu diesen Themen gearbeitet werden. ■

## P21

# Unwillkürliche Bewegungen bei Palliativpatienten – Differenzialdiagnosen und Behandlungsmöglichkeiten

**Stefan Lorenzl**

*Institut für Pflegewissenschaften und Praxis, Salzburg, Österreich*

**Einleitung:** Patienten in der Palliativbetreuung zeigen gelegentlich unwillkürliche Bewegungen. Die häufigsten unwillkürlichen Bewegungen sind Myoklonien, die durch Opioidüberdosierung ausgelöst sind. Darüber hinaus gibt es jedoch eine Vielzahl weiterer Ursachen für Überbewegungen oder Myoklonien. Die Differenzialdiagnose ist wichtig, da sich Behandlungsmöglichkeiten danach richten.

**Methoden:** Wir berichten über dokumentierte unwillkürliche Bewegungen von Patienten in unserer Palliativbetreuung im Zeitraum von 2006 bis 2016.

**Ergebnisse:** Die häufigste Ursache für Myoklonien war eine Opioidüberdosierung oder

Niereninsuffizienz („twitch-convulsive syndrome“). Es wurden auch Myoklonien bei spinalen, zervikalen Läsionen gesehen und bei progredienter Muskelschwäche. Bei einem Patienten haben wir ein „painful legs and moving toes syndrome“ als Folge eines illiakalen Abszesses diagnostiziert. Myoklonien können ganze Extremitäten betreffen, können sich aber auch so subtil manifestieren wie das Zucken eines Mundwinkels. Myoklone Augenbewegungsstörungen wie der epileptische Nystagmus treten häufig bei geschlossenen Augen auf und können nur bei genauer Untersuchung identifiziert werden. Häufig treten Myoklonien im Kopf-Hals-Bereich auf (Schluckauf, Kinntremor, palataler Tremor). Physiologisch sind dagegen Einschlafmyoklonien, die keinen Krankheitswert besitzen. Sel-

ten können Myoklonien schmerzhaft sein. Einige Myoklonien treten erst in den letzten 24–48 Stunden auf (palataler Tremor, Kinntremor). Isolierte positive Myoklonien der Hände zeigten sich häufig bei einer Nierenschädigung (ebenso Myoklonien ganzer Extremitäten).

Meist sind die Angehörigen bei Auftreten von Myoklonien sehr besorgt. Vor der symptomatischen Therapie sollten medikamentöse und metabolische Faktoren als Auslöser ausgeschlossen werden. Eine therapeutische Notwendigkeit von Myoklonien besteht grundsätzlich beim Schluckauf beim wachen Patienten, bei Einschränkung der Extremitätenfunktion und bei schmerzhaften Myoklonien. ■

---

## P22

# Die Salzburger Palliativgespräche als Kommunikationsplattform für Themen in der Palliative Care

**Stefan Lorenzl, Katharina Lex, Jürgen Osterbrink, Christine Knauseder**  
Institut für Pflegewissenschaften und Praxis, Salzburg, Österreich

**Einleitung:** Die Stiftungsprofessur für Palliative Care an der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Salzburg bietet seit November 2016 etwa dreimal jährlich die „Salzburger Palliativgespräche“ an. Grundgedanke ist hierbei, dass die Bevölkerung, aber auch Experten aus medizinischen Berufen der Stadt und dem Land Salzburg, zu einer öffentlichen Podiumsdiskussion zu Themen „rund ums Sterben“ oder „Sterben in Würde“ eingeladen wird. Bezüge zur Armutsforschung, Ethik, Sozial- und Rechtswissenschaften sowie Kultur stellen die Organisatoren bewusst her. Die Diskutanten sind Experten, die lokal (etwa aus dem kooperierenden Universitätsklinikum) oder regional (Mitarbeiter der lokalen „Hospizszene“) eingebunden und bereit sind, nach einem kurzen Statement mit den Kollegen und insbesondere mit dem Publikum in den inhaltlichen Austausch zu treten.

**Methoden:** Die Planung der Themen für die Palliativgespräche erfolgt interdisziplinär, und es werden Referenten aus dem In- und Ausland eingeladen, die als Diskutanten auf dem Podium sitzen. Die Teilnahme erfolgt bei freiem Eintritt. Nach einem Impulsreferat beginnt die Diskussion unter Einbeziehung des Publikums.

**Ergebnisse:** Die Veranstaltungen finden bis jetzt vor Ort, also an der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität statt. Das Anliegen der Veranstalter ist, neben der pflegerischen, medizinischen, ethisch/philosophischen Sichtweise, insbesondere die Perspektiven der Betroffenen selbst beziehungsweise ihrer Angehörigen darzustellen. Themen, die bis jetzt im Rahmen der Palliativgespräche im Fokus standen, waren *„Komm, sanfter Tod ...! – Gibt es Grenzen zwischen*

*palliativer Sedierung und assistiertem Suizid?“* und *„Der letzte Atemzug ...! – Atemnot am Lebensende“*. Die nächste Veranstaltung am 28. Juni 2017 wird sich mit unterschiedlichen Sterbe- und Bestattungsriten der verschiedenen Religionen auseinandersetzen. Die bisherigen Veranstaltungen waren mit knapp 200 und über 130 Gästen aus ganz Österreich sowie Deutschland gut besucht und zeigen das große Interesse an den gewählten Themen.

**Schlussfolgerung:** Das bislang ungewöhnliche Format der Palliativgespräche ermöglicht eine offene Diskussion zu Themen aus der Palliative Care und könnte ein Beitrag sein, vermeintliche Tabuthemen in die Öffentlichkeit zu bringen. Wir ermutigen dazu, diese Gespräche an mehreren Standorten in Österreich zu implementieren. ■

## P23

# Morbus Parkinson als Paradigma für die palliativmedizinische Versorgung von Menschen mit neurologischen Erkrankungen

**Stefan Lorenzl, Janine Rabe, Jürgen Osterbrink, Katharina Lex**  
Institut für Pflegewissenschaften und Praxis, Salzburg, Österreich

**Einleitung:** Nach der Diagnose haben Patienten mit M. Parkinson eine Lebenserwartung von im Mittel etwa 15 Jahren. Im Verlauf der Erkrankung mit häufig nachlassender Wirksamkeit der Medikamente steigt die Symptomlast, wodurch sich für Patienten und Familien die psychosozialen und medizini-

sehen Herausforderungen vergrößern. Aus der Literatur ist bekannt, dass gerade diese Patienten und deren Familien erhebliche Palliative-Care-Bedarfe haben, diese aber selten von lokalen Versorgungsstrukturen kompensiert werden. Daher ist es Ziel dieser Studie, die Palliative-

Care-Bedürfnisse von Patienten und Angehörigen mit einem weit fortgeschrittenen Stadium des M. Parkinson (Hoehn & Yahr  $\geq 3$ ), die in Salzburg bzw. im Salzburger Land entweder in Altenpflegeheimen oder zu Hause durch ihre Familien gepflegt werden, zu untersuchen. Ein weiterer Fokus der Studie liegt auf

der Frage, wie pflegende Angehörige aber auch professionelle Gesundheits- und Krankenpflegende diese Pflegesituationen erleben.

**Methoden:** Insgesamt erwarten wir aufgrund demografischer Berechnungen, dass etwa 50 Patienten und deren Familien teilnehmen werden. Ein Mixed-Methods-Design ist geplant: Es werden Scores erhoben und validierte Assessmentinstrumente eingesetzt, um das Stadium der Erkrankung umfassend klinisch einschätzen zu können. Die Datenanalyse erfolgt mit SPSS. Zusätzlich werden Patienten und Angehörige leitfadengestützt dazu interviewt, wie sie die Krankheit und die Pflegesituation erleben. Die Codierung der transkribierten Interviews erfolgt mit MAXQDA, anschließend ist eine

inhaltsanalytische Auswertung nach Mayring geplant.

**Ergebnisse:** Vor allem über Telefonkontakte zu unterschiedlichen Altenheimträgern, einer Selbsthilfegruppe und dem kooperierenden Universitätsklinikum konnten etliche Bewohner von Altenheimen und deren Familien für eine Studienteilnahme rekrutiert werden. Wir haben bislang in zwei Pflegeheimen unsere Untersuchung durchgeführt. Ein Zwischenergebnis ist, dass die Rate derjenigen Bewohner, die zum Teil vor mehreren Jahren eine Parkinson-Erkrankung diagnostiziert bekommen hatten, häufig keinen verifizierbaren M. Parkinson haben (in einer Einrichtung 3 von 5, in einer zweiten 1 von 1). Die verbleibenden Bewohner haben eine hohe Symptomlast und waren überwiegend bettlägerig. Auffallend

sind die kognitiven Einschränkungen, die die Untersuchung erschweren. Entgegen der im Vorfeld geäußerten Ängste, haben die Bewohner, die bis jetzt an der Studie teilgenommen haben, ihre Teilnahme als eine positive Unterbrechung ihres Heimalltages und nicht als Zumutung erlebt.

**Schlussfolgerung:** Dies ist die erste wissenschaftliche Untersuchung zur Situation von Menschen, die an einem weit fortgeschrittenen Stadium von M. Parkinson in Österreich leiden. Empirisch fundierte Rückschlüsse zur besseren Versorgung dieser marginalisierten Patienten werden nach Abschluss der Studie möglich sein. Diese Population kann als Paradigma für die palliativmedizinische Versorgung von Menschen mit neurologischen Erkrankungen gesehen werden. ■

## P24

# Die Versorgung von neurologischen Patienten in der Palliative Care – eine prospektive Untersuchung über ein Jahr in Österreich

*Christine Knauseder, Jürgen Osterbrink, Katharina Lex, Stefan Lorenzl  
Institut für Pflegewissenschaften und Praxis, Salzburg, Österreich*

**Einleitung:** Die Zahl der Menschen mit neurologischen Erkrankungen, die eine Versorgung in Palliative Care erhalten, ist weltweit gering. Dies steht im Gegensatz zu den relativ kurzen Krankheitsverläufen und der hohen Symptomlast, die diese Menschen erleben. Zudem sind die Belastungen der Angehörigen hoch, da oftmals versucht wird, die Pflege so lange als möglich zu Hause zu erfüllen. Da es für die meisten Länder in Europa keine genauen Zahlen von Menschen mit neurologischen Erkrankungen gibt, die in der Palliative Care versorgt werden, haben wir versucht, in Österreich in einem ersten Pilotprojekt verwertbare Zahlen zu erhalten.

**Methoden:** Wir haben im April 2016 begonnen, an die verschiedenen Einrichtungen in Österreich E-Mails im Abstand von einem

Monat zu versenden. In den E-Mails war eine Eingabemaske enthalten, die es ermöglichen sollte, ohne größeren Aufwand Angaben zu den Menschen mit neurologischen Erkrankungen zu machen, die betreut werden. Folgende Einrichtungen wurden kontaktiert: stationäre Hospize, mobile Hospizdienste, Palliative-Care-Stationen, Palliativkonsiliardienste, mobile Palliative-Care-Dienste, Tageshospize. Es wurde abgefragt, ob Menschen mit folgenden Erkrankungen betreut wurden: Hirntumore, Demenz, M. Parkinson/Bewegungsstörungen, amyotrophe Lateralsklerose/Muskelerkrankungen, multiple Sklerose, Schlaganfall, Myasthenia gravis, Wachkoma, sonstige Erkrankungen.

**Ergebnisse:** Insgesamt haben wir von 85 Teams aus ganz Österreich Rückmeldungen

erhalten. Nicht alle Teams waren von Anfang an bei der Auswertung dabei, und 2 Teams sind während der Studienlaufzeit ausgeschieden. In den angegebenen Kategorien wurde am häufigsten die Rubrik „sonstige Erkrankungen“ angekreuzt, gefolgt von „Demenz“ und „Hirntumore“. Die anderen neurologischen Erkrankungen werden eher selten betreut. Die endgültige Auswertung wird auf dem Kongress präsentiert werden.

**Schlussfolgerung:** Wir sind dankbar für die Resonanz, die dieses Projekt erhalten hat und hoffen, mit den vorhandenen Daten und deren Auswertung einen Beitrag zur besseren Versorgung von Menschen mit neurologischen Erkrankungen in der Palliative Care leisten zu können. ■

## P25

# Perioperative anästhesiologische Betreuung von PalliativpatientInnen

Brigitte Schluderbacher<sup>1</sup>, Monika Baer<sup>1</sup>, Gebhard Mathis<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Anästhesie LKH Bregenz, Österreich

<sup>2</sup> Praxis für Innere Medizin, Rankweil, Österreich

**Einleitung:** Aus demografischen Zahlen ist bekannt, dass immer ältere und multimorbide PatientInnen operativ versorgt werden (müssen). Im Akutbereich ist eine Palliativpatientin/ein Palliativpatient für die behandelnden AnästhesistInnen nicht immer auf den ersten Blick erkennbar, zumal wir die PatientInnen meist nur kurzfristig kennenlernen und betreuen.

Das in der Anästhesie übliche Kriterium zur Einschätzung des präoperativen Zustandes der Patientin/des Patienten ist die ASA-Klassifizierung (American Society of Anesthesiologists). In der Palliativmedizin finden zur Abschätzung von PatientInnen mit chronischen Erkrankungen im klinischen Alltag die SPICT-(Supportive and-Palliative-Care-Indicators-Tool)-Kriterien immer häufiger Anwendung.

Ziel dieser Arbeit ist ein Vergleich dieser beiden Instrumente für die anästhesiologische PatientInnenbeurteilung.

**Methoden:** Es handelt sich um eine retrospektive Auswertung von PatientInnendaten, bei denen von Jänner bis März 2016 eine Anästhesie (Allgemein- bzw. Regionalanästhesie) durchgeführt wurde. Alle PatientInnen werden anhand der ASA-Kriterien klassifiziert. Die Untergruppe der über 75-Jährigen wird zusätzlich anhand der organspezifischen SPICT-Kriterien (klinische Indikatoren für eine fortgeschrittene Er-

krankung) und der operativen Fächer (Chirurgie, Unfallchirurgie, Urologie, Gynäkologie) aufgeschlüsselt.

**Ergebnisse:** Es wurden insgesamt 1.706 Anästhesien durchgeführt. Der überwiegende Anteil der betreuten PatientInnen entfällt auf ASA-1- und -2-PatientInnen (1.418, 83 %; definitionsgemäß gesunde PatientInnen, mit einer leichten Allgemeinerkrankung, ohne Einschränkung ihrer Leistungsfähigkeit). Eine Aufgliederung anhand der organspezifischen SPICT-Kriterien fand in dieser Gruppe nicht statt. 284 (16 %) PatientInnen konnten den ASA-Gruppen 3 und 4 zugeordnet werden. ASA-3- und -4-PatientInnen leiden an einer schweren Allgemeinerkrankung, die mit einer deutlichen Einschränkung der Leistungsfähigkeit bzw. mit einer ständigen Lebensbedrohung einhergeht. Der Rest (1 %) waren ASA-5-PatientInnen oder konnten keiner ASA-Klasse zugeordnet werden.

Vergleicht man die über 75-Jährigen mit den unter 75-Jährigen, wird deutlich, dass die ASA-3- und -4-PatientInnen überwiegen, was die alterskorrelierende Multimorbidität widerspiegelt. Zu den klinischen Indikatoren einer fortgeschrittenen Erkrankung (organspezifischen SPICT-Kriterien) zählen Krebserkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Nierenerkrankungen, Demenz/Gebrechlichkeit, neurologische Erkrankungen, Atemwegserkrankungen und Lebererkrankungen. Ein

beachtlicher Teil der PatientInnen hatte eine onkologische Grunderkrankung. Dies stellte oft die Operationsindikation dar. Die Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind die häufigste Nebendiagnose. Ausnahme waren die akut verunfallten PatientInnen. Grund dafür war die Tatsache, dass Sturzereignisse als eigenes SPICT-Kriterium aufgelistet sind. Die größte Gruppe an Vorerkrankungen fand sich bei diesen PatientInnen daher im Bereich Demenz/Neurologie.

**Schlussfolgerung:** Mit den ASA- und SPICT-Kriterien werden jeweils die Leistungsfähigkeit und die Organdysfunktionen beurteilt. Beide Instrumente kommen zu ähnlichen PatientInneneinschätzungen. Ein direkter Vergleich ist aber schwer möglich. Die meisten Gemeinsamkeiten finden sich bei ASA-3–5-PatientInnen. Daher ist der Schluss zulässig, dass es sich bei diesen PatientInnen um PalliativpatientInnen handelt und der palliativmedizinische Ansatz in der Weiterbetreuung berücksichtigt werden sollte.

Mit der ASA-Klassifikation kann in der Anästhesie der präoperative Status der Patientin/des Patienten gut eingeschätzt werden. Hinzu kommt der prognostische Stellenwert bezüglich der perioperativen Morbidität und Letalität. Die SPICT-Kriterien liefern keine zusätzlichen Aspekte in der PatientInnenbeurteilung und sind im Anästhesiebereich nicht hilfreich. ■

**IMPRESSUM: Medieninhaber:** MedMedia Verlag und Mediaservice GmbH, Seidengasse 9/Top 1.1, 1070 Wien, Österreich, Tel.: +43/(0)1/407 31 11-0, E-Mail: office@medmedia.at. **Lektorat:** www.onlinelektorat.at, 1010 Wien. **Print:** Donau Forum Druck Ges.m.b.H., Wien. **Hinweis:** Personen-, Funktions- und Berufsbezeichnungen sind zur besseren Lesbarkeit nur in einer Form angegeben; sie beziehen sich immer auf beide Geschlechter. Angaben über Dosierungen, Applikationsformen und Indikationen von pharmazeutischen Spezialitäten sind vor der Anwendung auf ihre Richtigkeit zu überprüfen. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme gespeichert, verarbeitet, vervielfältigt, verwertet oder verbreitet werden.



## P26

„Wir müssen immer lernen, zuletzt auch noch sterben lernen“ (Marie von Ebner-Eschenbach)

## Vorstellung des „Salzburger Geriatrie Best Supportive Care Assessments“ (SALSA)

**Brigitte J. Mayr-Pirker, Bernhard Iglseder**

*Universitätsklinik für Geriatrie, Christian-Doppler-Klinik, Paracelsus Medizinische Universität Salzburg, Österreich*

**Einleitung:** Jeder Mensch stirbt seinen eigenen Tod. Im Sterben endet der unverwechselbare persönliche Lebensweg eines Menschen. Es gibt kein Durchlaufen von Sterbephasen in einer bestimmten Reihenfolge, vielmehr ist der Sterbeprozess des Menschen sehr individuell und abhängig unter anderem von der Persönlichkeit, der Biografie und dem soziokulturellen Umfeld. Der Vorgang des Sterbens kann zwar in seiner Komplexität nicht gänzlich erfasst werden, dennoch bedarf es gewisser Inst-

umente, um Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige während dieser Zeit zu begleiten. Eine spezielle Herausforderung und Gratwanderung zwischen Leben erhalten und Sterben zulassen stellt dabei die Begleitung von geriatrischen Patientinnen und Patienten im Akutkrankenhaus dar.

**Methoden/Ergebnisse:** In Anlehnung an den LCP (Liverpool Care Pathway) haben wir ein „Salzburger Geriatrie Best Supportive

Care Assessment“ (kurz SALSA) entwickelt, das helfen soll, im Krankenhaus stationär aufgenommene Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige im Sterbeprozess bestmöglich zu begleiten.

Wir möchten die Phase der Entwicklung, der Umsetzung, die damit verbundenen Schwierigkeiten und Herausforderungen vorstellen und auf die Notwendigkeit eines strukturierten Vorgehens in der Betreuung sterbender Patientinnen und Patienten speziell im Akutkrankenhaus hinweisen. ■

## P27

## Der Einsatz von Ultraschall im mobilen Palliativteam

**Christoph Ausserer, Otto Gehmacher, Bernhard Schwärzler**

*LKH Hohenems, mobiles Palliativteam, Hohenems, Österreich*

**Einleitung:** Die Mehrzahl, der vom mobilen Palliativteam betreuten Patienten, befindet sich in der Terminal- bzw. Palliativphase ihres Lebens (Lebenserwartung Tage bis wenige Monate). In dieser Phase steht vor allem eine gute Symptomkontrolle an oberster Stelle. Mit dem mobilen Ultraschallgerät steht dem Palliativmediziner ein gutes diagnostisches Mittel zur Verfügung, der Symptomursache – meist Atemnot, Schmerz oder abdominelle Probleme – auf den Grund zu gehen. Neben der exakten Diagnosestellung ist dies auch Grundvoraussetzung, um Therapien wie Aszites- oder Pleurapunktionen zu Hause durchführen zu können. Hierdurch bleibt den Pati-

enten der oft beschwerliche Weg ins Krankenhaus erspart.

**Methoden:** Von Jänner 2016 bis inklusive Jänner 2017 wurde eine prospektive Beobachtungsstudie durch das mobile Palliativteam Hohenems durchgeführt. Hierbei wurde der mobile Ultraschall hinsichtlich Indikation, Befund, therapeutischer Konsequenz und ggf. auftretenden Komplikationen untersucht. In den 13 Monaten wurde der mobile Ultraschall (V-Scan) bei 110 Patienten angewandt.

**Ergebnisse:** Beim Patientenkollektiv handelte es sich mehrheitlich um Patienten mit einer

malignen Grunderkrankung (n = 92). Die häufigsten Indikationen (Mehrfachnennung möglich) für den Ultraschall waren Atemnot (n = 53) und Schmerz (n = 35). Die restlichen Indikationen (n = 31) waren hauptsächlich abdominelle Beschwerden wie gespanntes Abdomen, zunehmender Aszites, Übelkeit und Erbrechen. Bei 45 Patienten wurde ein Pleurerguss und bei 61 Patienten Aszites festgestellt. Als therapeutische Konsequenz wurden 29 Pleurapunktionen und 34 Aszitespunktionen durchgeführt. In lediglich 5 Fällen kam es dabei zu Komplikationen, welche jedoch nicht gravierend waren und keine Krankenhauseinweisung oder medizinische Verschlechterung ▶

rung der Patienten zur Folge hatten. Insgesamt wurden den Patienten 68 stationäre Aufnahmen erspart. 3 Patienten wurden aufgrund des Ultraschallbefundes ins Krankenhaus überwiesen. In 12 Fällen wurde die medikamentöse Therapie geändert, 2-mal ein transurethraler Dauerkatheter gelegt und 1 O<sub>2</sub>-Konzentrator verordnet.

**Schlussfolgerung:** Die Sonografie stellt eine nichtinvasive Untersuchung dar, die es dem Palliativmediziner erlaubt, schwerkranke Patienten zu Hause zu behandeln. Meist kann durch die Ultraschalluntersuchung als direkte Konsequenz eine Therapie wie z. B. eine Aszites- oder Pleurapunktion mit geringer Komplikationsrate durchgeführt werden. Dies er-

spart den Patienten, die sich in der letzten Phase ihres Lebens befinden, in der Mehrzahl der Fälle den beschwerlichen Transport ins Krankenhaus. ■

## P28

# Das Lebensende (mit-)gestalten – Advance Care Planning in der stationären Langzeitpflege umsetzen

**Michael Rogner, Deborah Allen, Barbara Forrer, Martin Wanger**

*Liechtensteinische Alters- und Krankenhilfe (LAK), Eschen, Liechtenstein*

**Einleitung:** Die vorausschauende Betreuungsplanung (engl. Advance Care Planning) ist in erster Linie ein kommunikativer Prozess, in dem die Wünsche der Betroffenen für die zukünftige Betreuung thematisiert und dokumentiert werden können. Die im Jahr 2015 von BAG, GDK und palliative.ch publizierten Empfehlungen und Instrumente für die Umsetzung von allgemeiner Palliative Care beinhalten ganz zentral die Begriffe „vorausschauend“ und „vorausplanen“. Anregung, Beratung und Information sind dabei in einer frühen Phase wichtige Elemente, um bei einem fortschreitenden Krankheitsverlauf die Gestaltung des Lebensendes mit den betroffenen Personen konkreter planen zu können, mit dem Ziel, Krisen zu vermeiden.

**Ziel:** Die LAK hat das Handlungsfeld der vorausschauenden Betreuungsplanung in der stationären Langzeitpflege mit dem Ziel der

Verminderung von krisenhaften Situationen am Lebensende inhaltlich erarbeitet und praktisch umgesetzt.

**Methoden:** Literaturrecherche, Projektmanagement, quantitative wie qualitative Evaluationsmethoden

**Ergebnisse:** Zu den Themenstellungen Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Sachwalterschaft wurden gemeinsam mit Systempartnern Richtlinien erstellt und Kurzvideos (LAK-Spots) für die Mitarbeitenden gedreht. Die Teilprojektgruppe entwickelte auf Basis von Rechercheergebnissen einen Behandlungsplan für Situationen am Lebensende sowie das Formular „Gemeinsam Sorge tragen“, das offen formulierte Fragestellungen zu Wünschen am Lebensende beinhaltet. Der Umsetzungsplan inkludierte Anwender-testungen, Erhebungen von Grundlagen- und

Verlaufsdaten (Sterbeort, Verlauf etc.), Schulungssequenzen und Evaluationen. 96 % der Pflegefachpersonen sind der Meinung, dass durch vorausschauende Betreuungsplanung Krisen am Lebensende vermieden werden können, und 100 % meinen, dass besser auf die Wünsche und Vorstellungen der Bewohner eingegangen werden kann. Weitere Ergebnisse geben interessante Aufschlüsse zu Nutzen und Wirkung vorausschauender Betreuungsplanung.

**Schlussfolgerung:** Die in zahlreichen Studien gezeigten Vorteile der vorausschauenden Betreuungsplanung sind eindrücklich. Die in diesem Projekt gewonnenen setting-bezogenen Erkenntnisse unterstützen die Wichtigkeit des Engagements in diesem Handlungsfeld. Es ist wichtig, Advance Care Planning im Kontext von Palliative Care zu organisieren. ■

## P29

„... ich bin einfach zu müde ...“

# Welche komplementären Pflegemaßnahmen können bei Fatigue in der Palliative Care angewendet werden?

### Birgit Anderwald

Mobiles Palliativteam Hartberg/Weiz/Vorau, Hartberg, Österreich;  
Österreichisches Rotes Kreuz, Landesverband Steiermark, Graz, Österreich;  
Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Universitätslehrgang Palliative Care, Salzburg, Österreich;  
Koordination Palliativbetreuung Steiermark, Graz, Österreich;  
Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m. b. H., Graz, Österreich;  
Hospiz Österreich, Hospiz- und Palliative Care, Wien, Österreich

**Einleitung:** Chronisch kranke Menschen, besonders in palliativer Situation, entwickeln häufig eine unübliche und extreme Form der Müdigkeit. Diese lässt sich durch Ruhe oder Schlaf nur bedingt bis gar nicht beheben. Auch als Fatigue bezeichnet, wurde die genaue Ursache dieses Phänomens noch nicht restlos geklärt. Fest steht, dass Faktoren wie Schmerz, Übelkeit, Erbrechen oder andere Begleiterkrankungen die belastende Müdigkeit verstärken. Aufgrund dieser Vielschichtigkeit gibt es derzeit noch keine einfache oder ideale Therapieform.

**Methoden/Ergebnisse:** In der Literaturrecherche und Praxis zeigt sich, dass schon das bewusste Ansprechen von Fatigue und die fachliche Information darüber, eine Erleichterung in der Akzeptanz der Betroffenen mit sich bringen kann.

Die Symptomkontrolle und die allgemein unterstützenden Maßnahmen sind einer der wichtigsten Therapieansätze.

Hier findet sich auch der Einsatz komplementärer Pflegemaßnahmen wieder.

Die Wirkungsprinzipien komplementärer Pflegemaßnahmen, wie Temperaturreize, Gerüche, Berührung, Rhythmus oder Zeit, können zum Wohlbefinden beitragen und somit stärkend wirken.

Die Anwendungsmöglichkeiten, wie etwa aus den Bereichen Wickel und Kompressen, Heilpflanzenkunde, Aromapflege, Therapeutic Touch oder Rhythmische Einreibungen, stellen zusätzlich eine Erweiterung im bedürfnisorientierten Pflegeprozess der Palliativpflege

dar. Noch hauptsächlich auf Erfahrungswissen basierend, können bereits unterschiedliche Studien und Forschungsprojekte die Wirksamkeit komplementärer Pflegemaßnahmen nachweisen.

**Schlussfolgerung:** Das multidimensionale Phänomen Fatigue ist nach wie vor nur bedingt beeinflussbar. In der palliativen Phase sind die Müdigkeit und das vermehrte Schlafbedürfnis auch ein Zeichen der weiter fortschreitenden Erkrankung. Im Sinne von Palliative Care können jedoch komplementäre Pflegemaßnahmen ergänzend angewendet werden, um die Begleitfaktoren zu lindern, die Aktivität, Ruhe- und Schlafzeit zu unterstützen, das Wohlbefinden zu fördern und somit auch die Lebensqualität zu steigern. ■

### Novalgin 1,0 g Ampullen, Novalgin 2,5 g Ampullen, Novalgin Filmtabletten, Novalgin Tropfen

Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Novalgin Ampullen: 1 ml Injektionslösung enthält als Wirkstoff 500 mg Metamizol-Natrium 1 H<sub>2</sub>O. Novalgin Filmtabletten: 1 Filmtablette enthält als Wirkstoff 500 mg Metamizol-Natrium 1 H<sub>2</sub>O. Novalgin Tropfen: 1 ml (ca. 20 Tropfen) enthält als Wirkstoff 500 mg Metamizol-Natrium 1 H<sub>2</sub>O. Liste der sonstigen Bestandteile: Novalgin Ampullen: Wasser für Injektionszwecke. Novalgin-Filmtabletten: Macrogol 4000, Magnesiumstearat, Methylhydroxypropylcellulose, Saccharin-Natrium, Macrogol 8000, Titandioxid (E171), Talk. Novalgin-Tropfen: Saccharin-Natrium, Natriumdihydrogenphosphat, Natriummonohydrogenphosphat, Halb- und Halb-Bitter-Essenz, gereinigtes Wasser.

- Anwendungsgebiete: Zur kurzfristigen Behandlung von: akuten starken Schmerzen nach Verletzungen oder Operationen, Koliken, Tumorschmerzen. Sonstige akute oder chronische starke Schmerzen, soweit andere therapeutische Maßnahmen nicht indiziert sind. Hohes Fieber, das auf andere Maßnahmen nicht anspricht. Novalgin Ampullen zusätzlich: Die parenterale Anwendung von Metamizol ist nur indiziert, sofern eine enterale oder rektale Applikation nicht in Frage kommt
- Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff, andere Pyrazolone bzw. Pyrazolidine (dies schließt auch Patienten ein, die z. B. mit einer Agranulozytose nach Anwendung dieser Substanzen reagiert haben) oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile. Bei bekanntem Analgetika-Asthma-Syndrom oder Patienten mit bekannter Analgetika-Intoleranz vom Urtikaria-Angioödemtyp, d.h. Patienten, die mit Bronchospasmus oder anderen anaphylaktoiden Reaktionsformen auf Salicylate, Paracetamol oder andere nicht-narkotische Analgetika wie z. B. Diclofenac, Ibuprofen, Indometacin oder Naproxen reagieren. Bei Störungen der Knochenmarksfunktion (z. B. nach Zytostatikabehandlung) oder Erkrankungen des hämatopoetischen Systems. Bei genetisch bedingtem Glukose-6-Phosphat-Dehydrogenasemangel (Hämolysegefahr). Bei akuter intermittierender hepatischer Porphyrie (Gefahr der Auslösung einer Porphyrie-Attacke). Letztes Trimenon der Schwangerschaft (während und bis zu mindestens 48 Stunden nach der letzten Anwendung von Novalgin darf nicht gestillt werden); Novalgin Ampullen zusätzlich: Bei Neugeborenen und Säuglingen unter 4 Monaten oder unter 5 kg Körpergewicht, da kein wissenschaftliches Erkenntnismaterial über die Anwendung vorliegt. Bei Säuglingen (von 4-12 Monaten) als intravenöse Injektion. Bei bestehender Hypotonie und instabiler Kreislaufsituation
- Inhaber der Zulassung: sanofi-aventis GmbH, Wien • Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht: Rezept- und apothekenpflichtig • Pharmakotherapeutische Gruppe: andere Analgetika und Antipyretika; Pyrazolone; ATC-Code: N02BB02. Stand der Information: Jänner 2017. Weitere Angaben zu den besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen sowie ggf. Gewöhnungseffekten sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.

## P30

# SPICT® – ein geeignetes Instrument, um einen palliativen Versorgungsansatz im Langzeitpflegebereich rechtzeitig zu erkennen?

**Helga Koch-Tumler**

*Haus der Generationen, Götzis, Österreich*

**Einleitung:** Im Langzeitpflegebereich sind Pflegende immer wieder mit unerwartet raschen Verschlechterungen des Allgemeinzustandes von BewohnerInnen konfrontiert. Meist liegt keine Notfall- bzw. palliative Planung vor. Kann eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes ersichtlich gemacht werden, sodass eine angemessene palliative Planung frühzeitig möglich ist?

**Methoden:** Eingesetzt wird SPICT® (Supportive & Palliative Care Indicators Tool). Das Tool dient der rechtzeitigen Identifizierung von Menschen, bei denen eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder auch der baldige Tod eintreten könnte. 7 Indikatoren, welche auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes hindeuten, und weitere klinische Indikatoren für das Erkennen fortgeschrittener Erkrankungen werden berücksichtigt. Wird ein Mensch aufgrund von SPICT® identifiziert, müssen der Palliative-Care-Bedarf

eingeschätzt und gemeinsam mit Betroffenen, Angehörigen und einem multiprofessionellen Team ein Plan erarbeitet werden. Es werden alle BewohnerInnen der Wohngruppe „Kapf1“, welche seit mindestens 3 Monaten in der Wohngruppe leben, anhand von SPICT® aufgrund von Dokumentation, medizinischen Diagnosen und BESA® (= Bedarfsklärungs- und Abrechnungssystem) identifiziert. Die Fragebögen werden numerisch in einer Excel-Tabelle ausgewertet und eine Evaluierung anhand der SPICT®-Kriterien durchgeführt.

**Ergebnisse:** SPICT® zeigt bei mehr als 90 % der BewohnerInnen einen palliativen Versorgungsbedarf auf. Das Tool ist alltagstauglich und kann gut in den Pflegeprozess integriert werden. Tendenziell korreliert der Bedarf von Palliative Care mit der Zunahme der Pflegestufe. Die allgemeinen Indikatoren sind für ein Assessment ausreichend, eine Spezifizierung anhand der

klinischen Indikatoren ist nicht notwendig. Das Tool könnte (jeweils halbjährlich) im Rahmen der BESA®-Beobachtung eingesetzt werden, so wäre eine Tendenz zur Verschlechterung des Gesundheitszustandes ersichtlich. SPICT® kann bei BewohnerInnen mit eingeschränkter bzw. nicht vorhandener Kommunikation angewendet werden, sofern Bezugspflege als Pflegeansatz integriert ist. Der Dokumentationsaufwand liegt bei 2 Minuten.

**Schlussfolgerung:** Die Identifikation von PatientInnen für eine palliative Planung ist mithilfe dieses Instruments gut möglich. Die Herausforderung für die Zukunft wird sein, für einmal identifizierte BewohnerInnen den daran anschließenden notwendigen Versorgungsprozess multiprofessionell und in Abstimmung mit allen Beteiligten zu planen und festzulegen. ■

## P31

# Interdisziplinäre Kommunikation in der ambulanten allgemeinen Palliativversorgung in Vorarlberg aus Sicht der Pflege

**Katharina Rizza<sup>1</sup>, Evelyn Müller<sup>2</sup>, Gebhard Mathis<sup>1</sup>, Gerhild Becker<sup>2</sup>**

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

<sup>2</sup> Universitätsklinikum Freiburg, Klinik für Palliativmedizin, Freiburg, Deutschland

**Einleitung:** Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) möchten 75 % der Menschen zu Hause sterben. Ein international zentrales Ziel

in Palliative Care ist es, Menschen entsprechend ihrem Wunsch ein Versterben zu Hause zu ermöglichen. Eine gute ambulante, palliative

Grundversorgung durch Hausärzte und ambulante Pflegedienste kann einen wichtigen Beitrag leisten, um dieses Ziel zu erreichen.

Die hohe Komplexität und Instabilität der Versorgungssituation vieler Palliativpatienten im ambulanten Setting erfordert neben hoher Fachkompetenz insbesondere auch eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit. Studien zeigen, dass eine effiziente Kommunikation und Kooperation zwischen den verschiedenen Akteuren im Gesundheitsdienst zu einer Verbesserung der Qualität von Palliativversorgung beiträgt.<sup>1</sup>

Ziel der Befragung war es, den Stand und die Qualität der interdisziplinären Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und ambulanten Pflegediensten in Vorarlberg zu beschreiben.

**Methode:** Dazu wurde ein Online Survey durchgeführt. Es wurden alle 50 ambulanten allgemeinen Pflegedienste Vorarlbergs angeschrieben und um Teilnahme gebeten. Pro Pflegedienst sollte ein Antwortbogen ausgefüllt werden. Insgesamt 38 (76 %) der Pflegedienste füllten den Fragebogen aus.

Gefragt wurde, mit wie vielen Hausärzten ein Pflegedienst zusammenarbeitet, welche Kommunikationsformen bei der Versorgung von Patienten mit palliativem Behandlungsbedarf am häufigsten genutzt werden und als wie

nützlich Pflegedienste die verschiedenen Formen einschätzen.

**Ergebnisse:** Über die Hälfte der Pflegedienste (53 %) arbeitet mit 4–6, ein Viertel (24 %) mit bis zu 20 Ärzten zusammen. Der häufigste Kontakt zwischen Pflegediensten und Hausärzten findet telefonisch statt. Die Patientendokumentationsmappe wird als zweithäufigste Form angegeben. Diese beiden Kommunikationsformen werden auch als sehr nützlich empfunden. Gemeinsame Visiten oder Gespräche am Runden Tisch werden sehr selten und ethische Fallbesprechungen fast nie durchgeführt. Dabei werden vor allem gemeinsame Visiten von fast drei Viertel der Vereine (71–74 %) als sehr nützlich angegeben. Insgesamt ist ein Drittel (34 %) der Pflegedienste zufrieden mit der Zusammenarbeit mit den Hausärzten, ein Fünftel (21 %) eher bis sehr unzufrieden. Fast zwei Drittel (63 %) schätzen, dass sich stationäre Einweisungen von Palliativpatienten durch bessere Zusammenarbeit verhindern lassen könnten.

**Schlussfolgerung:** Zusammenfassend zeigt die Erhebung ein inhomogenes Bild bezüglich der Kommunikation zwischen Hausärzten und

Pflegediensten. Damit dem Wunsch der Patienten, zu Hause versterben zu können, entsprochen werden kann, sollte ein Ziel sein, stationäre Einweisungen wo möglich zu vermeiden. Eine Mehrheit der Pflegedienste sieht in einer besseren Zusammenarbeit mit den Hausärzten einen Ansatz, um dies zu erreichen. Die Befragung liefert auch erste Hinweise, wie das konkret gestaltet werden könnte: So werden beispielsweise gemeinsame Visiten und andere Kommunikationsformen, die auf persönlichem Kontakt beruhen, sehr positiv bewertet – finden jedoch eher selten statt. Im nächsten Schritt wäre es wünschenswert, in gemeinsamen Gesprächen von Hausärzten und Pflegediensten und unter Einbeziehung verantwortlicher Entscheidungsträger des Gesundheits- und Sozialwesens, die Rahmenbedingungen und konkreten Handlungsmöglichkeiten für eine verbesserte Zusammenarbeit zu diskutieren. ■

<sup>1</sup> Afshar K, Geiger K, Müller-Mundt G, Bleidorn J, Schneider N, Hausärztliche Palliativversorgung bei nichtonkologischen Patienten: Eine Übersichtsarbeit. Schmerz 2015; 29(6):604–15

## P32

„Ich halte dich, indem ich mit dir aushalte.“

# Der Umgang mit unerträglichem Leid als Bewährungsmaßstab für die Pflege

**Katrin Kindermann**  
Obervogau, Österreich

**Einleitung:** Im Bereich der Palliative Care werden die Begriffe „unerträgliches Leid“ und „Aushalten“ oft genannt, ohne aber, dass sie auch näher definiert werden. Körperliche Symptome sind zumeist gut kontrollierbar und messbar. Dennoch sind Betreuende auch immer wieder mit Situationen konfrontiert, in denen bei terminal kranken Menschen existenzielles Leid spürbar und wahrnehmbar ist.

Unter diesem Aspekt wurde folgende zentrale Fragestellung bearbeitet: Wie gehen Pflegepersonen in der Konfrontation mit unerträglichem Leid ihrer PatientInnen um, und welche Fähigkeiten brauchen Pflegende dabei?

**Methoden:** Als Methodik der qualitativen Datenerhebung dient die mündliche Befragung von Pflegepersonen im Albert-Schweitzer-

Hospiz durch halbstrukturierte leitfadensorientierte Interviews. Für die Auswertung der transkribierten Interviews wird die Analyse nach Mayring als interpretativ-reduktives Verfahren angewandt.

**Ergebnisse:** Unerträgliches Leid beinhaltet für 70 % der Befragten psychische Leidenszustände, 20 % bringen unerträgliches Leid ▶

ausschließlich mit den körperlichen Symptomen Schmerz und Atemnot in Zusammenhang. 10 % haben noch keine Situation erlebt, die sie als „unerträglich“ definieren würden. Belastende Faktoren für Pflegepersonen sind: sich hilflos und machtlos zu fühlen; mangelnde Zeit- und Personalressourcen; Team zieht nicht am gleichen Strang; das Bewusstsein, nichts aktiv gegen das Leiderleben der PatientInnen tun zu können. Entlastende Faktoren für Pflegepersonen sind: Gespräche/Austausch mit Kolleginnen und Kollegen; genügend Zeitressourcen zu haben; Gefühle äußern zu dürfen; Erholung im privaten Bereich; 100 % der Befragten befanden Supervisionen als nicht hilfreich. Fähigkeiten, die Pflegepersonen im Umgang mit „unerträglich“ leidenden Menschen brau-

chen: Von 90 % der Befragten wurde die Fähigkeit der Empathie an erster Stelle genannt, 60 % setzen diese als Selbstverständlichkeit, um im palliativen Setting arbeiten zu können, voraus. Zudem wurden die Begriffe Kommunikation, Selbstreflexion, aufmerksam Verhalten, Kompetenz, Kennen der eigenen Grenzen, Erfahrung, Mitgefühl und Präsenz zeigen genannt. Alle Befragten sprachen sich für die kontinuierlich tiefe Sedierungstherapie im Zusammenhang mit unerträglichem Leid aus, wenn diese zuvor mit den Betroffenen und im Team kommuniziert wurde. Die Vorteile werden von den interviewten Pflegepersonen darin gesehen, dass unerträglich leidende Menschen unter der Sedierung „ruhig“ und „entspannt“ wirken. Als Nachteil wurde die Unmöglichkeit der verbalen Kommunikation genannt.

**Schlussfolgerung:** Unerträglich schwer leidende Menschen brauchen Begleitende, die versuchen, sie in ihrer existenziellen Not zu erreichen, zu verstehen, und für sie da zu sein. Sie brauchen Menschen an ihrer Seite, die sie durch den Versuch, furchtbar Belastendes mit auszuhalten, ein kleines bisschen halten. Ob die Sedierung eine angemessene Maßnahme zur Linderung von existenziellem Leid darstellt, ist zweifelhaft und muss kritisch hinterfragt werden. Der Umgang mit unerträglichem Leid stellt somit einen Bewährungsmaßstab für die Pflege dar und verdeutlicht, dass sich die Pflege mit dem Leiderleben der Betroffenen, über die Symptomlinderung hinaus, auseinandersetzen muss. ■

## P33

# Dein Wille, dein Wohl – Pflege zwischen Fürsorge und Selbstbestimmung

**Christine Haas-Schranzhofer**  
Kolsass, Österreich

**Einleitung:** Pflegekräfte sind qua Beruf für die Unterstützung bei bestehender Pflege- und Hilfsbedürftigkeit ihrer PatientInnen zuständig. Daraus resultiert eine Fürsorgepflicht, durch die sie sich für ihre PatientInnen verantwortlich fühlen. Dem gegenüber steht das Recht der PatientInnen auf Selbstbestimmung. Denn die Möglichkeit, Entscheidungen selbst zu treffen, ist für die meisten Menschen ein wesentlicher Aspekt für ihre Lebensqualität. Für Pflegende könnte dies bedeuten, dass sie in ethische Konflikte geraten, wenn sie die richtige Balance zwischen diesen beiden Werten suchen.

**Methoden:** Mittels einer ausführlichen Literaturrecherche zu diesem Thema wird die Basis für die Masterthesis gelegt. Darauf aufbauend werden die aufgestellten Hypothesen und Fragestellungen in einer qualitativen Studie empirisch untersucht. Dafür werden insgesamt 21 Pflegepersonen in Österreich

und in Hongkong aus den Bereichen Langzeitpflege, Akutkrankenhaus, palliative Betreuung und Hauskrankenpflege mit Hilfe eines leitfadengestützten Expertinnen- und Experteninterviews befragt. Anschließend werden die Ergebnisse der Interviews analysiert, ausgewertet und mit Blick auf die Literatur und den kulturellen Kontext diskutiert.

**Ergebnisse:** In der Pflege geht es nicht um eine Krankheit oder eine Hilfsbedürftigkeit per se, sondern darum, wie sich diese auf die betroffene Person auswirkt. Das bedeutet, dass es nicht genügt, menschliches Leiden lediglich auf organische bzw. pathophysiologische Konzepte zu reduzieren. Selbst wenn sich viele Krankheiten oder Symptome durchaus miteinander vergleichen lassen, geht jeder Mensch anders damit um. Es kann sogar sein, dass scheinbar gleiche Situationen von ein und derselben Person je nach Kontext unterschiedlich erlebt werden. Die „gleiche“

Krankheit wirkt sich auf die Menschen aus verschiedenen Gründen eben NICHT „gleich“ aus.

Die Herausforderung für Pflegende besteht darin, ihre PatientInnen mit deren individuellen Besonderheiten, ihren komplexen biopsychosozialen und spirituellen Zusammenhängen zu verstehen und sie in ihrer Selbstbestimmung zu fördern. Es hat sich gezeigt, dass dies allen befragten Pflegenden sehr wichtig ist. Das Autonomiebedürfnis der PatientInnen ist allerdings nicht nur individuell verschieden, auch der kulturelle Hintergrund spielt eine wichtige Rolle. Gerade in Zeiten hoher Migrationsraten ist das Wissen um die Bedeutung der kulturellen Unterschiede daher besonders wichtig.

Die Kombination aus theoretischer Aufarbeitung und empirischer Forschung führt zu aussagekräftigen Schlussfolgerungen. Dadurch kann Pflegenden eine Hilfestellung im Umgang mit ähnlichen Alltagssituationen aufge-

zeigt werden. Gleichzeitig kann Verständnis für andere Berufsgruppen, PatientInnen oder deren Angehörige für viele pflegerische Entscheidungen entstehen.

**Schlussfolgerung:** Diese Arbeit lädt Pflegende ein, ihre Haltung und ihre Handlungen im Balanceakt zwischen ihrer Fürsorgepflicht

und dem Recht ihrer PatientInnen auf Selbstbestimmung zu reflektieren. Sie lädt ein, sensibel und achtsam im Umgang mit sich selbst und Anderen zu bleiben. Durch den Vergleich mit Kolleginnen und Kollegen aus dem eigenen und einem fremden Kulturkreis, sollen Zusammenhänge aufgezeigt und bewusst gemacht werden. Die daraus resultierenden Er-

kenntnisse sollen zu positiven Veränderungen in der Pflege führen und Pflegende in Ausübung ihres Berufes als Kunst und Profession gleichermaßen stärken. ■

Diese Arbeit wurde für den deutschsprachigen Raum adaptiert und im Facultas-Verlag als Buch veröffentlicht.

## P34

# Hospizkultur und Palliative Care in der mobilen Pflege und Betreuung zu Hause (HPC Mobil) – ein dreijähriges Pilotprojekt von Juni 2015 bis Juni 2018

**Sigrid Beyer<sup>1</sup>, Maria Eibel<sup>1</sup>, Selma Sprajcer<sup>2</sup>**

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

<sup>2</sup> WU Wien, Kompetenzzentrum für Nonprofit Organisationen und Social Entrepreneurship, Wien, Österreich

**Einleitung:** Die MitarbeiterInnen haben in ihrer Arbeit ein sehr hohes Maß an körperlicher und psychischer Belastung zu tragen und müssen sehr oft schwierige ethische Entscheidungen treffen, vor allem, wenn es sich um schwer kranke und sterbende Menschen handelt. Sie begleiten auch deren Angehörige. Hinzu kommt, dass ihre Arbeit die Kooperation mit einer Reihe anderer Dienstleister erfordert. Der Arbeitsalltag ist aber geprägt von einem großen Zeitdruck bei oftmals fehlender Qualifikation in HPC.

**Ziele des Pilotprojektes:** nachhaltige Verankerung von HPC in jeder Organisation; Verbesserungspotenziale in den Abläufen der teilnehmenden Organisationen zu erkennen und umzusetzen; Entlastung der MitarbeiterInnen im Umgang mit schwerkranken und sterbenden Menschen

Folgende Träger nehmen am Projekt teil: Arbeiter-Samariter-Bund Wien, Caritas Socialis, Caritas der ED Wien, Sozial Global AG, Volkshilfe Wien. Univ.-Prof. Dr. Ralph Grossmann begleitet das Projekt aus der Sicht der Organisationsentwicklung (OE). Das Pilotprojekt wird vom Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) gefördert.

**Methoden:** Die Entwicklung und Umsetzung von Leitzielen, Leistungen und Indikatoren, des Curriculums HPC Mobil, strukturelle und ablauforganisatorische Veränderungen in den Trägerorganisationen sind Teil der Maßnahmen. Die wissenschaftliche Begleitung, durchgeführt vom NPO & SE Kompetenzzentrum der WU Wien, erhebt und analysiert die Wirkungen des Projekts vor dem Hintergrund der gesetzten Ziele. Als Herangehensweise wurde ein Mix aus quantitativen und qualitativen Methoden gewählt.

**Erste Ergebnisse:** An der Baseline-Erhebung (erste Erhebung zur Erfassung der derzeitigen Situation der MitarbeiterInnen bei der Pflege und Betreuung von schwer kranken und sterbenden KlientInnen und den Möglichkeiten der Auseinandersetzung mit dem Thema Sterben und Tod in den Organisationen) haben sich 1.440 MitarbeiterInnen beteiligt, über 80 % davon sind Frauen, der Großteil ist zwischen 30 und 50 Jahre alt. In den ersten drei TrainerInnen-Schulungen wurden bisher 55 Personen ausgebildet. In den Trägern fanden bisher 32 Workshops statt. Die Feedbacks zur TrainerInnen-Schulung sind zu über 90 % positiv und jene der Workshops zu über 80 % sehr positiv. Eine

trägerübergreifende Fachtagung fand sehr großen Anklang. Die Arbeit am Rollenprofil der Palliativbeauftragten ist in Erarbeitung wie auch die Integration und Manifestation dieser neuen Position. Erste Interviews mit Hausärztinnen und -ärzten wie Gespräche mit Pflegenden zeigen zentrale Problemlagen in der Zusammenarbeit und Verbesserungspotenziale auf.

**Erste Schlussfolgerungen:** Mobil vor stationär wird oft gesagt, aber in Österreich teilweise noch wenig gelebt. 1988 lag der Prozentsatz jener Menschen, die zu Hause sterben konnten, bei ca. 27 %, 2014 liegt er bei 27,4 %. Die Betreuenden der Grundversorgung brauchen in der Betreuung von schwerkranken und sterbenden PatientInnen mehr Flexibilität. Die Möglichkeit der bezahlten Absprache mit dem/der Hausarzt/-ärztin, mit Angehörigen, dem MPT, dem mobilen HT müsste gegeben sein. Eine vorausschauende Planung wäre notwendig. Angehörige müssen nicht nur informiert, sondern häufig auch beraten und unterstützt werden. Betreuende der Grundversorgung brauchen ein gutes Basiswissen in HPC, und Trägerorganisationen brauchen Strukturen, um HPC nachhaltig in der Organisation zu verankern. ■

# STARKE SCHMERZEN.

# STARKE WIRKUNG.



SAAT.MEM.16.11.0577 1) Novalgin® Fachinformation  
Fachkurzinformation siehe Seite 27

SANOFI 

**Analgetisch.  
Antipyretisch.  
Spasmolytisch.<sup>1</sup>**

 **Novalgin<sup>®</sup>**

STARKE SCHMERZEN. STARKE WIRKUNG.