



Österreichische
PalliativGesellschaft

7. Österreichischer
Interprofessioneller
Palliativkongress

PALLIATIVE CARE

Wege in die
Zukunft

ABSTRACTBAND

28.-30.3.2019
INNSBRUCK

www.palliativ.at

Österreichische Palliativgesellschaft (OPG)
Medizinische Universität Wien | Universitätsklinik für Innere Medizin 1
Währinger Gürtel 18-20 | 1090 Wien | E-Mail: office@palliativ.at

Anzeige



Prim. Univ.-Prof. Dr. Rudolf Likar
Präsident der Österreichischen Palliativgesellschaft,
Vorstand der Abteilung für Anästhesiologie und
Intensivmedizin, Klinikum Klagenfurt am Wörthersee

7. Österreichischer Interprofessioneller Palliativkongress

„Wege in die Zukunft“ ist das vorausschauende Motto, unter dem der 7. Österreichische Interprofessionelle Palliativkongress – Palliative Care in Innsbruck steht. In die Zukunft zu blicken ist ein passendes Vorhaben gerade im heurigen Jubiläumsjahr, in dem die Österreichische Palliativgesellschaft (OPG) auch auf ihre Gründung vor 20 Jahren und auf das bisher Erreichte zurückblickt.

Wie soll sich Palliative Care in Zukunft entwickeln? Dieser Fragestellung werden wir im Rahmen des Kongressprogramms intensiv nachgehen. Einen wichtigen Beitrag dazu leisten auch die wissenschaftlichen Arbeiten, die in diesem Abstractband versammelt sind und die einen hervorragenden Überblick über

die aktuelle Forschung geben. Zu den wichtigen Zukunftsthemen für die Palliativversorgung gehören die steigende Lebenserwartung und die Tatsache, dass immer mehr Menschen immer älter werden. Das bedeutet ein Mehr an Multimorbidität, an chronischen Erkrankungen und ein zunehmend breites Betätigungsfeld für Palliative Care. Ein anderer wesentlicher Zukunftstrend: Der rasante medizinische Fortschritt hat uns viele neue therapeutische Möglichkeiten gebracht. Doch das bringt uns Ärztinnen und Ärzte auch in eine immer größer werdende Schere zwischen technisch Machbarem und dem ethisch Vertretbarem.

Hier kann Palliative Care in Zukunft viel zur

Fortentwicklung unserer Versorgungsstrukturen beitragen. Denn Palliative Care wird sich nicht auf Palliativ- oder Hospiz-Strukturen und -Einrichtungen beschränken. Sondern Palliative Care muss eine Haltung sein, die alle mittragen, die im Gesundheitswesen tätig sind. Denn nur wenn es möglich ist, die Prinzipien von Palliative Care in allen Versorgungsbereichen zu etablieren, werden die daraus resultierenden ethischen Therapie-Entscheidungen zum Wohle der PatientInnen ausfallen.

Prim. Univ.-Prof. Dr. Rudolf Likar
Präsident der
Österreichischen Palliativgesellschaft



„Wege in die Zukunft“ der Palliativbetreuung stehen im Zentrum des diesjährigen Österreichischen Palliativkongresses. Es war uns als Kongresspräsidium ein Anliegen, dieses Motto auch durch die Gestaltung der Abstract-Einreichung umzusetzen. So riefen wir dazu auf, sowohl wissenschaftliche als auch Praxisprojekte einzureichen, von denen die fünf besten mit einem Vortrag in einer eigenen Session „Vor den Vorhang“ geholt werden sollten.

Es freut uns daher besonders, dass knapp 50 Abstracts eingereicht wurden, in denen sich die Zukunftsthemen deutlich widerspiegeln. So wurden Themen wie die vorausschauende Betreuungsplanung, Palliative Care in der Langzeitpflege oder die Vernetzung der unterschiedlichen Angebote in den Blick genommen. Auch Multiprofessionalität, z. B. mit Beiträgen aus der Physiotherapie, sowie der weite Horizont von Palliative Care, mit komplementären Ansätzen oder der würdezentrierten Therapie, bilden sich in den Abstract-Themen ab. Dass neben vielen österreichischen Beiträgen auch einzelne aus den angrenzenden Ländern, wie der Schweiz, Liechtenstein und Deutschland, eingereicht wurden, ist ebenso erfreulich.

Die fünf von einer Jury als die besten ausgewählten Abstracts werden nun beim Kongress in der Session „Vor den Vorhang“ als

Vortrag vorgestellt. 16 Forschungsarbeiten und 24 Praxisprojekte werden im Casino-Foyer im 2. Obergeschoss des Congress Innsbruck als Poster ausgestellt. Je eines aus den beiden Sparten wird während des Kongresses von einer Jury als bestes Poster ausgewählt werden. Im Rahmen eines Aperitifs werden die Poster am Freitag von 17:30 bis 18:30 Uhr in kleinen Gruppen präsentiert.

Prämiert werden die fünf besten Abstracts und die zwei besten Poster am Samstag, den 30. März, um 11 Uhr im Rahmen der Abschlussveranstaltung.

Wir freuen uns über Interesse an diesen zukunftssträchtigen Lebenszeichen in der Palliativlandschaft!

Das Kongresspräsidium

Werner Mühlböck
Elisabeth Medicus
Christiane Kreyer

Inhalt

Ausgewählte Vorträge für die Sitzung „Vor den Vorhang“

xy V1. Einstellung und Wissen zur Thematik „Reanimation“ von PatientInnen mit fortgeschrittenen Tumorerkrankungen auf der Palliativstation

Matthias Unseld, Gloria Gager, Feroniki Adamidis, Anna Kitta, Herbert Hans Watzke, Eva Katharina Masel

xy V2. Professionelles Selbstverständnis von Pflegepersonen in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung – Kompatibilität mit Advanced-Nursing-Practice-Konzept

Mag. Susanna Maria Fischer

xy V3. PICC-Katheter bei PalliativpatientInnen

Andrea Passini, Eva Amreich, Susanne Hautz, Jobstmann-Handl, Markus Lammer, Melanie Weissmüller, Christoph Tinchon

xy V4. Betreuung von schwerkranken und sterbenden Menschen durch MitarbeiterInnen der Heimhilfe und der Hauskrankenpflege (HPC Mobil) – Ergebnisse eines 3-jährigen Pilotprojektes, Juni 2015–Juni 2018

Sigrid Beyer, Maria Eibel, Eva More-Hollerweger

xy V5. PalliDoc®-NÖ – ein partizipatives sektoren-, setting- und strukturübergreifendes Projekt zur kollektiven Qualitäts(weiter)entwicklung in spezialisierten mobilen und konsiliarisch tätigen Palliativteams in Niederösterreich

Helga Zellhofer, Angelina Falkner, Evelyn Heymans

Forschung/Wissenschaftliche Projekte

xy F1. Pflegeabhängigkeit von PatientInnen bzw. BewohnerInnen in Langzeitpflegeeinrichtungen in ihrem letzten Lebensjahr

Gerhilde Schüttengruber

xy F2. Frau Doktor, wie lange noch? Die Palliative Performance Scale (PPS) als Hilfsmittel zur Einschätzung der Lebenszeit von PalliativpatientInnen – Validierung einer deutschen Version

Veronika Mosich, Martin Andersag, Herbert Watzke

xy F3. Zur Expertise von Betroffenen im Leben mit Krebserkrankung

Helga Zellhofer

xy F4. Eine retrospektive Studie über den Einfluss einer Notfallinformation auf den Sterbeort von PalliativpatientInnen

Günter Polt, Dietmar Weixler, Norbert Bauer

xy F5. Evaluierung der hausärztlichen Palliativversorgung in Vorarlberg: Ergebnisse und Verbesserungsvorschläge von Seiten der Hausärzte/-ärztinnen

Johannes Eibensteiner, Rosemarie Plötzeneder

xy F6. Integrierte Palliativbetreuung (IPB) in Tirol – das Erleben der pflegenden Angehörigen

Christine Rungg, Elisabeth Reitingner, Elisabeth Medicus

xy F7. Bedürfnisse von Angehörigen in der häuslichen Hospiz- und Palliativversorgung erfassen und aufnehmen – ein Implementierungsprojekt

Sabine Pleschberger, Christiane Kreyer, Gerda Graf

xy F9. Unterstützungsbedürfnisse ermitteln – Entwicklung und Evaluierung einer Schulung für den KOMMA-Ansatz

Christiane Kreyer, Sabine Pleschberger

xy F10. Resilienz in der Palliative Care. Eine grundlegende Kompetenz für die Pflege

Stefanie Zimmermann

xy F11. PEG-Sonden-Anlage bei hochaltrigen, multimorbiden PatientInnen – eine retrospektive Studie

Raimund Fettweis, Brigitte J. Mayr-Pirker, Bernhard Iglseider

xy F12. Heimparenterale Ernährung bei KrebspatientInnen in der Palliative Care

Katrin Krautgartner

xy F13. Parenterale Flüssigkeitssubstitution bei PalliativpatientInnen: der schmale Grat zwischen dem „Nicht-verdursten-lassen-Wollen“ und der Überwässerung

Sophie Neururer, Claudia Leoni-Scheiber

xy F14. Der Sterbewunsch – Motive und Bedürfnisse, die dahinterstehen

Philipp Schöpf

xy F15. VSD Vorsorgedialog® in der Umsetzung

Sigrid Beyer, Naida Dzaka

xy F16. PatientInnensuizid – eine besondere Herausforderung für professionelle Teams?!

Angelina Falkner, Elisabeth Reitingner, Andreas Heller

xy F17. Depressionen bei Tumor- und NichttumorpatientInnen, Verteilung von Endicott-Kriterien

Michael Brinkers, Silke Dombrowski, Giselher Pfau, Frank Meyer

Praxisprojekte

- xy **P1. Reflexionsgespräche nach einem Todesfall als Teil einer organisationalen Sorgeskultur**
Mag. Michael Rogner
- xy **P2. Ein interdisziplinärer Qualitätszirkel als Netzwerk und qualitätssicherndes Instrument in der Palliativmedizin**
Johanna Kantner, Gabriele Schauer-Maurer
- xy **P3. Würde bewahren – ein Angebot im Rahmen der „würdezentrierten Therapie“**
Barbara Grossenbacher-Gschwend,
Michaela Forster, Daniel Büche, Christine Fischer,
Susanne Hartmann-Fussenegger, Stefanie Pilat
- xy **P4. „Den Tagen mehr Leben geben“ – Das Konzept „gastronomische Versorgung palliativer BewohnerInnen“ – ein Ergebnis der Forschungsküche**
Susanne Bayer, Thomas Ott
- xy **P5. Pietätvolle Neugestaltung der Exitusräume im Donauspital – ein Projekt des Diplomjahrganges 2013 zur Vernetzung von Theorie und Praxis im Akutkrankenhaus**
Michael Frank
- xy **P6. Inkontinenz – ein Thema in der Palliativmedizin?**
Heidi Schädler, Dr. Otto Gehmacher
- xy **P7. Delirmanagement im Krankenhaus – Eine quantitative Untersuchung zur Versorgung von Menschen mit Demenz/Delir und einer auf die Ergebnisse aufbauenden Projektarbeit mit dem Ziel der Implementierung**
Elisabeth Höpperger
- xy **P8. Einzelfallbericht über abweichende Pflegemaßnahmen eines PICC-Katheters bei einem Palliativpatienten**
Günter Polt, Ingrid Bruchmann
- xy **P9. Belastung pflegender Angehöriger nach Einschätzung von Pflegekräften in der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung in Vorarlberg**
Katharina Rizza
- xy **P10. 24-Stunden-Betreuung und Hauskrankenpflege in Vorarlberg: gemeinsam schwerkranke Menschen pflegen**
Maria Oswald, Katharina Rizza
- xy **P11. Physiotherapie in der häuslichen Palliative Care**
Bianka Franz, Gebhard Mathis
- xy **P12. Hausübergreifende Zusammenarbeit in der palliativen Betreuung**
Birgit Hunyar
- xy **P13. SALSA – ein praktikables Assessment zur Versorgung von PalliativpatientInnen an Akutstationen**
Brigitte J. Mayr-Pirker, Maite Gnjezda, Bernhard Iglseider
- xy **P14. Bedarf an Palliativmedizin in der Kardiologie**
Lukas Gamillscheg, Raphael Preiss, Gebhard Mathis
- xy **P15. FVW: der freiwillige Verzicht auf Wärme, um das Sterben zu beschleunigen**
Günter Polt, Judith Mandl
- xy **P16. Zur Bedeutung der Aromapflege in der Palliative Care am Beispiel von Wegbegleitöl**
Elisabeth Klein
- xy **P17. Seelische Begleitung von sterbenden PatientInnen und Angehörigen durch Jin Shin Jyutsu®**
Ingrid Gabriel
- xy **P19. Komplementäre Schmerzbehandlungsformen in der Hauskrankenpflege**
Monika Mähr, Gebhard Mathis
- xy **P20. Klang und Kommunikation**
Manuela Eder
- xy **P21. Richtig Wichtig – die Entwicklung eines Kartensets für vorausschauende Gespräche und Planungen zum Lebensende**
Elisabeth Sommerauer, Michael Rogner
- xy **P22. Schwere Entscheidungen im Zusammenhang mit Therapiezieländerungen – Eine Befragung der Pflege und des ärztlichen Personals auf der interdisziplinären Intensivstation am Landeskrankenhaus Bregenz**
Robert Weindl, Gebhard Mathis
- xy **P24. Leitfaden Palliativmedizinische Notfälle**
Günter Polt, Norbert Bauer, Ursula Sauer
- xy **P25. Einstellungen, Haltungen und Erfahrungen von Pflegefachpersonen zum freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF) im Pflegeheim**
Michael Rogner, Gerhard Loser, André Fringer, Sabrina Fehn
- xy **P26. Palliative PatientInnen und Strahlentherapie – welchen Belastungen sind die Radiologietechnologinnen und -technologien ausgesetzt?**
Julia Frey, Gebhard Mathis, Patrick Clemens, Raoul Pinter, Stefanie Winter, Alexander de Vries

Anmerkung: Die Beiträge **F8**, **P18** und **P23** wurden zurückgezogen und fehlen deshalb in diesem Abstract-Band.

Ausgewählte Vorträge für die Sitzung „Vor den Vorhang“

V1

Einstellung und Wissen zur Thematik „Reanimation“ von PatientInnen mit fortgeschrittenen Tumorerkrankungen auf der Palliativstation

Dr. med. univ., Matthias Unseld, PhD, cand. med. Gloria Gager, Dr. med. univ. Feroniki Adamidis, Dr. med. univ. Anna Kitta, Univ.-Prof. Dr. Herbert Hans Watzke, Ass.-Prof. Priv.-Doz. Dr. med. univ. et scient. med. Eva Katharina Masel

Klinische Abteilung für Palliativmedizin, Universitätsklinik für Innere Medizin I, Allgemeines Krankenhaus Wien, Medizinische Universität Wien, Österreich

Einleitung: Es fehlt an Information über die Einstellung von PatientInnen an Palliativstationen zur Thematik Reanimation. Ziel der Studie war es, a) Haltung und Wissen der PatientInnen zum Thema Reanimation zu untersuchen, b) Wissen der PatientInnen über ihre Erkrankung und c) Einstellung der PatientInnen zu vorausschauender Planung (Advance Care Planning) zu erheben.

Methoden: Die Studie basierte auf der qualitativen Methode der Inhaltsanalyse. Es wurden 18 semistrukturierte Interviews mit an einer fortgeschrittenen Krebserkrankung leidenden PatientInnen geführt, die an der Palliativstation der Medizinischen Universität Wien aufgenommen wurden. Die Interviews erfolgten in der ersten Woche nach Aufnahme, wurden digital aufgezeichnet und wört-

lich transkribiert. Die Daten wurden mit der Software NVivo 12 analysiert.

Ergebnisse: Die Ergebnisse eröffneten vier Themen: (1) Wunsch nach beziehungsweise Ablehnung von Reanimation, (2) Aufklärung über die eigene Erkrankung (3) Informationen zu Advance Care Planning und (4) Aufenthalt an der Palliativstation. Die Daten zeigten, dass die meisten PatientInnen keine Informationen zum Thema Reanimation in Bezug auf ihre eigene Situation erhalten hatten und ein hoher Prozentsatz der PatientInnen (7 von 18) auf der Palliativstation eine Wiederbelebung wünschte. Die Aufklärung über die eigene Erkrankung wurde von 16 von 18 PatientInnen als gut empfunden. Es fehlte weitgehend an Wissen über die Möglichkeit einer vorausschauenden Planung, während 5 von 18 Pati-

entInnen selbst ein Advance Care Planning initiiert hatten. Alle PatientInnen empfanden ihren Aufenthalt an der Palliativstation als sehr positiv.

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass es bei PatientInnen mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen an Wissen über Reanimation und Advance Care Planning mangelt. Sieben von 18 PatientInnen auf der Palliativstation äußerten den Wunsch nach Reanimation. Fünf von 18 PatientInnen, die eine Reanimation ablehnten, hatten selbst eine vorausschauende Planung eingeleitet. Der Aufenthalt an der Palliativstation wurde von allen PatientInnen als sehr positiv empfunden.

V2

Professionelles Selbstverständnis von Pflegepersonen in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung – Kompatibilität mit Advanced-Nursing-Practice-Konzept

Mag. Susanna Maria Fischer

Institut für Pflegewissenschaft, UMIT – Private Universität für Medizinische Informatik und Technik, Hall in Tirol, Österreich

Einleitung: Der größere Anteil älterer und hochbetagter Menschen benötigt einen erhöhten Pflege- und Betreuungsbedarf. Daraus resultiert eine Veränderung der Anforderungen an die Pflege und die Palliativversorgung. Um eine hochwertige Versorgung zu gewährleisten, müssen die Strukturen und Abläufe der Versorgung verändert werden, denn das Aufgabenspektrum der Pflege ist umfassend und braucht zukünftig Berufsprofile mit ausdifferenzierten Kompetenzniveaus.

Advanced Nursing Practice (ANP), eine erweiterte, vertiefte Pflegepraxis, kann eine Antwort darauf sein, denn die Pflege wird zunehmend spezialisierter. Bis dato existiert kein gesetzlich definiertes Berufsbild für ANP in Österreich. In dieser Forschung sollen ausgehend vom praktischen Handeln und Tun diplomierter Pflegepersonen, die in der Palliativversorgung tätig sind, zentrale Kriterien und Aspekte für ANP herausgearbeitet und hinterfragt werden.

Methoden: Im Rahmen eines qualitativen Forschungszuganges wird exploriert, wie das professionelle Selbstverständnis bei spezialisierten diplomierten ambulanten Palliativpflegepersonen in Österreich aussieht, wie sich deren Aufgaben in der spezialisierten ambulanten Palliativpflege gestalten und wie sich ihr professionelles Selbstverständnis zum ANP-Modell verhält. Die Forschung fand in vier österreichischen Bundesländern im Zeitraum von Jänner 2017 bis Oktober 2017 statt. Es wurden 12 fokussierende Interviews, 60 strukturierte Tagesprotokolle und vier Fokusgruppen als Datenquellen genutzt und gemäß der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet.

Ergebnisse: Die befragten Palliativpflegepersonen arbeiten bereits implizit großteils nach den Prinzipien von ANP. Den Prinzipien Coaching und Führung, Beratung und Konsultation, Zusammenarbeit sowie ethische Ent-

scheidungsfindung gehen alle mobilen ambulanten Palliativteams in Österreich nach. Klinisches und professionelles Leadership übernehmen hauptsächlich die KoordinatorInnen. Forschungsfertigkeiten, als weiteres Prinzip von ANP, haben in der täglichen Arbeit einen bisher untergeordneten Stellenwert. Der Faktor „Zeit haben zu dürfen für die PatientInnen“ wird als höchst wertvoll angesehen.

Schlussfolgerung: Die Zentralkompetenz von ANP, der direkte Kontakt mit PatientInnen und deren Familien, ist ein wesentliches Charakteristikum der ambulanten Palliativpflege in Österreich. Das Miteinander im Team stellt eine wichtige Ressource dar. Die Kernkompetenz von ANP „Forschungsfertigkeiten“ ist entsprechend zu forcieren.

V3

PICC-Katheder bei PalliativpatientInnen

Dr. Andrea Passini, MSc, Dr. Eva Amreich, DGKP Susanne Hautz, Dr. Johanna Jobstmann-Handl, Dr. Markus Lammer, Dr. Melanie Weissmüller, DL Dr. Christoph Tinchon

LKH Hochsteiermark, Leoben, Österreich

Einleitung: Für den palliativen Patienten/die palliative Patientin stellt gerade in der Übergangsphase zwischen Early Palliative Care und Terminal Care ein intravenöser Zugang oft eine große Erleichterung in der Versorgung und damit auch Steigerung der Lebensqualität dar. Hierbei kommt der PICC (Peripherally inserted central Catheter) häufig zum Einsatz. Allerdings ist die Abwägung von Vorteilen (fehlendes Pneumothoraxrisiko, lange Verweildauer, häuslich mögliche Infusionen) und Nachteilen (erhöhtes Thromboseisiko, Infektionen) bei fehlenden Scores schwierig.

Methoden: In einer retrospektiven Studie wurden die Indikationen der von der Palliativstation Hochsteiermark zwischen 01. 01. 2017 und 30. 09. 2018 gelegten PICC evaluiert und die aufgetretenen Komplikationen erfasst, um Zusammenhänge herauszufinden, die die Ent-

scheidung erleichtern, ob eine PICC-Anlage sinnvoll ist.

Ergebnisse: Es wurden in diesem Zeitraum bei 40 PatientInnen insgesamt 50 PICC-Anlagen durchgeführt. Die Indikationen für die PICC-Anlage waren 19-mal eine intravenöse Schmerztherapie über ein Pumpensystem und 12-mal andere intravenöse Infusionen wie Antibiotika oder Antiepileptika, wobei sich eine ausgeprägte Kachexie, eine große Volumengabe oder das Medikament selbst als Kontraindikation gegen eine subkutane Verabreichungsform herausstellte. Weitere Indikationen waren eine parenterale Ernährung bei Ileus, eine Dysfunktion des vorhandenen Port-a-Cath und eine geplante Chemotherapie. 10 Neuanlagen fanden aufgrund von Komplikationen bei bestehenden PICC-Kathetern statt. An Komplikationen (insgesamt 17) konnten Thrombosen, Infektionen, Katheter-

Okklusionen sowie Dislokationen und Selbstentfernungen erhoben werden.

Es wurden gemeinsam mit der Pflege Pflegestandards entworfen. Außerdem haben wir eine Entscheidungshilfe im Sinne eines Entscheidungsbaumes entwickelt, welchen wir in Zukunft in der Entscheidungsfindung zur PICC-Implantation bei palliativen PatientInnen prüfen werden.

Schlussfolgerung: Es hat sich gezeigt, dass der PICC in der Palliativmedizin eine gute Alternative ist, allerdings sollte die Entscheidung zur PICC-Implantation unter Beachtung des Therapieziels der verbesserten Lebensqualität sorgfältig erwogen werden. Ein Entscheidungsbaum kann dafür eine Hilfe sein, muss aber im klinischen Alltag erst erprobt werden.

V4

Betreuung von schwerkranken und sterbenden Menschen durch MitarbeiterInnen der Heimhilfe und der Hauskrankenpflege (HPC Mobil) – Ergebnisse eines 3-jährigen Pilotprojektes, Juni 2015 bis Juni 2018

Mag.a Dr.in Sigrig Beyer¹, Maria Eibel¹ BSc, MA, Mag.a Eva More-Hollerweger²

¹ Dachverband Hospiz Österreich, Wien, Österreich,

² NPO & SE Kompetenzzentrum, Wien, Österreich

Einleitung: Die Hauskrankenpflege in Österreich betreut und pflegt die Menschen zu Hause bei Gebrechlichkeit, Krankheit und im Sterben. Sehr oft haben sie in ihrer Tätigkeit kaum Wissen und Erfahrung zu Hospiz und Palliative Care (HPC), und ihre Trägerorganisation hat sich noch nicht mit dem Thema auseinandergesetzt und bietet daher wenig unterstützende Strukturen, Abläufe und Prozesse an. Der Arbeitsalltag der Hauskrankenpflege ist geprägt von großem Zeitdruck, fehlender Betreuungskontinuität und zeitlich fixierten Diensten.

Folgende Träger waren Projektteilnehmer:

Arbeiter-Samariter-Bund Wien, CS Caritas Socialis, Caritas der ED Wien, Sozial Global AG und Volkshilfe Wien. Über 2.000 Personen waren im Projekt involviert.

Ziele: # Entlastung und Unterstützung für die MitarbeiterInnen in ihrer Betreuung von schwerkranken und sterbenden Menschen, # Verbesserung der Zusammenarbeit mit den anderen Dienstleistern in der Betreuung zu Hause

Methoden: # Organisationsentwicklung zu HPC, # Fortbildung zu HPC, # Vernetzung und Kooperation

Ergebnisse: Die MitarbeiterInnen fühlen sich sicherer, gestärkter und kompetenter in der Begleitung von schwerkranken und sterbenden Menschen. Das, was sie in den drei Jahren gelernt haben, können sie auch anwenden. Sie wissen, wie wichtig die Begleitung der Angehörigen ist, und können besser einschätzen, wann sie die spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung einbeziehen. Sie bemühen sich verstärkt um die Zusammenarbeit mit den AllgemeinmedizinerInnen. Sie erkennen die Notwendigkeit einer vorausschauenden Planung.

Die Zusammenarbeit in der eigenen Organisa-

tion zwischen den Berufsgruppen ist wesentlich besser geworden.

Das Pilotprojekt hat aber auch Problemlagen aufgezeigt, die über die einzelnen Betreuenden und die teilnehmenden Organisationen hinausgehen. Notwendig wären:

1. Raschere Bewilligungserteilung von Zeiterhöhungen in palliativen Situationen

2. Flexible Betreuungszeiten bei den PatientInnen
3. Unterstützung der Zusammenarbeit im Netzwerk (AllgemeinmedizinerInnen, spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung ...)
4. Unterstützung für die Zusammenarbeit mit den Angehörigen
5. Finanzierung vorausschauender Planung (VSD Vorsorgedialog Mobil®)

6. Gewährleistung von Betreuungskontinuität

Wissenschaftliche Begleitung: NPO & SE Kompetenzzentrum, WU Wien

Organisationsberater:
Univ.-Prof. Dr. Ralph Grossmann

Förderung: Fonds Gesundes Österreich

V5

PalliDoc®-NÖ – ein partizipatives sektoren-, setting- und strukturübergreifendes Projekt zur kollektiven Qualitäts(weiter)entwicklung in spezialisierten mobilen und konsiliarisch tätigen Palliativteams in Niederösterreich

Mag. Dr. Helga Zellhofer¹, Mag. (FH) Dr. Angelina Falkner², Evelyn Heymans³

¹ NÖ Landeskliniken-Holding, St. Pölten, Österreich

² Landesklinikum Horn, PKD/MPT, Horn, Österreich

³ Johanniter NÖ-Wien Gesundheits- und soziale Dienste mildtätige GmbH, MPT/PKD, Waidhofen an der Ybbs, Österreich

Einleitung: Seit 2006 wurden in NÖ intra- und extramurale Strukturen spezialisierter Palliativbetreuung auf- und ausgebaut. Die dabei neu entwickelte, für die Qualität der Versorgung zentrale multidimensionale Zusammenarbeit sowie wechselnde Stand- und Einsatzorte kombinierter Palliativkonsiliar-dienste und mobiler Palliativteams stellen besondere Anforderungen an Kommunikations-/Dokumentationssysteme, welche mit gängigen Systemen nicht abbildbar waren. Mit dem Übergang in die „Regelversorgung“ im Jahr 2013 wurde deshalb sukzessive eine elektronische Plattform entwickelt, die den Bedürfnissen und Zielsetzungen der handelnden AkteurInnen in diesem Setting entspricht.

Methoden: Im Rahmen eines partizipativen zirkulären Forschungsprozesses mit wechselnden Phasen des Planens, Handelns, Beobachtens und Reflektierens wurden Bedarfe an diese Plattform unter Einbeziehung der Beteiligten (20 multiprofessionelle spezialisierte Palliativteams unterschiedlicher Träger, LV

Hospiz NÖ) erhoben und analysiert sowie eine Software in der Praxis getestet, gemeinsam weiterentwickelt und in der Folge schrittweise niederösterreichweit implementiert. Verwendete Verfahren sind an den Methoden der Prozessevaluation und der Aktionsforschung angelehnt (Beobachtung, Feldnotizen, Interviews/Fokusgruppen).

Ergebnisse: Phase 1 (Pilotteams Horn und Waidhofen/Ybbs) und Phase 2 (Pilot Waldviertel, gesamt vier Teams) dienten dazu, zum einen die Problemsicht, Präferenzen und Erfahrungen mit bisherigen Dokumentationsinstrumenten sowie zum anderen die praktische Handhabbarkeit eines elektronischen interprofessionellen Dokumentations-, Kommunikations- und Qualitätssicherungssystems aufzuzeigen, woraus Empfehlungen und konkrete Vorgehensweisen für eine Implementierung bei weiteren Palliativteams in Niederösterreich (Phase 3) abgeleitet werden konnten. Das Schulungskonzept umfasst neben einer strukturierten AnwenderInnenschulung aller

MitarbeiterInnen, vertiefende Schulungen inkl. eines modular gestalteten AnwenderInnenhandbuchs, Workshops für die definierten Key-UserInnen je Team und die Möglichkeit zur Hospitation. Neben ihrer Administratoren-tätigkeiten sind die Key-UserInnen MitarbeiterInnen in der inhaltlichen und technischen Weiterentwicklung (Qualitätszirkel, Kennzahlenentwicklung etc.). Das Projekt wird, wie auch die Tätigkeit der spezialisierten Palliativstrukturen in Niederösterreich, über den NÖGUS finanziert und wurde mit dem INTEGRI 2018 ausgezeichnet.

Schlussfolgerung: Mit PalliDoc® NÖ können die für eine kontinuierliche Palliativversorgung essenziell wichtigen professions-, institutions- und sektorenübergreifenden Informations-, Kommunikations- und Qualitätssicherungsprozesse unterstützt und die Qualität palliativer Sorge-Arbeit teamübergreifend gemeinsam weiterentwickelt werden.

F1 Pflegeabhängigkeit von PatientInnen bzw. BewohnerInnen in Langzeitpflegeeinrichtungen in ihrem letzten Lebensjahr

Gerhilde Schüttengruber

Institut Für Pflegewissenschaft, Medizinische Universität Graz, Österreich

Einleitung: Die geriatrische Palliativversorgung gewinnt auf Grund der demografischen Entwicklung zunehmend an Bedeutung. Es ist jedoch nicht nur die Anzahl an älteren Menschen, sondern es sind auch die speziellen Bedürfnisse von alten und hochaltrigen Menschen, die eine besondere Versorgung in der letzten Lebensphase notwendig machen. Ziel dieser Datenanalyse ist die Pflegeabhängigkeit und Pflegeprobleme (Dekubitus, Sturz, Mangelernährung ...) von PatientInnen bzw. BewohnerInnen aufzuzeigen, die in einer Langzeitpflegeeinrichtung leben und sich in ihrer letzten Lebensphase befinden.

Methoden: Die Daten wurden 2017 im Rahmen der jährlich stattfindenden Österreichischen Pflegequalitätserhebung erhoben. Es handelt es sich um eine multizentrische Querschnittsstudie. Die Datenerhebung erfolgt mittels eines standardisierten Fragebogens,

der die 15 Items umfassende Pflegeabhängigkeitsskala inkludiert. An der Befragung nahmen geriatrische Krankenhäuser und Pflegeheime teil.

Ergebnisse: Es wurden die Daten von 643 PatientInnen bzw. BewohnerInnen analysiert. Die Daten jener PatientInnen und BewohnerInnen, die sich anhand der Einschätzung der Pflegekräfte im letzten Lebensjahr befanden, wurden hinsichtlich Pflegeproblemen und Pflegeabhängigkeit mit den Daten jener verglichen, die sich nicht im letzten Lebensjahr befanden. Es zeigten sich statistisch signifikante Unterschiede hinsichtlich Pflegeproblemen und Pflegeabhängigkeit. Personen im letzten Lebensjahr hatten häufiger Stürze, litten häufiger unter Mangelernährung und Druckgeschwüren und waren statistisch signifikant häufiger zu einem hohen Grad pflegeabhängig. Hinsichtlich der medizinischen Dia-

gnosen zeigte sich, dass diese Personen statistisch häufiger an Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Demenz litten.

Schlussfolgerung: Geriatrische PatientInnen und BewohnerInnen, die sich im letzten Lebensjahr befinden, haben eine erhöhte Pflegeabhängigkeit, vermehrt Pflegeprobleme und leiden häufiger an Demenz und Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Vergleich zu den geriatrischen PatientInnen und BewohnerInnen, die sich nicht in der letzten Lebensphase befinden. Daraus kann abgeleitet werden, dass die Pflege im Sinne einer speziellen geriatrischen Palliativversorgung angepasst werden sollte, um eine adäquate Versorgung gewährleisten zu können.

F2

Frau Doktor, wie lange noch? Die Palliative Performance Scale (PPS) als Hilfsmittel zur Einschätzung der Lebenszeit von PalliativpatientInnen – Validierung einer deutschen Version

Dr. Veronika Mosich¹, Martin Andersag¹, Univ.-Prof. Dr. Herbert Watzke²

¹ Barmherzige Brüder Krankenhaus Wien, Österreich

² Klinische Abteilung für Palliativmedizin, Medizinische Universität Wien, Österreich

Einleitung: Die Palliative Performance Scale (PPS) wird in ihrer englischen Originalversion seit etwa zwei Jahrzehnten verwendet, um das Funktionsniveau von PalliativpatientInnen mithilfe von anamnestisch erhebbaren bzw. beobachtbaren Parametern zu beschreiben. Dabei werden Mobilität, Aktivität/Krankheitszeichen, Pflegebedarf, Nahrungsaufnahme und das Bewusstsein in die Einschätzung des Zustands des Patienten/der Patientin einbezogen. Mittels der englischen PPS kann die noch zu erwartende Lebenszeit abgeschätzt werden: je höher das Funktionsniveau, desto länger die zu erwartende Lebenszeit. Sowohl lebensbedrohlich Erkrankte wie auch ihre Angehörigen und Behandelnden haben ein Interesse, die verbleibende Lebenszeit einschätzen zu können, um entsprechende Planungen

vornehmen zu können. Bisher lag noch keine validierte deutsche Übersetzung der PPS vor.

Methoden: Anhand von 394 PatientInnen eines palliativen Konsiliardienstes wurden die Funktionsniveaus entsprechend einer deutschen Version der PPS mit der Überlebenszeit korreliert, Kaplan-Meier-Kurven erstellt und auf Unterschiede geprüft.

Ergebnisse: Das mittlere Funktionsniveau der untersuchten PatientInnen lag bei 38,1 %. In der untersuchten Population wurden klar Unterschiede des Überlebens entsprechend den einzelnen PPS-Kategorien dargestellt. Auch für die deutsche Übersetzung der PPS wurde gezeigt: Je höher das Funktionsniveau, desto länger war auch die dokumentierte Le-

benszeit. 66 % der PatientInnen mit PPS 10 % überlebten mehr als einen Tag; 60 % mit PPS 30 % mehr als 7 Tage, 45 % mit PPS 60 % mehr als 30 Tage, und mit PPS 70 % blieben 24 % der Betroffenen mehr als 120 Tage am Leben. Geschlecht und Alter hatten keinen signifikanten Einfluss auf das Überleben. Die Sensitivität der PPS für die Überlebensprognose war für die höheren PPS-Kategorien am größten, die Spezifität hingegen für die geringeren PPS-Kategorien.

Schlussfolgerung: Die PPS ist in der nun vorliegenden deutschen Version ein geeignetes und valides Hilfsmittel, um die Überlebenszeit von PalliativpatientInnen allein auf der Basis von klinischen Informationen einzuschätzen.

F3

Zur Expertise von Betroffenen im Leben mit Krebserkrankung

Mag. Dr. Helga Zellhofer

IFF-Wien, Fakultät für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung, Palliative Care und Organisationsethik, Alpen-Adria-Universität Klagenfurt, Wien, Graz, Österreich

Einleitung: PatientInnen sowie ihre An- und Zugehörigen wird im Leben mit Krebserkrankung, in Anerkennung ihrer Selbstbestimmung, zunehmend mehr Verantwortung bezüglich ihrer Gesundheitsversorgung zuerkannt. Obwohl sie dabei sogar in einen Expertenstatus gehoben werden, bleiben in professionellen Konzeptionen mögliche persönliche Praktiken und Stärken beziehungsweise Fähigkeiten im Umgang mit den vielfältigen He-

rausforderungen im Leben mit Krebs weitgehend unberücksichtigt.

Methode: Ausgehend von Hinweisen auf das Phänomen der PatientInnen- beziehungsweise Betroffenenexpertise im Leben mit Krebserkrankung, wird dieses in der Forschungsarbeit vertiefend mit Fokus auf die Lebenswelt, im Kontext historischer, gesellschaftlicher, gesundheitswissenschaftlicher und gesund-

heitspolitischer Konzeptionen und Wissenskonstruktionen, exploriert. Unter konsequenter Berücksichtigung einer interpretativ-phänomenologischen Herangehensweise und unter Nutzung verschiedener Datenquellen und Datenarten im Rahmen eines systematischen zyklischen Forschungsprozesses, werden Diskurse unterschiedlicher Perspektiven und Wissenschaftsbereiche herausgearbeitet, nachgezeichnet und aufeinander bezogen.

Ergebnisse: Identifiziert wurden umfassende und bedeutende Aspekte persönlicher Betroffenenexpertise und Selbstkompetenz, die sich im lebensweltlichen Umfeld im Rahmen sozialer Prozesse und Praktiken nicht linear, sondern zirkulär in reflexiven Vor- und Rückwärtsbewegungen entfalten. Individuelle Ressourcen, Stärken und Fähigkeiten, aber auch phasenweise variierende situative Hilfebedürftigkeit werden von Akteuren des Gesundheitswesens vielfach nur unzureichend

oder nur fragmentiert wahrgenommen. Mögliche Anknüpfungspunkte für eine notwendige, begleitende, stärkende, mitmenschliche und professionell-fachliche Um-Sorge, wie aus der Perspektive der Betroffenen beschrieben, bleiben damit ungenutzt. Gründe dafür liegen in jeweils unterschiedlichen Wirklichkeiten, Relevanzstrukturen und individuellen oder auch professionsspezifischen Deutungsmustern und Typisierungen.

Schlussfolgerung: Die gewonnenen Erkenntnisse bieten wesentliche Ansätze für weiterführende Forschung und Praxis. Zentral zeigt sich das Erfordernis, Selbstkompetenzen der Betroffenen systematisch einzubeziehen und im Sinne der Transdisziplinarität relevantes Wissen für Versorgung und Sorge zu generieren.

F4

Eine retrospektive Studie über den Einfluss einer Notfallinformation auf den Sterbeort von PalliativpatientInnen

*MMag. Dr. Günter Polt, MSc, Dr. Dietmar Weixler, MSc, Dr. Norbert Bauer, MBA
Mobiles Palliativteam Hartberg/Weiz/Vorau, Graz, Österreich*

Einleitung: In der Palliativmedizin ist eine vorherschauende Planung wichtig, auch um sinnvolle und vom Patienten/von der Patientin und seinen/ihren Angehörigen gewünschte Entscheidungen über den Transfer in Krisensituationen sowie ein mögliches Versterben zu Hause zu treffen.

In der vorliegenden Arbeit wurde die Wirkung einer neu implementierten Notfallinformation auf den Sterbeort untersucht. Diese Notfallinformation ermöglichte, vorab einen Wunsch hinsichtlich des Transfers in einer Krisensituation festzuhalten und dem Notfallsystem mitzuteilen.

Methoden: Insgesamt wurden 858 vom mobilen Palliativteam Hartberg/Weiz/Vorau im Zeitraum 2010 bis 2015 betreute PalliativpatientInnen in die Studie eingeschlossen. Die Interventionsgruppe, für die eine Notfallinformation errichtet wurde, umfasste 38 PatientInnen. Die Datenauswertung erfolgte retrospektiv, pseudoanonymisiert und extern.

Ergebnisse:

- 1) Die Notfallinformation erhöhte die Wahrscheinlichkeit für die Interventionsgruppe, zu Hause zu versterben, signifikant (Vergleich mit 2 Kontrollgruppen $p = 0,04$ bzw. $p = 0,19$).
- 2) Wesentlich bei dieser Änderung war die Berücksichtigung des PatientInnenwillens. Die in der Notfallinformation getroffene Entscheidung hinsichtlich des Transports korrelierte hoch signifikant ($p = 0,01$) mit dem tatsächlichen Sterbeort.
- 3) Die Notfallinformation war ein sinnvolles Steuerungsinstrument für die Auslastung von Spezialeinrichtungen, da innerhalb der Interventionsgruppe junge PatientInnen (mit eher großer Symptomenlast) häufiger in einer Spezialeinrichtung (= Palliativstation) und alte (eher geriatrische) PatientInnen in einem allgemeinen Krankenhaus verstarben.
- 4) Es ließ sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Betreuungsdauer und

der Wahrscheinlichkeit, dass eine Notfallinformation verfasst wurde, nachweisen ($p = 0,63$). Allerdings bestand eine hohe Signifikanz zwischen der Anzahl der Hausbesuche und der Wahrscheinlichkeit, dass eine Notfallinformation errichtet wurde ($p = 0,02$).

Schlussfolgerungen: Bei insgesamt kleiner Interventionsgruppe, die auf ein einziges Palliativteam begrenzt war, könnten sich aus weiteren Studien konkrete Handlungsanweisungen für die Arbeitsweise von mobilen Palliativteams hinsichtlich Umfang, Dauer und Frequenz von Hausbesuchen ergeben und so der Begriff der „Betreuungskontinuität“ in den Leitlinien konkretisiert werden. Die vorliegende Studie selbst erbrachte Hinweise, dass häufigere und kurze Hausbesuche besser geeignet sind, um den PatientInnenwunsch hinsichtlich Sterbeort umzusetzen, als längere, aber seltene PatientInnenkontakte.

F5

Evaluierung der hausärztlichen Palliativversorgung in Vorarlberg: Ergebnisse und Verbesserungsvorschläge von Seiten der Hausärzte/-ärztinnen

*Dr. Johannes Eibensteiner, Dr. Rosemarie Plötzeneder
Göfis, Österreich*

Einleitung: Bis zu 90 % der unheilbar erkrankten, sterbenden PatientInnen im niedergelassenen Bereich können und werden durch Hausärzte/-ärztinnen betreut. Ziel der Untersuchung war, den aktuellen Stand hausärztlicher Palliativversorgung in Vorarlberg, ein österreichisches Bundesland mit 388.000 EinwohnerInnen, zu untersuchen und sowohl Schwächen als auch Stärken im vorhandenen System (bestehend aus Hausärzten/-ärztinnen, Akut-Spitälern, mobilem Palliativteam, Palliativstation sowie Hauskrankenpflege, Physiotherapie, Seelsorge, Sozialarbeit) aufzuzeigen.

Methoden: Über das E-Mail-System der Vorarlberger Ärztekammer wurde ein Fragebogen an alle niedergelassenen AllgemeinmedizinerInnen (AM) im Bundesland versendet. 40 MedizinerInnen nahmen an der Befragung teil. Die Fragen bezogen sich im Allgemeinen auf die Entscheidungsfindung für eine pallia-

tive Betreuung sowie deren Art sowohl in Hinblick auf verwendete Medikamente als auch auf die Zusammenarbeit mit anderen Diensten. Im Speziellen wurde die Zufriedenheit des Hausarztes/der Hausärztin mit dem vorhandenen System untersucht.

Ergebnisse: Von den 228 AM in Vorarlberg nehmen 40 an der Untersuchung teil (Rücklaufquote 17,5 %). Alle MedizinerInnen räumen der Palliativbetreuung einen hohen Stellenwert ein. Opioide finden regelmäßig Anwendung, der Einsatz von Neuroleptika, Benzodiazepinen und Parasympathikolytika insgesamt seltener. Die Hauskrankenpflege spielt eine tragende Rolle. Die Unterstützung durch das mobile Palliativteam wird von 38 AM als „sehr gut“ oder „gut“ bewertet, nur ein einziger Arzt hat noch nie mit dem MPT zusammengearbeitet. Kritisiert wird die im System fehlende Wahrnehmung des AM in der Rolle als BehandlungsführerIn, das oft-

mals Nichteinbeziehen des Hausarztes/der Hausärztin von Seiten der Krankenhausabteilungen beim Entlassungsmanagement sowie die unzureichende Abrechenbarkeit der zeitintensiven Betreuung über das derzeit bestehende Abrechnungssystem.

Schlussfolgerung: Die überragende Mehrheit der Hausärzte/-ärztinnen ist mit dem bestehenden System der Palliativbetreuung in Vorarlberg zufrieden. Hervorgehoben wird die gute Zusammenarbeit und Verfügbarkeit verschiedener Palliativeinrichtungen sowie anderer Professionen wie etwa die Hauskrankenpflege. Allerdings bemängeln die AM die Wahrnehmung ihrer Bedeutung als BehandlungsführerInnen sowie die derzeitige Honorierung. Demzufolge sind die Maßnahmen, wie sie von der Österreichischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin im aktuellen Masterplan gefordert werden, zu befürworten.

F6

Integrierte Palliativbetreuung (IPB) in Tirol – das Erleben der pflegenden Angehörigen

Mag. Christine Rungg¹, Assoc. Prof. Dr. Elisabeth Reitinge², Dr. Elisabeth Medicus³, MAS

¹ FH Gesundheit, Innsbruck, Österreich

² Institut für Pflegewissenschaft, Wien, Österreich

³ Tiroler Hospiz-Gemeinschaft, Hall, Österreich

Einleitung: Das Modell Integrierte Palliativbetreuung (IPB) möchte für Menschen in Tirol mit komplexer palliativer Situation die Möglichkeit schaffen, daheim versorgt werden zu können. Den Betroffenen werden die in Palliativsituationen anfallenden Mehrleistungen vergütet, diese können für 28 Tage (einmalige

Verlängerung möglich) bezogen werden. Seit Jahren sind pflegende Angehörige der größte informelle Pflege- und Betreuungsdienst im Gesundheitswesen. Sie unterliegen enormen Belastungen sowie Gesundheitsrisiken und sollten jedenfalls unterstützt werden, um diese schwierige Zeit möglichst unbeschadet zu

bewältigen. Hier kann die integrierte Palliativbetreuung einen menschlich und ökonomisch wichtigen Beitrag leisten.

Methode: Zielsetzung der Arbeit ist es, das Erleben von Angehörigen während der Betreuung im Rahmen von IPB zu erfassen, um

Ansatzpunkte zur Optimierung der IPB zu identifizieren. Es wurden 12 teilstrukturierte qualitative Interviews im Zeitraum Dezember 2017–Mai 2018 (12 Frauen, 2 Männer) mit pflegenden Angehörigen 6–12 Monate nach Versterben des betreuten Menschen durchgeführt. Ausgewertet wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring.

Ergebnisse: Die Analyse gibt einen Einblick über das Erleben der Angehörigen im Rahmen von IPB hinsichtlich Zugang, Quantität und Qualität der Betreuung. Pflegenetzwerke aus

professionellen und informellen HelferInnen, Koordination und Klarheit über Zuständigkeiten und Veränderungen der Netzwerke werden in ihrer Struktur erkennbar. Die Auswirkungen der Pflegesituation auf die pflegenden Angehörigen sowie Schwierigkeiten und Hilfreiches in dieser Situation werden beschrieben. Die Zeit nach der Betreuung im Umgang mit dem Verlust des betreuten Menschen wird thematisiert.

Schlussfolgerungen: Die Betreuung im Rahmen von IPB bietet für die pflegenden An-

gehörigen große Unterstützung. Neben dem strukturellen Rahmen sind es die persönlichen, vor allem kommunikativen Kompetenzen der professionellen HelferInnen, die Erleichterung schaffen. Angehörige zeigen verschiedene Copingstrategien und emotionale Umgangsweisen in dieser Belastungssituation, diese gilt es zu identifizieren und gezielt zu unterstützen. Der Bedarf an Begleitung geht bei einigen InterviewpartnerInnen über das Versterben des betreuten Menschen hinaus.

F7

Bedürfnisse von Angehörigen in der häuslichen Hospiz- und Palliativversorgung erfassen und aufnehmen – ein Implementierungsprojekt

PD Dr. Sabine Pleschberger¹, Dr. Christiane Kreyer², Gerda Graf³

¹ Gesundheit Österreich GmbH, Wien, Österreich

² Medizinische Informatik und Technik, UMIT – Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Hall in Tirol, Österreich

³ Hospizbewegung Düren-Jülich, Deutschland

Hintergrund: Das Anliegen eines praxisorientierten Forschungsprojektes in NRW ist, Bedürfnisse von Angehörigen in der häuslichen Hospiz- und Palliativversorgung zu erfassen und aufzunehmen. Ein in England entwickelter Ansatz zur Unterstützung Angehöriger (Carer Support Needs Assessment Tool – CS-NAT) wurde übersetzt und validiert und als KOMMA-Ansatz in Hospiz-/Palliativdiensten an drei Standorten in NRW implementiert.

Ziel: Erfassen von Herausforderungen, die sich bei der Implementierung eines systematischen Ansatzes in Hospiz- und Palliativdiensten ergeben.

Methode: Implementierung eines systematischen Ansatzes zur Erfassung von Bedürfnis-

sen Angehöriger in Hospiz-/Palliativdiensten über Multiplikatorentandems (pro Standort eine Koordinatorin des Hospizdienstes sowie eine Pflegekraft aus dem SAPV-Team). Alle MitarbeiterInnen wurden für den Einsatz geschult. Mixed-Methods Approach für wissenschaftliche Begleitforschung; in regelmäßigen Projektforen (n = 5) wurden die Erfahrungen im Implementierungsprozess mit den MultiplikatorInnen reflektiert. Zudem wurden Interviews mit beteiligten AkteurInnen durchgeführt (n = 8) und inhaltsanalytisch ausgewertet.

Ergebnis: Der Einsatz von MultiplikatorInnen für die Implementierung erwies sich als sinnvolle Struktur. Systematische Angehörigenarbeit stellte ein Novum für die beteiligten

Dienste dar und wurde häufig aufgrund des Fokus auf PatientInnen nachgereicht. Sowohl Hospizdienste als auch SAPV-Teams widmen sich Angehörigen, womit das Zueinander in der Anwendung von KOMMA zu einem zentralen Thema auch der Zusammenarbeit zwischen den Diensten wurde. Angehörigenarbeit in der Leistungserfassung und -vergütung adäquat abzubilden stellte zudem v. a. SAPV-Teams vor Probleme.

Schlussfolgerungen: Die Heterogenität der Versorgungslandschaft in Deutschland führt zu besonderen Rahmenbedingungen für die Implementierung eines innovativen Ansatzes, zumal sowohl Hospiz- als auch Palliativdienste Angehörigenarbeit leisten.

F8

Dieses Abstract wurde zurückgezogen

F9

Unterstützungsbedürfnisse ermitteln – Entwicklung und Evaluierung einer Schulung für den KOMMA-Ansatz

Dr. Christiane Kreyer¹, PD Dr. Sabine Pleschberger²

¹ Medizinische Informatik und Technik, UMIT – Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Hall In Tirol, Österreich

² Gesundheit Österreich GmbH, Österreich

Hintergrund: Die Implementierung des KOMMA-Ansatzes in vier Hospiz-/Palliativdiensten in NRW ist Ziel eines praxisorientierten Forschungsprojekts. Dieser nutzerorientierte Ansatz umfasst die Selbsteinschätzung von Bedürfnissen durch Angehörige mittels eines Assessmentbogens. Da dies ein Umdenken erfordert, ist es wichtig, die MitarbeiterInnen dafür auszubilden. Ziel war die Entwicklung und Evaluierung einer Schulung, um HospizkoordinatorInnen und Palliativpflegekräfte für die Anwendung des KOMMA-Ansatzes in der Praxis zu befähigen.

Methode: Auf Basis der englischen Schulung und den Ergebnissen der Validierung des KOMMA-Bogens wurde ein Schulungsdesign entwickelt. Die Schulungsunterlagen wurden

übersetzt und an den deutschen Kontext angepasst. Konzepte für eine MultiplikatorInnen-schulung und eine AnwenderInnen-schulung wurden entwickelt und erprobt. Zur Evaluierung wurden eine Gruppendiskussion mit den MultiplikatorInnen (n = 6) sowie eine schriftliche Befragung der MitarbeiterInnen (n = 17) durchgeführt.

Ergebnisse: Sechs MultiplikatorInnen nahmen an der MultiplikatorInnen-schulung teil und führten daraufhin die AnwenderInnen-schulung durch. Letztere bestand aus einem dreistufigen Vorgehen: (1) Basismodul, (2) praktischer Einsatz bei 2–3 Angehörigen, (3) Follow-up. Die MultiplikatorInnen schätzten sich als gut vorbereitet für die Durchführung der Schulungen ein. Die Schulungsunterlagen

wurden als klar und nützlich eingestuft. Die MitarbeiterInnen beurteilten die Schulung als sehr gut bis gut: Insbesondere das Vorgehen in drei Schritten wurde als sehr sinnvoll bewertet. Zeitlich war es z. T. nicht möglich, den KOMMA-Ansatz bei mehr als einem Angehörigen zu erproben.

Schlussfolgerungen: Das Schulungskonzept hat sich bewährt, um MitarbeiterInnen ambulanter Palliativteams auf den KOMMA-Einsatz vorzubereiten. Zwischen der Basis-schulung und dem Follow-up sollte mehr Zeit eingeplant werden, damit es gelingt, den KOMMA-Ansatz praktisch zu erproben und die ersten Erfahrungen im Follow-up zu besprechen.

F10

Resilienz in der Palliative Care. Eine grundlegende Kompetenz für die Pflege

Stefanie Zimmermann, MSc

Palliativstation, Landeskrankenhaus Hohenems, Österreich

Die vorliegende Masterarbeit beschäftigt sich mit den aktuellen Arbeitsumständen, die sich in der Palliative Care manifestiert haben. Die ständige Konfrontation mit Sterben und Tod ist nicht die einzige Herausforderung, der sich das Betreuungsteam stellen muss, sondern auch organisationale Aspekte wie Zeitmangel, zunehmende Arbeitsbelastung durch ein hohes Arbeitspensum, vermehrte PatientInnenfluktuation verbunden mit entsprechendem Anstieg administrativer Tätigkeiten sowie Belegungsdruck sind zu alltäglichen Belastungen geworden. Die Berufsgruppe der Pflegenden steht im Zentrum der Aufmerksamkeit der vorliegenden Arbeit. Es stellt sich die Frage, wie das Pflegepersonal unter den veränderten Rahmenbedingungen weiterhin eine bereichernde Palliativarbeit leisten kann, ohne dass dabei die ursprüngliche Essenz der Hospiz- und Palliativbewegung verloren geht.

Der Diskrepanz zwischen Ideal und Realität soll Abhilfe geschaffen werden. Resilienz, die psychische Widerstandsfähigkeit, als grundlegende und erlernbare Kompetenz, scheint eine Lösung zu sein. Es wird weiters der Frage nachgegangen, wieso ein hohes Maß an Resilienz in der Betreuung von PalliativpatientInnen für die Pflegeperson von besonderer Bedeutung ist.

Mithilfe einer qualitativen Interviewstudie wird die Wichtigkeit der Resilienz bei insgesamt 19 Pflegenden an einer Palliativstation und an zwei Akutstationen in palliativem Setting näher erläutert sowie die Unterschiede der beiden Bereiche aufgezeigt. Die Daten werden anhand von Interviews gewonnen und transkribiert. Das gewonnene Datenmaterial wird im Anschluss einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring unterzogen. Die

Ergebnisse verdeutlichen die Signifikanz der Resilienz im Pflegeberuf. Die Interpretation ermöglicht es, eine Kongruenz mit dem Kohärenzkonzept nach Aaron Antonovsky herzuleiten, was wiederum die Relevanz der Thematik verdeutlicht. Diese Übereinstimmung mit dem Konzept ermöglicht, die Faktoren zu verstehen, die Resilienz zu fördern und damit die Belastungen zu reduzieren. Weiteres zeigt die Forschung auf, welche Bereicherungen Pflegenden in ihrem Berufsalltag in der Konfrontation mit PalliativpatientInnen erleben, die einen starken Einfluss auf ihre Berufszufriedenheit und ihr Wohlbefinden der palliativ Tätigen haben.

Schlüsselwörter: Resilienz, Palliative Care, Kohärenzgefühl, Salutogenese, Ressourcenorientierung, Selbstreflexion, Belastungsfaktoren

F11

PEG-Sonden-Anlage bei hochaltrigen, multimorbiden PatientInnen – eine retrospektive Studie

Dr. Raimund Fettweis, Dr. Brigitte J. Mayr-Pirker, Univ.-Prof. Bernhard Iglseder
Universitätsklinik für Geriatrie, Salzburg, Österreich

Einleitung: Die Anlage einer PEG-Sonde hat sich in den letzten Jahrzehnten als bewährte Methode zur Überbrückung kurz- oder langfristiger neurogener Schluckstörungen erwiesen. Speziell bei hochaltrigen Patienten stellt sich jedoch eine große ethische Herausforderung, da in dieser Altersgruppe die Mortalität hoch und die Indikation für eine PEG-Sonde oft umstritten ist.

Methoden: An zwei Kliniken der Paracelsus Privatuniversität Salzburg (Universitätsklinik für Geriatrie und Neurologie) wurden alle PatientInnen, die zwischen 2008 und 2015 eine PEG-Sonde erhalten haben, einer retrospektiven Analyse bezüglich Grunderkrankung, Funktionsstatus und Outcome unterzogen. Ein besonderes Augenmerk wurde dabei auf die Gruppe der Hochaltrigen (Altersgruppe über 79 Jahre) gerichtet.

Ergebnisse: Im Zeitraum 2008–2015 wurde an beiden Kliniken bei insgesamt 460 PatientInnen eine PEG-Sonde angelegt. Davon waren 178 PatientInnen über 79 Jahre alt. Wir zeigen, dass die häufigsten Erkrankungen, die in der Salzburger Studie eine PEG-Anlage erforderlich machten, sogenannte neurologische Alterserkrankungen (insbesondere zerebrovaskuläre Erkrankungen) waren. Bei hochaltrigen PatientInnen war in etwa 11 % der Fälle eine Demenz die qualifizierende Grunderkrankung für die PEG-Anlage. Die Krankenhausmortalität in der Salzburger Studie betrug 12,2 %, bei den Hochaltrigen 14 %. Die 1-Monats-Mortalität bei den hochaltrigen PatientInnen lag bei 24,7 %, die Halbjahres-Mortalität sogar bei 50 %.

Diskussion: Die Ergebnisse unserer Untersuchung zeigen, dass bei hochaltrigen PatientInnen

das qualifizierende Ereignis für das Anlegen einer PEG-Sonde zumeist ein akutes zerebrovaskuläres Geschehen ist, während Demenzerkrankungen in den letzten Jahren eine abnehmende Rolle spielen. Bei hochaltrigen PatientInnen mit PEG-Sonde ist der funktionelle Outcome mehrheitlich schlecht und das Mortalitätsrisiko hoch.

Schlussfolgerung: Die Anlage von PEG-Sonden stellt im klinischen Alltag, speziell bei hochaltrigen PatientInnen, eine große ethische Herausforderung. Die Ergebnisse unserer Studie sollen den Blick der EntscheidungsträgerInnen schärfen und darauf hinweisen, dass die Indikationsstellung einer PEG-Sonde speziell bei hochaltrigen PatientInnen eine individuelle Entscheidung sein muss.

F12

Heimparenterale Ernährung bei KrebspatientInnen in der Palliative Care

Katrin Krautgartner
FH Gesundheitsberufe OÖ GmbH, Linz, Österreich

Einleitung: Die heimenterale Ernährung, die heimparenterale Ernährung (HPE) sowie orale Trinknahrungen sind im ambulanten Bereich bewährte und sichere Maßnahmen, die als zusätzliche Nahrungsaufnahme zur Verfügung stehen. Besonders im ambulanten Bereich spielen PatientInnenwille, Lebensqualität und Ethik eine wichtige Rolle. Die vorliegende Arbeit untersucht die Fragestellung, welche Vor- bzw. Nachteile eine heimparenterale Ernährung bei KrebspatientInnen im palliativen Setting hat, und ob die Vorteile gegenüber den Nachteilen überwiegen.

Methode: Es erfolgte eine systematische Literaturrecherche in den Online-Datenbanken PubMed und Google Scholar von Anfang bis Ende April 2018. Ergänzend dazu wurde eine manuelle Suche mittels Schneeballsystems durchgeführt.

Ergebnisse: Vier der eingeschlossenen Studien konnten eine Verbesserung der Lebensqualität durch heimparenterale Ernährung feststellen. Lediglich in einer Studie wurde ein verlängertes Leben beobachtet. PatientInnen der Studie von Chermesh et al. berichteten über viele Komplikationen, wie Knochenschmerzen, Ödeme, Hyperkaliämien, Sepsis und Katheterinfektionen, einer HPE. Zudem traten in der Studie von Senesse et al. Schwierigkeiten wie Hypoalbuminämien, lokale Infektionen, Katheter-Behinderungen, Verdauungsstörungen einschließlich Übelkeit, Durchfall und Erbrechen, Hyperthermie, Schüttelfrost, Nykturie und Schlafstörungen auf. Eine einzige Studie untersuchte die Wirkung von HPE auf die fettfreie Masse (FFM) und kam zu dem Schluss, dass HPE eine Erhöhung der FFM hervorrufen kann.

Schlussfolgerung: Alles in allem überwiegen die Vorteile gegenüber den Nachteilen einer heimparenteralen Ernährung. Dennoch kann keine allgemeine Aussage getroffen werden, bei welchen Menschen eine heimparenterale Ernährung zum Einsatz kommen soll. Unter Berücksichtigung von psychischem und physischem Zustand sowie dem Wunsch von PatientInnen sollen individuelle Entscheidungen und Behandlungsziele getroffen werden. Zusammenfassend lässt sich aufgrund der eingeschlossenen Studien feststellen, dass weitere Untersuchungen folgen müssen, um die bisherigen Ergebnisse zu ergänzen und zu bestätigen.

Schlüsselwörter: heimparenterale Ernährung, KrebspatientInnen, Palliativ Care, Lebensqualität

F13

Parenterale Flüssigkeitssubstitution bei PalliativpatientInnen: der schmale Grat zwischen dem „Nicht-verdursten-lassen-Wollen“ und der Überwässerung

Sophie Neururer¹, BScN, Claudia Leoni-Scheiber², MMSc

¹ UMIT – Private Universität für Medizinische Informatik und Technik, Hall, Österreich

² freiberufliche Lektorin, Lechaschau, Österreich

Einleitung: In der palliativen Pflege ist die Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr häufig eine Herausforderung für alle Beteiligten. Die Argumente, die für eine parenterale Hydratation sprechen, sind, dass unangenehme Symptome wie Agitation, Verwirrtheit, neuromuskuläre Erregbarkeiten, Neurotoxizität und Durstsymptome vermindert werden. Argumente, die gegen eine Flüssigkeitssubstitution sprechen, sind damit assoziierte vermehrte gastrointestinale Flüssigkeiten bzw. vermehrte Atemsekretion, die zu gesteigerter Übelkeit, Erbrechen und Erstickungsanfällen führen können. Das Ziel dieser Literaturarbeit ist, aufzuzeigen, welche Auswirkungen eine parenterale Flüssigkeitsgabe bei PalliativpatientInnen auf Körpersymptome und das Wohlbefinden hat.

Methode: Die Literaturrecherche erfolgte Mitte 2017 in den Datenbanken Medline, Academic Search Elite, CINAHL Complete und der Cochrane Library. Die hauptsächlich ver-

wendeten Suchbegriffe waren: „palliative care“/„end of life“, „fluid therapy“, „hypodermoclysis“ (Subkutaninfusion) und „dehydration“. Eingeschlossen wurden englisch- und deutschsprachige Studien, die ab dem Jahr 2000 veröffentlicht wurden und PalliativpatientInnen mit oder ohne parenterale Flüssigkeitszufuhr einbezogen.

Ergebnisse: Insgesamt wurden acht Studien, davon drei randomisierte, kontrollierte Studien, inkludiert. Bei den körperlichen Symptomen Übelkeit und respiratorische Sekretion zeigte sich unabhängig von der verabreichten Flüssigkeitsmenge beinahe keine Veränderung. Während in zwei prospektiven Studien eine Ödemreduktion bei verminderter Gabe von Flüssigkeit bzw. eine Ödemzunahme unter Flüssigkeitssubstitution festgestellt wurde, wurde in zwei weiteren Studien kein wesentlicher Unterschied in der Ödemreduktion festgestellt. Ähnlich verhält es sich bei Myokolonien: In zwei von drei Arbeiten wur-

den keine signifikanten Unterschiede festgestellt, in einer eine signifikante Verbesserung nach Flüssigkeitssubstitution. Symptome zum Delir wurden in vier Studien untersucht, wobei in drei mit oder ohne parenterale Substitution ebenfalls keine signifikanten Unterschiede festgestellt wurden. Eine leichte, statistisch nichtsignifikante Verbesserung der Fatigue wurde bei allen PatientInnen mit oder ohne Flüssigkeitssubstitution festgestellt. Das Wohlbefinden blieb beinahe unverändert, unabhängig davon, ob die PatientInnen mehr oder weniger Flüssigkeit erhielten.

Schlussfolgerung: Aus der Literatur können keine beweiskräftigen Aussagen und Empfehlungen zur Flüssigkeitstherapie bei PalliativpatientInnen abgeleitet werden. Die Entscheidung bleibt individuell unter Beachtung psychologischer, soziokultureller und spiritueller Aspekte.

F14

Der Sterbewunsch – Motive und Bedürfnisse, die dahinterstehen

Philipp Schöpf

Bildungszentrum für Pflegeberufe Schwaz, Österreich

Einleitung: Das Leben kann heute auf vielfältige Art und Weise verlängert werden. Doch wollen auch alle Menschen eine derartige Lebensverlängerung? Die Kommunikation am Lebensende ist eine besondere Herausforderung. In der Langzeitpflege sind vor allem Pflegepersonen damit konfrontiert. Der Umgang mit Sterbewunschäußerungen fällt nicht jedem leicht, und es benötigt hierbei

auch ein besonderes Fingerspitzengefühl. Ziel dieser Arbeit ist es, Motive und Bedürfnisse, die hinter einer Sterbewunschäußerung stehen, darzustellen und gleichzeitig mögliche Lösungsansätze aufzuzeigen.

Methode: Mittels einer ausführlichen Literaturrecherche werden folgende zwei Forschungsfragen beantwortet: Welche Motive

und Bedürfnisse stehen hinter der Äußerung des Sterbewunsches? Welche pflegerischen Möglichkeiten der Unterstützung von Personen mit Sterbewünschen stehen zur Verfügung? Auf der Basis der gewonnenen Erkenntnisse wird eine qualitative Untersuchung in Form eines offenen leitfadenorientierten Experten- und Experteninterviews mit Pflegekräften aus der Langzeitpflege durchgeführt.

Ergebnisse: Das Bedürfnis nach Nähe und Geborgenheit und das Bedürfnis nach Aufmerksamkeit sind die meistgenannten Bedürfnisse. Als Hauptmotive konnten Symptomlast, Autonomieverlust und Verzweiflung festgemacht werden. Der Austausch im Team und eine generell offene Kommunikation mit

den BewohnerInnen sind die wichtigsten positiven Interventionen.

Diskussion: Die ausreichende Differenzierung des Sterbewunsches von der Suizidalität konnte nicht bis ins letzte Detail erfolgen. Trotzdem kann mit dieser Arbeit der Beweis

erbracht werden, dass es signifikante Unterschiede gibt, welche für die weitere Betreuung von immenser Wichtigkeit sind.

Schlüsselwörter: Palliative Care, Sterbewunsch, Motive und Bedürfnisse

F15

VSD Vorsorgedialog® in der Umsetzung

Dr.in Sigrid Beyer, Naida Dzaka, MSc

Dachverband Hospiz Österreich, Wien, Österreich

Einführung: Der VSD Vorsorgedialog® für Alten- und Pflegeheime ist ein Kommunikationsinstrument zur vorausschauenden Behandlungsplanung. Der Vorsorgedialog bedeutet einen kontinuierlichen Gesprächsprozess zwischen BewohnerIn, Ärztin/Arzt, Pflegeperson und Angehörigen/Vertrauenspersonen. Darin werden die Wünsche und Vorstellungen von BewohnerInnen für ein gutes Leben und ein würdevolles Sterben erhoben, dokumentiert und wiederkehrend reflektiert. Wenn BewohnerInnen sich selbst nicht mehr dazu äußern können, wird der mutmaßliche Wille ermittelt.

Mit September 2018 haben österreichweit 40 Alten- und Pflegeheime den Vorsorgedialog-Integrationsprozess durchlaufen und bieten ihren BewohnerInnen die Gespräche an.

Methode: In der Zeit der Pilotphase (01. 01. 2017–31. 12. 2021) sammeln teilnehmende

Heime quantitative und qualitative Daten mittels Fragebogens für eine österreichweite Evaluierung. Im September 2018 wurde eine Zwischenauswertung der quantitativen Daten von vier teilnehmenden Pilotheimen durchgeführt, die seit durchschnittlich 6,7 Monaten VSD-Gespräche anbieten.

Ergebnisse: Im Erhebungszeitraum wurden 95 Vorsorgedialoggespräche geführt. Bei 28 % (n = 27) der Gespräche handelte es sich um den Willen von entscheidungsfähigen BewohnerInnen, bei 44 % (n = 42) wurde der mutmaßliche Wille erhoben, und bei 15 % (n = 14) konnte die Entscheidungsfähigkeit nicht eindeutig festgestellt werden (13 % der Angaben ungültig, n = 13). Die Gespräche dauerten im Schnitt 46 Minuten, und die BewohnerInnen waren bei 61 % (n = 59) der Gespräche anwesend. Ärztinnen/Ärzte nahmen an 99 % der Gespräche teil (1 % der

Angaben fehlend). Pflegepersonen gaben für die einzelnen Gespräche eine durchschnittliche Vor- und Nachbereitungsdauer von 60 Minuten an.

Bei 92 % (n = 78) der Gespräche wurden Krisenblätter erstellt. Es wurde in 20 Krisensituationen auf Basis des im Krisenblatt vereinbarten BewohnerInnenwillens gehandelt, in elf davon auf Basis des mutmaßlichen Willens. In einer Krisensituation wurde nicht gemäß dem im VSD vereinbarten Willen gehandelt.

Schlussfolgerung: Der Vorsorgedialog eignet sich als Instrument, um den BewohnerInnenwillen zu ermitteln und entsprechend zu dokumentieren. Der VSD wird in der Praxis auch zur Erhebung des mutmaßlichen Willens verwendet. In vielen Krisensituationen kann auf Basis des im Vorsorgedialog vereinbarten BewohnerInnenwillens gehandelt werden.

F16

PatientInnensuizid – eine besondere Herausforderung für professionelle Teams?!

Mag.a (FH) Dr.in Angelina Falkner, Assoc. Prof.in Dr.in Elisabeth Reitingner, Univ.-Prof. Mag. Dr. Andreas Heller, M.A.

????????????????????????????????

Einleitung: Der Suizid einer betreuten Person stellt professionelle HelferInnen auf emotionaler, sozialer und organisationaler Ebene vor vielschichtige Herausforderungen. Welche Umgangsmöglichkeiten weisen Teams

damit in unterschiedlich spezialisierten Betreuungssettings auf?

Methoden: Die qualitative Grundlagenstudie wurde in 3 stationären Bereichen mit verschie-

denen Zugängen zu Sterben/Tod im Allgemeinen und zu Suizid im Speziellen durchgeführt:

- Hospizarbeit/Palliative Care,
- Langzeitpflege und
- Psychiatrie.

Mittels Gruppendiskussionen sowie Expertinnen-/Experteninterview und -gruppe waren 7 Organisationen und 44 TeilnehmerInnen involviert. Die dokumentarische Methode stellte vordergründig die Analyseform dar.

Ergebnisse: Die Umstände eines Suizids entsprechen nicht den vorherrschenden Vorstellungen von würdevollem Sterben, wobei der damit einhergehenden Selbstbestimmung Anerkennung entgegengebracht wird. Die affektiven Resonanzen der Teammitglieder weisen eine große Bandbreite auf, worunter Schuld, Ängstlichkeit, Ohnmacht sowie die vor allem im professionellen Kontext vorhandene entrechtete Trauer fallen. Eine direkte Involviertheit lässt keinen Rückschluss auf die Ausprägung der emotionalen Betroffenheit zu. Das Team/Kolleginnen/Kollegen stellen

einen wesentlichen Schutzfaktor dar. Die Darstellung der Bewältigungsmöglichkeiten und der für einen gedeihlichen Umgang notwendigen Umgebungsfaktoren weist mehrdimensionale Typen auf: Methoden im persönlich-individuellen Bereich, auf Teamebene, vorhandene organisationale Rahmenbedingungen und Faktoren im Umfeld des Teams. Innerhalb dieser Kategorien sowie querlaufend zeigen sich weitere sinngenetische Typen: Strategien auf verbaler, sozialer oder ritueller Ebene und jene, die strukturelle Inhalte betreffen. Soziogenetisch wird der teamkommunikativ-rituelle Typ vom kollegial-kommunikativ-rituellen Typ und dem individualkommunikativ-professionellen Typ unterschieden, wo Auswirkungen auf den Umgang der MitarbeiterInnen sichtbar sind.

Schlussfolgerungen: Bewältigungsmöglichkeiten nach dem Suizid einer betreuten Person sind in Organisationen im Vorfeld einer tatsächlichen Betroffenheit ein weitgehend unbeachteter Bereich. Umgangsmöglichkeiten sollten auf allen Ebenen der beschriebenen Typiken angeboten werden. Kommunikative und rituelle Formen der Bewältigung nehmen einen zentralen Stellenwert ein, ebenso wie Elemente des Leistungsverhaltens. Die veränderte Sensibilisierung nach dem Erleben eines Suizids darf zu keiner andauernden Stresssituation führen. Es braucht kontinuierlich entsprechende Reflexionsräume, um einer Individualisierung der Problematik entgegenzuwirken und die organisationale Weiterentwicklung zu ermöglichen.

F17

Depressionen bei Tumor- und NichttumorpatientInnen, Verteilung von Endicott-Kriterien

Dr. med. Michael Brinkers¹, Silke Dombrowski², Dr. med. Giselher Pfau¹, Prof. Frank Meyer³

¹ Schmerzzambulanz, Universitätsklinikum Magdeburg, Deutschland

² Klinikum Olvenstedt, Magdeburg, Deutschland

³ Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Transplantationschirurgie des Universitätsklinikums Magdeburg, Deutschland

Fragestellung: 90 % aller PatientInnen mit Depressionen geben beim Arzt/bei der Ärztin zuvorderst somatische Symptome an. Bei TumorpatientInnen entsteht dadurch die Schwierigkeit, diese von den somatischen Symptomen des Tumors zu unterscheiden. Als Ausweichmöglichkeit hat Endicott daher Ersatzkriterien aufgestellt, die die Diagnosestellung „Depression“ erleichtern sollen. Dies sind: reduzierte/depressive Mimik/Gestik, sozialer Rückzug, Grübeln, Freud- oder Interessenlosigkeit.

Material und Methoden: Die Verteilung der Endicott-Kriterien soll an PatientInnen mit und ohne Tumor überprüft werden. TumorpatientInnen, die wegen akuter Schmerzen von der Chemotherapieambulanz aus in der Schmerzzambulanz vorgestellt wurden, wurden mit NichttumorpatientInnen verglichen, die im gleichen Zeitraum wegen chronischer

Schmerzen in der Schmerzzambulanz behandelt wurden und die in der Vergangenheit wegen eines Tumors behandelt worden waren. Bei jeder Aufnahme wird in der Schmerzzambulanz ein psychischer Befund erhoben, der auch die Endicott-Kriterien enthält: Dabei wurde die Häufigkeit dieser Kriterien bei folgenden 6 Gruppen untersucht: In der Gruppe der TumorpatientInnen wie der NichttumorpatientInnen waren dies die Gruppen der psychisch unauffälligen, der PatientInnen mit F3-Depression sowie der PatientInnen mit sonstigen psychischen Diagnosen.

Ergebnisse: 92 TumorpatientInnen, die wegen akuter Schmerzen in die Schmerzzambulanz kamen, waren zu 51 % psychisch unauffällig (n = 47). Dennoch gaben diese PatientInnen mehr Endicott-Kriterien an als die psychisch unauffälligen (Nichttumor-)Patienten (n = 43) der Vergleichsgruppe mit chronischen

Schmerzen (gesamt = 158). Die mittlere Itemzahl betrug für die TumorpatientInnen dabei 1,43 (SD 1,08); die der NichttumorpatientInnen betrug 0,86 (SD 0,77). Statistisch signifikant wurden von den TumorpatientInnen öfters angegeben: reduzierte Mimik, Freud-/Interessenlosigkeit und sozialer Rückzug.

Schlussfolgerungen: Eigentlich sollten nur TumorpatientInnen mit Depressionen vermehrt Endicott-Kriterien im Vergleich zu psychisch unauffälligen TumorpatientInnen angeben. Hier aber haben psychisch scheinbar unauffällige TumorpatientInnen signifikant mehr Symptome als psychisch unauffällige NichttumorpatientInnen. Eine verbesserte Depressionsdiagnostik ermöglichen die Endicott-Kriterien also nicht. Aber sie lenken die Aufmerksamkeit auf das Leiden der TumorpatientInnen, die scheinbar psychisch unauffällig sind.

P1 Reflexionsgespräche nach einem Todesfall als Teil einer organisationalen Sorgeskultur

Mag. Michael Rogner
LAK, Eschen, Liechtenstein

Ausgangslage: Der Tod eines Bewohners/ einer Bewohnerin kann bei den beteiligten Personen oder in den Teams verschiedene Themen oder Emotionen in den Vordergrund rücken. Oft besteht ein großes Lernpotenzial in der retrospektiven Betrachtung der Umstände von Sterben und Tod – in einem klinischen, aber auch in einem systemischen Ansatz. Seit 2015 wurden in den Pflegeheimen der LAK mehr als 150 moderierte Reflexionsgespräche nach einem Todesfall durchgeführt. Es gibt derzeit keine systematischen Erkenntnisse.

Ziele: Es liegen Erkenntnisse zum Nutzen, den Inhalten sowie der Organisation von Reflexionsgesprächen nach dem Todesfall vor. Dies im Sinne der Förderung des interdisziplinären Reflexionsprozesses in den Teams so-

wie der Sorge um die Beteiligten.

Methode: Für die Mitarbeitenden wurde bereits 2016 im Rahmen einer Projektevaluation eine anonyme Fragebogenerhebung der Pflegepersonen mittels GraphStat durchgeführt (Rücklaufquote 82,6%). 2017 wurden in den hausinternen Qualitätszirkeln retrospektive Fallanalysen durchgeführt, in denen die letzten zwei Wochen vor dem Tode eines Bewohners/einer Bewohnerin rekonstruiert wurden. 2018 wurden im Rahmen der hausinternen Qualitätszirkel alle Dokumentationen der 71 Todesfälle des Jahres 2017 exploriert. Dazu wurde eine Inhaltsanalyse auf Grundlage der sechs Kernleistungen der allgemeinen Palliative Care durchgeführt.

Resultate: Für die Mitarbeitenden bietet die Reflexion Raum und Zeit, um über das Erlebte

zu sprechen (63 % trifft völlig zu, 31 % trifft eher zu). Durch die Reflexion werden für ähnliche Situationen Verbesserungsmöglichkeiten erarbeitet (59 % trifft völlig zu, 37 % trifft eher zu). Die Analysen der Qualitätszirkel zeigen, dass die Strukturierung nach den 6 Kernaufgaben die Moderation vereinfacht und einen systemischen Ansatz fördert.

Diskussion: Reflexionsräume nach einem Todesfall zu organisieren ist eine anspruchsvolle Aufgabe, da sie sowohl eine strukturelle Basis haben sollten als auch Freiräume für das, was passiert oder persönlich bewegt. Zugleich soll die Teilnahmemöglichkeit transparent gestaltet sein, sodass der „Zugang“ zu einem Reflexionsraum nicht den Professionellen vorbehalten wird.

P2

Ein interdisziplinärer Qualitätszirkel als Netzwerk und qualitätssicherndes Instrument in der Palliativmedizin

OÄ Dr. Johanna Kantner¹, OÄ Dr. Gabriele Schauer-Maurer²

¹ AHO Innsbruck und BKH St. Johann In Tirol, Innsbruck und St. Johann in Tirol, Österreich

² Department für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Psychiatrie II, Medizinische Universität Innsbruck, Österreich

Die Arbeit mit schwer kranken, sterbenden Menschen ist sehr fordernd und bedarf einer großen fachlichen Expertise sowie persönlicher Stabilität und Reflexionsfähigkeit.

Aus diesem Grund trifft sich seit 12 Jahren eine sehr konstante, fachlich heterogene Gruppe, überwiegend Ärztinnen, um sich auf dem Gebiet der Palliativmedizin auszutauschen, fortzubilden und zu vernetzen. Ursprünglich als Interventionsgruppe gegründet, haben wir uns 2007 als Qualitätszirkel organisiert, da es uns wichtig erschien, diese Arbeit in der Tiroler Ärztekammer zu verankern, und wir von dieser auch sehr gut unterstützt werden. Dies betrifft die administrative Verwaltung der DFP-Punkte für die TeilnehmerInnen sowie die Bereitstellung der Räumlichkeiten mit personeller Assistenz.

Der Kern der Gruppe besteht aus Allgemeinmedizinerinnen, HNO-Ärztinnen, einer Lun-

genfachärztin, Onkologinnen/Onkologen, PalliativmedizinerInnen mit unterschiedlichem fachlichen Hintergrund, Psychiaterinnen, Strahlentherapeutinnen sowie einer Zahnärztin. Wir treffen uns im Hospiz, in den Praxen der Kolleginnen, zuletzt in der Ärztekammer an ca. 8 Terminen im Jahr. Durchschnittlich sind 10–12 Teilnehmerinnen anwesend.

Die Themen sind fachlich breit gestreut, abwechselnd als Fallbesprechung oder themenzentrierte inhaltliche Fortbildung und Diskussion gehalten. Die unterschiedlich spezialisierten Kolleginnen und Kollegen präsentierten bisher Impulsreferate zu folgenden palliativmedizinischen Themen:

Sterbehilfe, die rechtliche Situation in verschiedenen Ländern und der gesellschaftliche Wandel des Anspruchs auf Sterbebegleitung waren unsere ersten „hot topics“. Konzepte

der Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung und Therapierückzug wurden diskutiert, ebenso medizinische Handlungen wie Schmerztherapie, palliative Sedierung, Sinnhaftigkeit palliativer Chemotherapie und Strahlentherapie. Die psychiatrischen Herausforderungen (Depression, Delir, Demenz) und Möglichkeiten in der Palliativsituation füllten mehrere Abende.

Ein sehr wertvoller QZ war ein Treffen mit Kolleginnen aus der stationären und ambulanten Pflege, Seelsorge und Sozialarbeit.

Der Weg vom palliativen Behandlungsplan zum Vorsorgegespräch[®] konnte mitgegangen werden.

Wir haben uns auch standespolitisch erfolgreich in einer personellen Angelegenheit gezeigt und schätzen den Qualitätszirkel in der täglichen Arbeit als wichtiges Instrument zur Vernetzung unserer Berufsgruppen in der Behandlung palliativer PatientInnen.

P3

Würde bewahren – ein Angebot im Rahmen der „würdezentrierten Therapie“

Barbara Gossenbacher-Gschwend, Michaela Forster, Dr. med. Daniel Büche, Christine Fischer, Dr. med. Susanne Hartmann-Fussenegger, Stefanie Pilat
Palliativzentrum, Kantonsspital St. Gallen, Schweiz

Einleitung: Die „würdezentrierte Therapie“ (WzT) wurde vom kanadischen Professor H. Chochinov entwickelt. Sie hilft den Menschen mit fortschreitenden Erkrankungen, ihr Leben zu betrachten, sich selbst besser wertzuschätzen und sich als einzigartigen, ganzheitlichen Menschen zu erleben. Angehörige können durch diese geistige Hinterlassenschaft Trost in der Trauer erfahren und so bewusst

die Möglichkeit haben, Abschied zu nehmen. Weiter kann das Risiko einer komplizierten Trauer minimiert werden.

Methoden: Die Palliativstation Flawil am Kantonsspital St. Gallen bietet dieses Pilotprojekt seit September 2018 an. Indiziert ist die WzT bei Menschen in einer Sinnkrise, bei existenzieller Not, Selbstentwertung, Nega-

tivspirale oder beim Bedürfnis, den Angehörigen etwas „Persönliches“ zu hinterlassen. In zwei Gesprächen werden bestimmte Aspekte des Lebens betrachtet. Das Gespräch wird aufgezeichnet und in eine schriftliche Form gebracht. Das Dokument wird mit dem Erzählenden besprochen und nach seinen Wünschen geändert. Abschließend wird das Dokument zum persönlichen Gebrauch überreicht.

Die Gesprächspartnerin ist ausgebildet im Durchführen der WzT.

Ergebnisse: Alle PatientInnen äußerten sich nach dem Gespräch positiv, waren bewegt, zeigten sich angeregt, erleichtert und dankbar. Eine Patientin äußerte: „Durch die WzT habe ich neue Erkenntnisse über mich und mein Leben gewonnen. Ich kann die Fülle erkennen, die mein Leben birgt und welche

Freude daraus entsteht. Ich bin nun motiviert, aufzuräumen.“ Die Angehörigen berichten, dass ihnen gewisse Aussagen, Leitsätze aus der WzT hilfreich für ihr weiteres Leben und jenes ihrer Nachkommen sind. Die Rekrutierung bei der wöchentlichen interprofessionellen Besprechung hat sich bewährt.

Schlussfolgerung: Am Ende des Lebens Rückschau zu halten und ein Vermächtnis zu

hinterlassen kann für den Menschen und seine Angehörigen ein großes Geschenk bedeuten und hilfreich für die Trauerphase sein. Niemals geht es darum, die Würde zu therapieren. Vielmehr hilft die WzT bei Menschen in einer vulnerablen Situation, die Würde zu wahren. Gerade im Akutspital kann die WzT eine Alternative zur „Medikalisierung“ am Lebensende sein.

P4

„Den Tagen mehr Leben geben“. Das Konzept „gastronomische Versorgung palliativer BewohnerInnen“ – ein Ergebnis der Forschungsküche

Susanne Bayer, Thomas Ott

Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser, Wien, Österreich

Einleitung: Das Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser (KWP) ist einer der größten Anbieter von SeniorInnenwohnen in Österreich. Eine der wesentlichen Grundlagen einer bewohnerInnenorientierten Versorgung ist die Verpflegung. Das Unternehmen geht hier seit jeher den Weg der Frischküche, täglich werden rund 10.000 Mittagessen in 29 Küchen frisch zubereitet.

Aus dem Spruch heraus „Wege entstehen dadurch, dass man sie geht“ (F. Kafka) hat das KWP beschlossen, die gastronomische Versorgung laufend zu evaluieren und an Innovationen mit Blick auf die Zukunft zu arbeiten. Im Frühling 2018 war die Geburtsstunde der Forschungsküche im KWP!

Ziel: Die Forschungsküche versteht sich als Zusammenschluss unterschiedlicher Professionen aus dem gastronomischen Bereich, dem Pflege- und Betreuungsbereich, der Ernäh-

rungswissenschaft, der Diätologie und anderer betroffenen Berufsgruppen.

Sie arbeiten gemeinsam daran, die gastronomische Versorgung weiterzuentwickeln, neuen Bedarfen Rechnung zu tragen und die Bedürfnisse aktueller und künftiger Kundinnen/Kunden und MitarbeiterInnen zu berücksichtigen.

Ergebnisse: Das erste sichtbare Ergebnis ist die Fertigstellung und Implementierung eines gastronomischen Konzeptes zur Versorgung palliativer BewohnerInnen und deren An- und Zugehörigen. Für BewohnerInnen, die im KWP palliativ gepflegt und betreut werden, wird sowohl in der palliativen Phase als auch in der (Prä-)Terminalphase eine bedürfnisorientierte Verpflegung angeboten. An- und Zugehörige haben in der letzten Lebensphase der betroffenen BewohnerInnen nicht nur die Möglichkeit, im KWP zu übernachten, son-

dern werden vorübergehend verpflegt, ohne dass Kosten dafür entstehen.

Schlussfolgerung: Ein wichtiges Merkmal in der „Palliative Care“ ist das „Mit.Einander“ in der Betrachtung individueller Ziele und Bedürfnisse. Gerade in der letzten Lebensphase kann eine – gemeinsam mit einer Diätologin/einem Diätologen angepasste – Ernährung zur Symptomlinderung und Erhaltung der individuellen Lebensqualität beitragen. Das Festschreiben und Sichtbarmachen von weiteren Möglichkeiten in der gastronomischen Versorgung festigt den Stellenwert der „Palliative Care“ in der Langzeitpflege und fördert eine bewohnerInnenorientierte Grundhaltung aller MitarbeiterInnen, auch wenn sie nicht immer direkten Kontakt mit den Sterbenden haben.

P5

Pietätvolle Neugestaltung der Exitusräume im Donauspital – ein Projekt des Diplomjahrganges 2013 zur Vernetzung von Theorie und Praxis im Akutkrankenhaus

Michael Frank, MAS

Schule für Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege und FH – Standort SMZ Ost, Wien, Österreich

Einleitung: Im Zuge des schulautonomen Bereiches wurden vier Exitusräume des Donauspitals derart umgestaltet, dass durch das Ausmalen, das Anbringen von Spots, das Aufhängen eigener Fotos und eines Vorhanges bzw. durch eine Wandpaneele ein pietätvolles Ambiente für Angehörige zum Zweck der Verabschiedung einer verstorbenen Person geschaffen wurde.

Methoden: Der Zustand der sogenannten „Exitusräume“ (= offizielle Bezeichnung), in denen Angehörigen von verstorbenen PatientInnen eine Verabschiedungssituation zugemutet wurde, veranlasste das Projektteam eine Verbesserung anzustreben. Einerseits kam es zu einer Vernetzung zwischen Theorie (Schule) und Praxis (Akutspital), und andererseits war der Erfolg des Projektes an eine gute Zusammenarbeit im interdisziplinären

Sektor geknüpft. So waren neben den Verantwortlichen des Ausbildungs- und Spitalsbereiches (Zustimmung der kollegialen Führung) auch die Professionisten des Hauses (Elektriker, Maler, Tischler), aber vor allem die SchülerInnen aktiv eingebunden.

Ergebnisse: Aus empirischen Erfahrungen zeigt sich, dass Angehörige diese Ausnahmesituationen in fast fotografischem Gedächtnis behalten, deshalb bleiben diese Momente in guter oder schlechter Erinnerung. Somit ergibt sich die erste Zielsetzung unseres Projektes, nämlich das Schaffen einer würdevollen Verabschiedungssituation. Eine weitere Intention bestand darin, eine Brücke zwischen Theorie und Praxis zu schlagen, indem einer vom anderen lernt, bestehende Ressourcen genutzt werden und das Wohl der PatientInnen bzw. in diesem Fall vor allem der Angehörigen

im Mittelpunkt steht. Last, but not least erfahren die SchülerInnen bei der Umsetzung solch aufwendiger Projekte, dass sich Engagement und Motivation lohnen und damit verbunden die Realisierung von guten Ideen auch in großen Organisationen möglich ist.

Schlussfolgerungen: Die Übertragbarkeit des durchgeführten Projektes ist durchaus gegeben, da Verabschiedungssituationen de facto in jeder Pflegeeinrichtung vorkommen und das interdisziplinäre Team mit der Thematik Tod und der Trauer von Angehörigen konfrontiert ist. Im Sinn des voneinander Lernens, muss nicht jedes Betreuungsteam „das Rad neu erfinden“, sondern kann von den Erfahrungen, Problemen, geglückten Umsetzungen und kreativen Tipps profitieren, die bestehenden Ressourcen nutzen und miteinander beziehen.

P6

Inkontinenz – ein Thema in der Palliativmedizin?

Heidi Schädler, Dr. Otto Gehmacher

Palliativstation LKH Hohenems, Österreich

Einleitung: Bei der täglichen Arbeit auf einer Palliativstation begegnet man regelmäßig PatientInnen, die von Inkontinenz betroffen sind. Da in der Literatur kaum etwas über das Thema Inkontinenz bei PalliativpatientInnen zu finden ist, habe ich mich im Rahmen meiner Projektarbeit (Palliativbasislehrgang Bat-schuns) mit diesem Thema auseinandergesetzt.

Methode: Von September bis Anfang November 2018 wurde an alle PatientInnen, die auf der Palliativstation in Hohenems aufgenommen wurden, ein Fragebogen zum Thema Inkontinenz verteilt. Abgefragt wurde, ob der/die PatientIn an Inkontinenz leidet. Bei denjenigen, die betroffen sind, wurde in weiterer Folge abgefragt, was die Auswirkungen im Alltag sind, mit wem sie über dieses Thema

reden, welche Rolle Scham spielt, welchen Einfluss die Inkontinenz auf das soziale Verhalten hat und wie ernst genommen sich PatientInnen von ihren Ärzten/Ärztinnen und betreuenden Pflegepersonen fühlen.

Ergebnisse: Von den 51 ausgefüllten Fragebögen gaben 39 der Befragten an, nicht an Inkontinenz zu leiden. 17 PatientInnen sind

davon betroffen. Von den betroffenen 17 PatientInnen leiden 16 unter Harninkontinenz, während nur einer Stuhlinkontinenz angab. Ärztlich abgeklärt wurde die Inkontinenz bei 6 Personen. Erfreulich ist, dass keiner angab, an Hautproblemen zu leiden. Soziale Kontakte meiden 4 Personen. Über Inkontinenzartikel wurden 7 Personen aufgeklärt, Scham spielt bei 13 Personen eine Rolle, was ein wesentli-

cher Grund dafür ist, dass 14 der Betroffenen soziale Kontakte meiden. Bei 6 Personen wurde die Inkontinenz vom Arzt/von der Ärztin ernst genommen, ein Ergebnis, welches sicher noch zu verbessern ist. Die Umfrage hat gezeigt, dass die Betroffenen an der ständigen Präsenz der Inkontinenz am meisten leiden, da dadurch der gesamte Tagesablauf mitbestimmt wird.

Schlussfolgerung: Inkontinenz ist ein relevantes Thema. Die vorläufigen Daten zeigen, dass die ständige Präsenz der Inkontinenz deutlichen Einfluss auf die Lebensqualität hat. Da die Evaluation weitergeführt wird, werden im Rahmen des Kongresses die aktuellen Ergebnisse präsentiert.

P7

Delirmanagement im Krankenhaus. Eine quantitative Untersuchung zur Versorgung von Menschen mit Demenz/Delir und einer auf die Ergebnisse aufbauenden Projektarbeit mit dem Ziel der Implementierung

Elisabeth Höpperger

Bezirkskrankenhaus, Schwaz, Österreich

Einleitung: Das Delir ist die häufigste somatisch bedingte, akut oder subakut auftretende neuropsychiatrische Störung. Bei geriatrischen PatientInnen werden schätzungsweise 30–60 % der Delire nicht diagnostiziert. Die demografische Entwicklung bedingt eine Steigerung der Anzahl dieser vulnerablen Personen im Krankenhaus. Die Folgen eines Delirs sind weitreichend bis hin zu einer erhöhten Mortalität.

Methode: Die Ist-Situation zur Versorgung von Menschen mit Demenz und Delir wird mittels des adaptierten quantitativen Fragebogens des Deutschen Institutes für Pflegeforschung online im Oktober 2017 erfasst. Es werden alle Pflegenden der bettenführenden Normalstationen eines Bezirkskrankenhauses befragt. Bei einer Gesamtrücklaufquote von 75,8 % (n = 141) werden die Ergebnisse fachspezifisch mittels SPSS ausgewertet.

Ergebnisse: Die angegebenen Zahlen zu Demenz und/oder Delir werden bei den beiden Vergleichsgruppen der Inneren Medizin (n = 53) signifikant höher (p < 0,001) als bei den operativen Fächern (n = 54) von Unfall/Orthopädie und Allgemeinchirurgie eingeschätzt. Dennoch wird die Belastung des Pflegepersonals auf den operativen Stationen ähnlich hoch angegeben. Die Risikogruppen werden nicht strukturiert identifiziert. Demenzspezifische Maßnahmen werden kaum als umgesetzt bewertet. Die Wichtigkeit „Menschen mit Delir“ wird auf einer Skala von 0–10 mit einem Mittelwert von 9 auf den Stationen der Inneren Medizin eingeschätzt.

Diskussion: Für eine effektive Prävention müssen die potenziellen Auslöser erkannt und ihnen vorgebeugt werden. Auf Basis der Befragungsergebnisse wurden Maßnahmen geplant und ein Gesamtschulungskonzept für

die Pflegenden zu Demenz und Delir entwickelt.

Der Workflow von den Tirol Kliniken mit einer Risikoerfassung ab einem Alter von 70 Jahren, dem Screening für mindestens drei Tage und der systematisierten Diagnostik wurde elektronisch umgesetzt und im bestehenden EDV-System adaptiert.

Mit dem Projektstart kommt es zu einer Organisationsentwicklung und einem gezielten Gestalten des Settings. Ziel des Delirmanagements ist die Prävention, Früherkennung und Frühtherapie! Die erste Projektphase fand auf den drei Stationen der Inneren Medizin mit 79 Betten statt. Eine Ausweitung auf die Unfall-/Orthopädiestationen ist für 2019 geplant.

Die Befragung sowie die Projektplanung wurden im Rahmen meiner Masterthesis durchgeführt.

P8

Einzelfallbericht über abweichende Pflegemaßnahmen eines PICC-Katheters bei einem Palliativpatienten

MMag. Dr. Günter Polt, MSc, DGKS Ingrid Bruchmann

Mobiles Palliativteam Hartberg/Weiz/Vorau, Hartberg, Österreich

Ein PICC-Katheter ist ein peripher über eine Vene des Oberarms eingeführter zentralvenöser Katheter. Es gibt dafür verschiedene Fixierungsmöglichkeiten (ESD – Engineered Stabilisation Device) mit oder ohne Naht. Der Einzelfall betrachtet nur ein konkretes in Verwendung befindliches Fixiersystem (Stat-Lock®) mit Haft-/Klebeplatte.

Die dazu im Umlauf befindlichen Pflegeempfehlungen orientierten sich bei einer Internet-Recherche 12/2017 überwiegend an dem „Pflegeleitfaden“ der Charité-Universität (04/2013). Ein 7-tägiger Haftplatten- und Pflasterverbandwechsel sowie entsprechende Spülungen beim Verbandswechsel bzw. nach jeder Benutzung werden empfohlen. Dabei beinhaltet ein Verbandswechsel das Entfernen und Neuanbringen der Haftplatte, die Hautdesinfektion und Reinigung sowie das Anbringen eines Transparentverbandes.

Der in diesem Einzelfallbericht betrachtete Patient war ein 65-jähriger männlicher Palliativpatient mit metastasierendem Prostatakarzinom in geschwächtem Allgemeinzustand und kachektischem Ernährungszustand. Er konnte sich im Wohnbereich selbstständig fortbewegen. Kognitive oder psychische Beeinträchtigungen bestanden nicht. Die PICC-Katheteranlage am linken Oberarm erfolgte 04/2017. Zum Übernahmezeitpunkt in das mobile Palliativteam wurde ein Schenkel dieses PICC-Katheters zur Schmerztherapie mittels PCA-Pumpe verwendet, und der 2. Schenkel wurde täglich von der Lebenspartnerin des Patienten mit 10 ml NaCl gespült. Der Haftplattenwechsel erfolgte vorerst in ca. 14-tägigem Intervall. Auf Grund auftretender Hautprobleme und schmerzhafter Verbandswechsel entschied sich der Patient am 10. 08. 2017 für ein Belassen des PICC-Katheters ohne weiteren Haftplattenwechsel. Bei laufender Kontrolle durch den Transparentver-

band wurde dieser erstmals wieder am 20. 10. 2017 gewechselt, ohne dabei die Haftplatte zu entfernen. Der Haftplattenwechsel selbst erfolgte am 13. 12. 2017 völlig komplikationslos. Im beschriebenen Fall traten auch nach mehr als 4 Monaten (20 Wochen) ohne Haftplattenwechsel keine Komplikationen auf. Dieses Vorgehen brachte dem Patienten eine massive Erleichterung.

Es wird angeregt, die Empfehlungen für das Intervall des Haftplattenwechsels explizit für PalliativpatientInnen stärker zu individualisieren, und größere Studien könnten konkrete Vorgaben für eine deutliche Verlängerung des Wechselintervalls ergeben. Dabei sollten der Komfort und die Sicherheit des Patienten/der Patientin und weniger die Ökonomie (weniger Aufwand und weniger Kosten durch verlängerte Wechselintervalle) im Vordergrund stehen.

P9

Belastung pflegender Angehöriger nach Einschätzung von Pflegekräften in der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung in Vorarlberg

Katharina Rizza

Bildungshaus Batschuns, Zwischenwasser, Österreich

Einleitung: Ein international zentrales Ziel in Palliative Care ist es, Menschen entsprechend ihrem Wunsch ein Versterben zuhause zu ermöglichen. Ein großer Teil der Pflege und Betreuung von PalliativpatientInnen im häuslichen Bereich wird durch An- und Zugehörige geleistet. Überlastungen und Überforderungen der An- und Zugehörigen ziehen häufig Hospitalisierungen der PatientInnen nach sich. Die Unterstützung An- und Zu-

gehöriger ist wichtige Maßnahme und Kernkompetenz in Palliative Care. Es soll herausgefunden werden, wie viel Unterstützungsbedarf von Pflegekräften der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung erkannt wird.

Methode: In einem Online-Survey wurden alle 50 ambulanten allgemeinen Pflegedienste Vorarlbergs um ihre Einschätzung der Sym-

ptome, Bedarfe und Probleme bei An- und Zugehörigen durch ambulante Pflegedienste erfragt. Die Rücklaufquote betrug 76 %.

Ergebnisse: Insgesamt wird von den Pflegekräften eine hohe Belastung der An- und Zugehörigen wahrgenommen; am stärksten die Überforderung im Umgang mit Sterben und Tod (89,5 % der Pflegedienste, n = 34); weiters das Bedürfnis nach Beratung und fachli-

cher Sicherheit (86,8 %; n = 33); Ängste vor Krankheitsverschlechterung und Traurigkeit oder Niedergeschlagenheit (84,2 %; n = 32); Überforderung bei der Pflege (81,6 %; n = 31); ebenso häufig Angst vor Krisensituationen. 36,8 % der Pflegedienste (n = 14) geben an, eine Überforderung der An- und Zugehörigen sei oft bis immer Grund für eine stationäre Einweisung. 94,7 % der Pflegedienste (n = 36)

leisten oft bis fast immer Zeit für Beratungs- und Begleitgespräche.

Schlussfolgerung: Pflegekräfte der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung nehmen Bedarf an psychosozialer Unterstützung pflegender Angehöriger von PatientInnen im palliativen Setting deutlich wahr. Beratungs- und Begleitgespräche nehmen viel Raum ein.

Um Hospitalisierungen am Ende des Lebens so gut wie möglich zu vermeiden und Pflegekräfte zu unterstützen, scheinen spezielle Schulungen in psychosozialer Begleitung empfehlenswert. Zudem sollten spezialisierte psychosoziale Professionen bei der Begleitung von An- und Zugehörigen im palliativen Setting frühzeitig hinzugezogen werden.

P10

24-Stunden-Betreuung und Hauskrankenpflege in Vorarlberg: gemeinsam schwerkranke Menschen pflegen

Maria Oswald¹, Katharina Rizza²

¹ Krankenpflegeverein Rankweil, Rankweil, Österreich

² Bildungshaus Batschuns, Zwischenwasser, Österreich

Einleitung: Diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen arbeiten in der häuslichen Pflege eng mit der 24-Stunden-Betreuung zusammen. In Vorarlberg wurden 2017 rund 2.100 24-Stunden-BetreuerInnen bzw. gewerbliche PersonenbetreuerInnen registriert¹. Sie selbst sehen sich als „PflegerInnen“ und nicht als BetreuerInnen. Der Ausbildungsstand entspricht bei den meisten dem einer Heimhilfe. Bei Verschlechterung des Gesundheitszustandes benötigen PatientInnen eine intensivere und fachlich qualifizierte Pflege. Oft zeigen 24-Stunden-BetreuerInnen dann Überforderung und Überlastung und werden den Anforderungen nicht gerecht. Die Erfahrung im Umgang mit schwerkranken bzw. sterbenden Menschen fehlt ihnen. Die sprachliche Barriere tut ihr Übriges dazu. Es soll herausgefunden werden, welche Informationen, Anleitungen und Bedürfnisse die 24-Stunden-Betreuungspersonen bei schwerkranken Menschen brauchen, um sie adäquat betreiben zu können.

Methode: Dazu wurden 3 Frauen mit unterschiedlich guten Erfahrungen befragt. Mittels Fragebogens wurde der Bedarf an Information und Unterweisung bei der Betreuung von PalliativpatientInnen erfragt. Ermittelt wurden Ausbildungsstand und Erfahrung der Betreuungsperson (allgemein und symptomspezifisch), emotionales Befinden und Kenntnis über Krankheitsverlauf.

Ergebnisse: Keine(r) der Befragten hatte genaue Kenntnis über Diagnose, Krankheitsverlauf und Symptome ihres/seines betreuten Patienten bzw. ihrer/seiner Patientin. Alle wollten mehr Information über pflegerische Maßnahmen, Schmerztherapie und Lagerungsmethoden. Trotz guter Sprachkenntnisse war eine klare Verständigung darüber schwierig. Der Unterschied zwischen den Anforderungen einer Betreuerin/eines Betreuers und einer Pflegerin/eines Pflegers war ihnen nicht bekannt. Die geführten Gespräche erwiesen sich als vertrauensbildend.

Schlussfolgerung: 24-Stunden-BetreuerInnen benötigen zu Beginn der Verschlechterung ihrer PatientInnen verstärkte proaktive Beratung und Anleitung. Anfangs täglich, später in größeren Abständen. Neben Aufklärung über Diagnose und Prognose sollten sie als Zugehörige Wertschätzung und psychische Unterstützung durch Pflegepersonen erfahren. Sie brauchen Entlastung durch HospizbegleiterInnen und andere Hilfsdienste, wenn sie an die Grenzen der Belastbarkeit kommen. Eine Anwendung des Fragebogens zur Ermittlung des Unterstützungs- und Schulungsbedarfs sowie vertrauensbildenden Beziehung hat sich als positiv erwiesen. Sinnvoll wäre dieser zweisprachig (in der jeweiligen Landessprache).

¹ „allerhand“, Das Magazin für die Stadt Bludenz und den Walgau, 03/2017, S. 73

P11

Physiotherapie in der häuslichen Palliative Care

Physiotherapeutin Bianka Franz¹, Dr. Gebhard Mathis²

¹ Physiotherapie, Egg, Österreich

² Internist, Rankweil, Österreich

Einleitung: Im Unterschied zu den herkömmlichen Aufgabengebieten der Physiotherapie in der Rehabilitation, die meist auf Verbesserung und Aufbau bzw. Wiedererlangen von Funktionen ausgelegt sind, werden in der palliativen physiotherapeutischen Betreuung andere Ziele gesteckt. Hier geht es um den oft zeitlich begrenzten Erhalt von Fähigkeiten, den Erhalt von Unabhängigkeit – so lange wie möglich. Auch in der letzten Phase des Lebens bleiben physiotherapeutische Maßnahmen wie Schmerzlinderung, Atmungserleichterung, optimale Lagerung, Verbesserung der Gelenkbeweglichkeit, angemessene Muskelkräftigung und Maßnahmen zur Kontrakturprophylaxe wichtig und sinnvoll. Die Anleitung von Angehörigen, Pflegekräften und Betreuungspersonen für Lagerungstechniken, Bewegungsübungen und Transfers bekommt in der häuslichen Physiotherapie einen besonderen Stellenwert zugemessen.

Methode: Im Rahmen des Palliativlehrgangs 2017 führte ich Interviews mit 3 Hausärzten und 5 Hauskrankenpflegerinnen durch, um deren Erwartungen an die Physiotherapie im Bereich der häuslichen „Palliative Care“ abzuklären. Folgende Aufgabengebiete wurden in fast allen ärztlichen Interviews genannt:

- Atemtherapie
 - Krafttraining
 - passive Bewegungstherapie
 - Kontrakturprophylaxe
 - Anleitung der Angehörigen und des Pflegepersonals
 - manuelle Lymphdrainage
 - Dekubitusprophylaxe
 - Funktionserhaltung – so lange wie möglich
 - Linderung
 - Verlangsamung von Prozessen
- Neben den oben genannten Themen haben die Hauskrankenpflegerinnen auch an die soziale und emotionale Ebene appelliert:
- Erhaltung bzw. Verbesserung des

Körpergefühls

- Wahrnehmung – sich spüren mittels Durchbewegen
- Entspannungsmassagen
- Berührung
- Aromatherapie – gute Öle und Düfte einsetzen
- Die Menschen sollen es „fein“ haben.

Schlussfolgerung: Neben den vielen Methoden zur Behandlung und Linderung von Beschwerden, soll die Wichtigkeit der menschlichen Berührung ganz besonders hervorgehoben. Berührung, in einer doch meist sehr berührungsarmen Zeit, vermag es, Vertrauen zu schaffen und Ängste und Schmerzen zu reduzieren. Physiotherapie am Ende des Lebens bedeutet auch das Dasein, das Zuhören, das Gespräch mit allen Betroffenen. Es ist die Zeit, die wir dem Menschen schenken können.

P12

Hausübergreifende Zusammenarbeit in der palliativen Betreuung

Mag. (Fh) Birgit Hunyar

Seniorenbetreuung Stadt Wels, Österreich

Einleitung: Die palliative Betreuung und Pflege hat einen wichtigen Stellenwert in der täglichen Arbeit in den Einrichtungen der Seniorenbetreuung der Stadt Wels (mit insgesamt 4 Langzeitpflegeeinrichtungen und 2 Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz). Die palliative Pflege war bis Projektbeginn großteils hausintern organisiert; ein organisierter Austausch und eine Zusammenarbeit der Beauftragten war nicht gegeben. Seit Jahresbeginn 2017 hat man sich zum Ziel gesetzt, die Zusammenarbeit zu strukturieren.

Methoden: Um die Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Einrichtungen zu forcieren, wurden folgende Methoden bzw. Maßnahmen gesetzt:

- Einrichtung einer Arbeitsgruppe mit

Moderation durch Frau Mag. (FH) Birgit Hunyar, BSc. Die Arbeitsgruppe setzt sich aus allen Beauftragten in der Palliative Care der einzelnen Einrichtung zusammen.

- Durchführung einer Informationsveranstaltung für alle MitarbeiterInnen zur Vorstellung der Schwerpunkte und Aufgaben der Beauftragten in der Palliative Care im Juni 2018
- Erarbeitung eines Informationsfolders als Anregung für Gespräche mit Angehörigen und BewohnerInnen
- Erarbeitung einer ausführlichen Broschüre – „Palliative Care in der Seniorenbetreuung“ – als Leitfaden für alle MitarbeiterInnen
- Erarbeitung eines Leitbildes „Palliative Care“ in der SeniorInnenbetreuung

- Zusammenstellung der Schwerpunkte in der palliativen Arbeit in den einzelnen Einrichtungen

Ergebnisse: Sämtliche Maßnahmen bzw. Methoden konnten mittlerweile umgesetzt werden. Die Zusammenarbeit verläuft gut, die Anzahl der Kontakte (auch außerhalb der Arbeitsgruppentreffen) haben sich gesteigert, es konnten Ideen aus anderen Einrichtungen implementiert werden. Die Druckwerke erfreuen sich großer Beliebtheit; diese werden an Angehörige verteilt und sind Bestandteil der MitarbeiterInnenmappen.

Schlussfolgerung: Die Zusammenarbeit zwischen den Einrichtungen wurde verbessert. Im Sinne der Nachhaltigkeit ist ein regelmäßiges Treffen der Arbeitsgruppe auch weiterhin geplant.

P13

SALSA – ein praktikables Assessment zur Versorgung von PalliativpatientInnen an Akutstationen

Dr. Brigitte J. Mayr-Pirker¹, BSc, Maite Gnjezda², BA, Univ.-Prof. Bernhard Iglseder¹

¹ Universitätsklinik für Geriatrie, Salzburg, Österreich

² Institut für Klinische Psychologie, Universitätsklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Salzburg, Österreich

Einleitung: Durch die steigende Lebenserwartung und die verbesserten medizintechnischen Maßnahmen sind wir im Gesundheitswesen zunehmend mit multimorbiden Patienten konfrontiert. Umso wichtiger wird die adäquate Versorgung von PalliativpatientInnen an Akutstationen eines Krankenhauses, da die Zahl der Palliativbetten begrenzt bleibt.

Methoden: 2016 wurde SALSA (Salzburger Geriatrie Best Supportive Care Assessment) an der Universitätsklinik für Geriatrie eingeführt und ist speziell für Akutstationen ohne palliativen Schwerpunkt entwickelt worden. Im Unterschied zu anderen Assessments wird SALSA immer gemeinsam von Arzt/Ärztin und Pflege ausgefüllt. Neben der Symptomkontrolle stehen vor allem die biopsychosoziale Ebene, die Unit of Care und die

Bedürfnisse der PatientInnen im Vordergrund.

Ergebnisse: Im Zeitraum von 16 Monaten wurden im Rahmen des Assessments 20 PatientInnen begleitet, im gleichen Zeitraum verstarben an derselben Station 43 PatientInnen ohne SALSA. Es wurden die Daten verglichen, zusätzlich wurden 8 MitarbeiterInnen (4 Ärzte/Ärztinnen, 4 Pflege) über die Erfahrungen mit SALSA befragt. Es zeigt sich, dass mit SALSA ein praktikables Tool zur Versorgung von PalliativpatientInnen in Akutkrankenhäusern geschaffen wurde.

Diskussion: SALSA zeichnet sich einerseits durch die interprofessionelle Herangehensweise auf Augenhöhe aus, andererseits versucht es, neben den Symptomen einen Blick auf den gesamten Menschen zu richten, wo-

durch die Begleitung speziell von PatientInnen an Akutstationen viel sensibler und spezifischer erfolgen kann. Weiters dient SALSA durch das gemeinsame Ausfüllen durch Arzt/Ärztin und Kollegen/Kolleginnen aus der Pflege als Kommunikationsmittel in der interprofessionellen Zusammenarbeit.

Schlussfolgerung: Cicely Saunders hat formuliert, worum es der Palliativmedizin in erster Linie geht: einen Raum zu schaffen, um jedem Menschen die Möglichkeit zu geben „seinen eigenen Tod zu sterben“. An Akutstationen ist dieser Raum, aus personellen und zeitlichen Ressourcenmangel, kaum gegeben. SALSA soll einen Raum schaffen, in dem jedem Menschen die Möglichkeit gegeben ist, seinen eigenen Tod in Ruhe, Würde und schmerzarm zu sterben.

P14

Bedarf an Palliativmedizin in der Kardiologie

Dr. med. univ. Lukas Gamillscheg, Dr. med. univ. Raphael Preiss, Prim. Univ.-Prof. Dr. Gebhard Mathis

Innere Medizin I, LKH Feldkirch, Österreich

Einleitung: Zu den häufigsten Aufnahmeindizes in Österreich im Jahr 2017 gehörten nach onkologischen Erkrankungen (15,6 %) Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems (10,8 %). Jedoch stellen Letztere die häufigste Todesursache noch vor onkologischen Grunderkrankungen dar.

Im Gegensatz zur Fachrichtung der Onkologie, ist der Einfluss der Palliativmedizin in der Kardiologie eher die Ausnahme als die Regel, trotz des erwiesenen Nutzens, der Gerontifizierung der Gesellschaft und der hohen Sterblichkeit von PatientInnen mit ausgeprägter kardiologischer Symptomatik, welche deutlich höher ist als jene mancher onkologischer Grunderkrankungen.

Mehrere Studien bewiesen bereits, dass der Einbezug einer palliativen Betreuung bei HerzinsuffizienzpatientInnen bzw. PatientInnen mit schwerer peripherer arterielle Ver-

schlusskrankheit (pAVK) eine Verbesserung der Schmerzsymptomatik, Depressionen und PatientInnenzufriedenheit mit sich brachte.

Methoden: Im Rahmen einer prospektiven Datenerhebung erfassten wir alle PatientInnen über 60 Jahre mit einer Belastungsdyspnoe NYHA III/IV oder einer schweren inoperablen PAVK (III°/IV°) im Zeitraum von 27. August 2018 bis 17. September 2018, welche sich in der Inneren Medizin I des LKH Feldkirch vorstellten.

Ergebnisse: Bisher erfassten wir 38 PatientInnen älter als 60 Jahre mit NYHA III–IV (89,5 %; n = 34) bzw. pAVK III°–IV° (10,5 %; n = 4). 84,2 % (n = 32) erfüllten mindestens zwei der SPICT-Kriterien und somit auch die formalen Kriterien, eine palliative Versorgung (PV) anzusprechen bzw. einzuleiten. Jedoch

wurde in dieser Gruppe in nur 9,4 % (n = 3) der Fälle eine PV angesprochen und auch im Verlauf eingeleitet. Eine PV wurde ausschließlich bei PatientInnen mit Versorgung im Pflegeheim/Reha-Einrichtung eingeleitet. In diesen wenigen Fällen, in denen PV eingeleitet wurde, zeigten sich deutlich mehr SPICT-Kriterien erfüllt als in der restlichen Gruppe.

Schlussfolgerung: Palliative Betreuung in der Kardiologie/Angiologie darf nicht mehr als Begleitung von Sterbenden in den letzten Stunden/Tagen verstanden werden. Stattdessen sollte sie, wie schon in der Onko-Hämato-logie, ein integraler Bestandteil der Betreuung von PatientInnen sein, bei denen der kurative Ansatz in der Therapie ihrer Grunderkrankung verlassen wurde.

P15

FVW: der freiwillige Verzicht auf Wärme, um das Sterben zu beschleunigen

MMag. Dr. Günter Polt, MSc, Judith Mandl, BSc, MA
MPT Hartberg/Weiz/Vorau, Graz, Österreich

Ziel einer palliativmedizinischen Betreuung ist es, Leiden und Symptome von sterbenden Menschen zu lindern. Die Angst vor einem verlängerten, leidvollen Sterbeprozess kann dazu führen, dass terminal kranke PatientInnen bewusst den Sterbeprozess beschleunigen möchten.

In Anlehnung an den in der Wiener Medizinischen Wochenschrift (WMW 02/2018) veröffentlichten Artikel über den freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF) wird durch Übertragung der im Ausgangsartikel gebrachten Argumente auf eine andere Form, den Sterbevorgang zu beschleunigen, versucht, die Haltbarkeit und Qualität der Darstellung im Ursprungsartikel zu reflektieren und nichtnachvollziehbare Argumente zu hinterfragen.

Der FVNF ist eine bewusst geplante und durchgeführte Handlung mit der Absicht, einen vorzeitigen Tod herbeizuführen. Diese Handlung kann nur von entscheidungskompetenten PatientInnen ohne kognitive Beeinträchtigungen durchgeführt werden. Weiteres sind die Personen physisch dazu in der Lage, oral Flüssigkeit oder Nahrung zu sich zu nehmen, entscheiden sich aber bewusst dagegen.

Genau so wird die Methode des freiwilligen Verzichts auf Wärme (FVW) verstanden. Sie ist eine von einer dispositionsfähigen Person bewusst geplante und durchgeführte Handlung, mit der Absicht, den Tod vorzeitig herbeizuführen, wobei die Person psychisch in der Lage ist und auch die Umgebung so vorliegt, dass die Person aus eigener Kraft einen

Ort aufsuchen kann, an der die Umgebungstemperatur kein Erfrieren bewirkt. Die Person entscheidet sich aber bewusst dagegen.

Unter der Voraussetzung, dass man den Argumenten zum FVNF folgt und diesen nicht als Suizid einstuft, müsste aus denselben Gründen die neue Methode des FVW als bewusst gesetzte Handlung, um den eigenen Tod vorzeitig herbeizuführen, nicht als Suizid und die Betreuung dabei nicht als assistierter Suizid angesehen werden.

Die AutorInnen dieses Artikels möchten explizit festhalten, dass durch die dargestellten Überlegungen keine Position zu Suizid und zur Sterbehilfe generell bezogen werden soll. Ziel der Palliativmedizin ist es, Leiden und Symptome von sterbenden Menschen zu lindern und nicht den Tod vorzeitig herbeizuführen.

P16

Zur Bedeutung der Aromapflege in der Palliative Care am Beispiel von Wegbegleitöl

Mag. Elisabeth Klein

Stationäres Hospiz im PBZ Mödling, Heiligenkreuz, Österreich

Einleitung: Aromapflege nimmt als komplementäre Pflegemethode in der Betreuung von PalliativpatientInnen einen immer größeren Stellenwert ein. Im Pflege- und Betreuungszentrum Mödling wurde die Aromapflege 2015 implementiert. Dem Haus steht eine breite Palette an Mischölen für die Prophylaxe zahlreicher Pflegeprobleme sowie reine ätherische Öle zur Verfügung. Unter den Öl-mischungen gibt es ein Wegbegleitöl, das in der Palliativ Care angewendet wird und mit dem im stationären Hospiz gute Wirkungen erzielt werden. Die Fachbereichsarbeit widmet sich folgenden Fragestellungen:

1. Welche Wirkungen können mit dem Wegbegleitöl bei PalliativpatientInnen erzielt werden?

2. Wie kann das Wegbegleitöl in der Betreuung von PalliativpatientInnen eingesetzt werden?
3. Welchen Nutzen hat das Wegbegleitöl bei der Begleitung von Angehörigen?

Methoden: Literaturrecherche, berufspraktische Erfahrungen

Ergebnisse und Schlussfolgerungen: Wegbegleitöl auf der Basis von Mandelöl mit den ätherischen Ölen von *Lavandula angustifolia*, *Citrus reticulata*, *Rosa damascena* und *Cedrus atlantica* hat eine stark stabilisierende, stimmungsaufhellende, angstlösende, schmerzlindernde und beruhigende Wirkung. Es gelangt als Aromastreicherung und tempe-

rierte Ölkompresse zur Anwendung. Der Ablauf bei der Anwendung als Arm- bzw. Fußstreichung ist vor allem auf die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen abzustimmen. Angehörige können nach entsprechender Schulung durch Pflegepersonal selbst Streichungen durchführen und so in eine angemessene Handlungsfähigkeit geführt werden. Die Anwendung von Wegbegleitöl als temperierte Ölkompresse eignet sich vor allem für PatientInnen, die keinen Körperkontakt möchten. Sowohl durch ihre Wirkweise als auch durch ihre Anwendungsformen bietet die Aromapflege die Möglichkeit einer ganzheitlichen Zuwendung und Lebensqualitätssteigerung von PalliativpatientInnen.

P17

Seelische Begleitung von sterbenden PatientInnen und Angehörigen durch Jin Shin Jyutsu®

Ingrid Gabriel

Krankenpflegeverein Großes Walsertal, Sonntag, Österreich

Einleitung: Im täglichen Begleiten von palliativen PatientInnen und deren Angehörigen gilt es, die Bedürfnisse der Betroffenen zu erkennen und bestmöglich zu begleiten und zu unterstützen. Der Sterbeprozess ist geprägt von emotionalen und seelischen Erlebnissen. Jin Shin Jyutsu® ist die Kunst zur Harmonisierung der Lebensenergie und Unterstützung körperlicher, geistiger und seelischer Gesundheit. Es bestehen deutliche Parallelen der Grundemotionen in den Sterbephasen nach Kübler-Ross zu dieser Lehre. Anhand von Praxisbeispielen aus dem Arbeitsfeld der Hauskrankenpflege wird die beobachtete Auswirkung durch Jin Shin Jyutsu® auf PatientInnen und Angehörige dokumentiert.

Methode: Von Juni bis September 2018 wurde eine limitierte Zahl von Betroffenen mit Jin Shin Jyutsu® behandelt. Emotionen und Gesamtbefindlichkeit wurden im Gespräch ermittelt und dokumentiert.

Ergebnisse: Behandelt wurden 10 Personen. Wahrgenommen wurden Schmerzen, Atmung, Sorge, Trauer, Angst, Wut und Verzweiflung. Eine Gesamtbefindlichkeit wurde vor und nach der Behandlung mit Jin Shin Jyutsu® auf einer Skala von 0 bis 10 eingeschätzt. Der Mittelwert vor der Behandlung beträgt 8,44 ($\pm 1,54$), nach der Behandlung 4,8 ($\pm 1,8$). Es zeigte sich jeweils eine Verbesserung von 2 bis 6 Punkten. Personen, die dazu fähig waren, wendeten die Methode nach

Anleitung selbst an.

Schlussfolgerung: Jin Shin Jyutsu® kann mit wenig Aufwand eine Linderung von Symptomen und Verbesserung der Lebensqualität von Sterbenden und deren Angehörigen verschaffen. Es unterstützt die Wandlung von Einstellungen und Emotionen auch in höchst vulnerablen Lebenssituationen wie dem palliativen Setting. PatientInnen und Angehörige berichten von erfahrener innerer Ruhe und Frieden. Besonders hervorzuheben ist die Einfachheit der Methode, die es sowohl PatientInnen selbst als auch Angehörigen ermöglicht, die Anwendung praktisch umzusetzen.

P18

Dieses Abstract wurde zurückgezogen.

P19

Komplementäre Schmerzbehandlungsformen in der Hauskrankenpflege

Monika Mähr¹, Gebhard Mathis²

¹ Krankenpflegeverein Rankweil, Österreich

² Ordination – Internist, Rankweil, Österreich

Hintergrund: Im Umgang mit SchmerzpatientInnen im Berufsalltag wird man immer wieder mit komplementären Schmerzmethoden konfrontiert. Viele PatientInnen wünschen solche. Ziel der Untersuchung war, nachzufragen, welche nichtmedikamentösen Schmerztherapien zum Einsatz kommen.

Methode: Ein detaillierter Fragebogen hat 29 komplementäre Schmerztherapien aufgelistet, und diese konnten mit „viele KlientInnen – über 7“, „1–5 KlientInnen“ und „kein(e) KlientIn“ angegeben werden. Die Fragestellung erfolgte per E-Mail, die Auswertung anonym, wie auch die Auswertung der Ergebnisse.

Ergebnisse: Die Rücklaufquote betrug 70 % bei den 10 Teamkolleginnen, 27 % bei 66 Krankenpflegevereinen. Die Befragung zeigt, dass Seelsorge, Aromatherapie, Wickel und Wärme-/Kältetherapie am häufigsten angewendet werden.

Etwas weniger oft angewendet werden, Entspannungsverfahren, Heiler und Heilversprechen, Homöopathie, Reflexzonenmassage und Vitamine. Bei mehr als einem Klienten/einer Klientin finden Meditation, autogenes Training, Akupunktur, Heilpflanzen, Homöopathie, Misteltherapie und Reflexzonenmassage Anwendung. Klangtherapie, Musiktherapie, Qigong und Tai-Chi, Bioresonanztherapie

sowie Kunsttherapie werden eher nicht angewendet.

Schlussfolgerung: Die Gesamtauswertung zeigt, dass Anwendung komplementärmedizinischer Behandlungen in der Hauskrankenpflege sehr vielfältig ist. Diese sind individuell auf die Bedürfnisse der KlientInnen und den Neigungen der BetreuerInnen abgestimmt. Besonders für die häufig angewendeten Behandlungen sind Wirksamkeitsuntersuchungen angezeigt.

P20

Klang und Kommunikation

Manuela Eder

Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Salzburg, Österreich

Ziel: In meiner wissenschaftlichen Projektarbeit erarbeitete ich neuropsychologische, physiologische und spirituelle Betrachtungen von Klang und Kommunikation in der Palliativ Care. Ich versuchte, die Möglichkeiten des Klangs und der Musik in der Kommunikation in der Palliativ Care durch Fallbeispiele darzustellen und erlebbar und fassbar zu machen.

Hintergrund: Unsere Stimme, ein Klang oder die Musik finden auf eine ganz andere Art und Weise Zugang zu uns. Die Wissenschaft konnte bereits feststellen, dass die Musik in einem anderen Bereich unseres Gehirns abgespeichert wird, wie uns oft an Demenz erkrankte Menschen beweisen, wenn sie die Liedtexte aus ihrer Kindheit fehlerlos mitsingen, obwohl sie schon lange ihren Namen vergessen haben. Klang knüpft an unsere

emotionalen Schichten des Erlebten an und ermöglicht so einen Zugang zu unserem eigenen Wesen, auch dann, wenn körperliche und geistige Beeinträchtigung im Zuge einer Krankheit unsere Wahrnehmungen begrenzen. Klang als Möglichkeiten unser Bewusstsein, die Selbstempfindung und die Stimmung zu verändern. Töne führen in ein neues Erleben, ermöglichen Transzendenzerfahrungen, erlauben Entspannung, Ruhe und Regeneration. Ein Dialog kann entstehen, indem nicht nur durch das Wort, sondern durch den Klang kommuniziert wird.

Ergebnisse: In meiner wissenschaftlichen Arbeit kam ich zu dem Ergebnis, dass Klang und Kommunikation eine wunderbare Bereicherung in der Arbeit mit schwerkranken Menschen sind. Entspannungsverfahren können ausgleichend

wirken, sie führen in die Ruhe, schenken Wohlbefinden und wecken positive Gefühle. Durch die Entspannung kann Regeneration stattfinden und neue Energie mobilisiert werden. Die Menschen nehmen harmonische Tonfolgen als besonders beruhigend und wohltuend wahr. Es scheint, als ob sphärische Musik aus der Entfremdung wieder zurück in die Welt der Beziehungen führen kann. Mit Klang, achtsamer Begegnung und Kommunikation können Gefühle der Angst und des Unbehagens reduziert werden. Urvertrauen, Sicherheit und Geborgenheit dürfen entstehen.

Schlussfolgerung: Der Klang, die Kommunikation bilden einen schützenden Mantel, in dem die emotionalen und körperlichen Beschwerden der Erkrankung Linderung finden. Dem ganzheitlichen Konzept von Cicely Saunders „total pain“ entsprechend.

P21

Richtig Wichtig – die Entwicklung eines Kartensets für vorausschauende Gespräche und Planungen zum Lebensende

Elisabeth Sommerauer, Michael Rogner
LAK, Schaan, Liechtenstein

Ausgangslage: Im Zuge der Organisationsentwicklung hinsichtlich Palliative Care in den Pflegeheimen der Liechtensteinischen Alters- und Krankenhilfe (LAK) wurden Dokumente zur Unterstützung der vorausschauenden Betreuungsplanung (Advance Care Planning – ACP) entwickelt. Der Gesprächseinstieg ist jedoch nicht immer einfach. Im Zuge einer Projektarbeit wurde das amerikanische Go-Wish Game übersetzt, mit dem Ziel, über den spielerischen Charakter einen niederschwelligen Zugang zum Thema „Vorausschauende Gespräche über das Lebensende“ zu finden.

Ziel:

- Entwicklung eines Kartenspiels als niederschwelliges Hilfsmittel zum Einstieg in vorausschauende Gespräche
- Das Spiel ist unabhängig vom Alter und der derzeitigen Lebenssituation anwendbar.

- Das Spiel kann sowohl in der Familie, in Teams, in Partnerschaften und für Einzelpersonen sowie auch in Einrichtungen eingesetzt werden.

2017 wurden die Karten des GoWish Games im Rahmen einer Projektarbeit übersetzt und weiterentwickelt sowie erste Erfahrungen in der direkten Anwendung gemacht. 2018 wurde das Spiel grundsätzlich überarbeitet. 30 Personen aus unterschiedlichen Bereichen und Altersgruppen (Pflegerpersonen, Palliative-Care-Fachpersonen, HospizbegleiterInnen, SeelsorgerInnen, Privatpersonen etc.) testeten das Spiel anhand von Analysefragen in der praktischen Anwendung. Diese wurden anschließend systematisch ausgewertet und die Karten sowie die Spielvarianten inhaltlich adaptiert.

Resultate: Mit „Richtig Wichtig“ ist ein einfaches Hilfsmittel für den Einstieg ins Thema entstanden. Es braucht keinerlei fachliche Voraussetzungen dafür, mit dem Spiel die Thematik für sich zu bearbeiten. Die SpielerInnen werden angeregt, sich über eigene Werte, Wünsche und Prioritäten Gedanken zu machen.

Schlussfolgerung: Sterben und Tod lösen häufig Angst und Unsicherheit aus. Die auf den ersten Blick ungewöhnliche Kombination aus Spiel und Lebensende bietet eine neue Perspektive, um sich Gedanken über die Gestaltung der letzten Lebensphase zu machen. Darin liegt das große Potenzial von „Richtig Wichtig“.

P22

Schwere Entscheidungen im Zusammenhang mit Therapiezieländerungen. Eine Befragung der Pflege und des ärztlichen Personals auf der interdisziplinären Intensivstation am Landeskrankenhaus Bregenz

Robert Weindl, Prof. Dr. Gebhard Mathis
Landeskrankenhaus Bregenz, Österreich

Hintergrund: Führen schwierige Entscheidungen im Zusammenhang mit Therapiezieländerungen zu Konflikten? Haben diese Auswirkungen auf die Arbeitsqualität und die Personalfuktuation, und können diese Belastungen zu einem Burn-out führen?

Methode: Im Rahmen des Palliativlehrganges wurde im April 2018 auf der interdisziplinären Intensivstation am Landeskrankenhaus Bregenz eine Befragung des Behandlungsteams durchgeführt. Fragebogen (17 Fragen), Literaturrecherche.

Ergebnisse: Rücklaufquote: Ärzte und Ärztinnen (17 Personen) 77 %, dipl. Pflegepersonen (26 Personen) 96 %. Gesamtzahl an auszuwertenden Fragebögen von 38 (n = 38). Beide Berufsgruppen betonen, dass es schwierige Entscheidungen gibt. Diese betreffen den Patienten/die Patientin, sein/ihr soziales Umfeld und das Behandlungsteam. Wer diese Entscheidungen trifft, Behand-

lungsteam, Ärzteteam oder Einzelpersonen, und ob diese gut kommuniziert und diskutiert werden, wird von beiden Berufsgruppen sehr unterschiedlich bewertet. Als belastend werden die getroffenen Entscheidungen von beiden Professionen empfunden. Beide Berufsgruppen räumen ein, dass diese Entscheidungen auch Konfliktpotenzial bergen. Die Belastungen lassen sich in physische, psychische und zwischenmenschliche einteilen. Viele der als belastend angeführten Symptome können Indikatoren für ein Burn-out sein. Eine erhöhte Personalfuktuation konnte durch die Befragung nicht eindeutig geklärt werden. Ein Großteil der Pflegepersonen hätte gern Unterstützung bei schwierigen Entscheidungen. Demgegenüber steht mehr als ein Drittel der Ärzteschaft, das dies explizit nicht wünscht. Wünsche des Behandlungsteams waren, interprofessionelle Teambesprechungen, Ethikkonsilien, Fallbesprechungen sowie Fortbil-

dung im Bereich Kommunikation und Ethik einzusetzen. Gründe, warum bestehende Entscheidungshilfen nicht genutzt werden, sind z. B.: Absicherungsmedizin, mangelnde Erfahrung mit dem Ethikkomitee und der schwere Zugang, Bürokratie, unklare Entscheidungswege bzw. die Entscheidung selbst treffen zu wollen.

Schlussfolgerung: Defizite konnten in der Kommunikation, dem Wissen über das Bestehen von Entscheidungshilfen und deren Abläufe geortet werden. Gezielte Edukation des Behandlungsteams, wie Kommunikations- und Ethikfortbildungen. Einrichten einer interprofessionellen Gesprächsplattform bei schwierigen Fällen, Supervisionen und Teambildung, wären im Sinne der Arbeitszufriedenheit und des Patienten/der Patientin Wohlwollens und Nichtschadens.

P23

Dieses Abstract wurde zurückgezogen.

P24

Leitfaden Palliativmedizinische Notfälle

MMag. Dr. Günter Polt, MSc, Prim. Dr. Norbert Bauer, MBA, Dr. Ursula Sauer

MPT Hartberg/Weiz/Vorau, Hartberg, Österreich

Im Juni 2014 erschien erstmals ein Heftchen – „Leitfaden Palliativmedizinische Notfälle“ – im Eigenverlag des mobilen Palliativteams Hartberg/Weiz.

Das Projekt verfolgte mehrere Ziele:

- 1) Durch den Titel und die mit dem Leitfaden verbundene Öffentlichkeitsarbeit sollte aufgezeigt werden, dass bei PalliativpatientInnen ebenfalls Notfälle vorkommen, die einer sofortigen Versorgung und Behandlung bedürfen.
- 2) BehandlerInnen von PalliativpatientInnen sollten Informationen in einfacher und rasch umsetzbarer Form für die Praxis und für den Behandlungsalltag zur Verfügung gestellt werden.
- 3) Ein Leitfaden in dieser Form existierte in Österreich bis dahin nicht.

Der Leitfaden sollte zu keiner Zeit ein Buch oder umfassende, gemeinsam erstellte Leitli-

nien ersetzen. Vielmehr war es die Absicht, den palliativmedizinischen Gedanken zu unterstützen und bewusst zu machen, dass PalliativpatientInnen in ihrer Versorgung genauso NotfallpatientInnen sein können, und dazu konkrete Therapieansätze aufzuzeigen.

Bei der Entwicklung wurden zahlreiche Literaturwerke (inkl. Leitlinien) und Erfahrungsschätze von aktiven Experten und Expertinnen eingearbeitet. Dabei wurden auch „Ideen“ und komplementärmedizinische Ansätze, die sich in der Praxis bewährt haben, aufgenommen. Diese wurden aber bewusst durch ein farbliches Leitsystem getrennt. Der Leitfaden verbindet Theorie und Praxis und soll als „Begleiter im Taschenkitelformat“ nützlich sein.

Dies alles scheint vor dem Hintergrund, dass PalliativpatientInnen in der Behandlungspriorität („Was kann man überhaupt noch tun?“) manchmal nachrangig gereiht werden, wich-

tig. Der Leitfaden kann helfen, dass PalliativpatientInnen zu einer raschen und adäquaten Therapie kommen. Unsicherheiten bei BehandlerInnen mit weniger Erfahrung im Palliativbereich können vermindert werden und BetreuerInnen, aber auch Angehörige bekommen eine Bestätigung und Verständnis für verordnete palliativmedizinische Maßnahmen.

Die Erstellung des Leitfadens wurde durch das gemeinsame Engagement der im Leitfaden genannten Personen getragen und in keiner Form finanziell abgegolten. Durch Netzwerkarbeit und Finden von Unterstützern/Sponsoren konnten bereits 2 Auflagen mit über 10.000 (zehntausend) Stück gedruckt und in Umlauf (!) gebracht werden. Das Projekt findet so große und anhaltende Resonanz, dass bereits eine 3. Auflage angedacht ist.

P25

Einstellungen, Haltungen und Erfahrungen von Pflegefachpersonen zum freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF) im Pflegeheim

Michael Rogner¹, Gerhard Loser¹, André Fringer², Sabrina Fehr²

¹ LAK, Eschen, Liechtenstein

² Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften (ZHAW), Zürich, Schweiz

Hintergrund: Der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF) stellt für Menschen in palliativen Situationen eine Möglichkeit dar, das Sterben vorzeitig zu beenden, um ihr Leiden zu begrenzen (Klein-Remane, 2013). Jedoch stellt sich das Thema FVNF als viel facettenreicher dar als

bisher angenommen (Fehr, Fringer, 2017). Vor allem hinsichtlich der Begrifflichkeiten und Formen des FVNF ist Orientierung notwendig. In den Pflegeheimen der Liechtensteinischen Alters- und Krankenhilfe (LAK) liegen keine Grundlagen und Daten zu Einstellungen, Haltungen und Erfahrungen von

diplomierten Pflegefachpersonen zum FVNF vor.

Ziel:

- Häufigkeiten des FVNF in allen Pflegeheimen der LAK sind erhoben.

- Erfahrungen, Haltungen und Einstellungen der diplomierten Pflegefachpersonen zum FVNF sind bekannt.
- Grundlagen für zielführende Maßnahmen zum Support der beteiligten Personen können abgeleitet werden.

Methode: Zur Erreichung der Ziele wurde die Form der Online-Befragung mittels eines standardisierten Fragebogens in Zusammenarbeit mit der Fachhochschule St. Gallen gewählt. Die Online-Befragung wurde basierend auf der gekürzten Version des evidenzbasierten standardisierten Fragebogens von VARIED durchgeführt. Die erhobenen Daten wurden

anhand deskriptiver Statistik ausgewertet.

Auszüge der Ergebnisse:

- Insgesamt nahmen 74 Personen an der Befragung teil (Rücklaufquote 87 %).
- Den meisten der Befragten (91,4 %) ist die Möglichkeit des FVNF bekannt.
- Weiterhin wird die Entscheidung des Betroffenen zu FVNF überwiegend akzeptiert (89,7 %).
- Für keinen der Befragten ist der FVNF ein Suizid.

Diskussion: Persönliche Wertvorstellungen und Haltungen haben einen wesentlichen Ein-

fluss auf das Erkennen, Benennen und Begleiten von Menschen im Rahmen des Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit am Lebensende – unabhängig davon, ob dies explizit oder implizit erfolgt. Die Erfassung der Erfahrungen, Haltungen und Einstellungen der Mitarbeitenden zur vielschichtigen Thematik des FVNF kann eine wertvolle Orientierungshilfe für die Entwicklung einer institutionellen Haltung sowie von organisatorischen Grundlagen darstellen; mit dem Ziel, eine sorgsam Begleitung der unterschiedlich Betroffenen im Rahmen dieses Prozesses zu ermöglichen.

P26

Palliative PatientInnen und Strahlentherapie – welchen Belastungen sind die Radiologietechnologinnen und -technologien ausgesetzt?

Dr. Julia Frey¹, Univ.-Prof. Dr. Gebhard Mathis², Dr. Patrick Clemens¹, Dr. Raoul Pinter³, Stefanie Winter¹, Prim. Doz. Dr. Alexander de Vries¹

¹ Strahlentherapie – Radioonkologie, Landeskrankenhaus Feldkirch, Österreich

² Praxis für Innere Medizin, Rankweil, Österreich

³ Palliativzentrum, Kantonsspital St. Gallen, Schweiz

Einleitung: Ziel der Arbeit war es, die psychischen Belastungen und Stressfaktoren, denen Radiologietechnologinnen und -technologien bei der Arbeit mit Palliativ-PatientInnen auf der Abteilung für Strahlentherapie ausgesetzt sind, aufzuzeigen.

Methoden: Ein schriftlicher, nichtstandardisierter anonymer Fragebogen bestehend aus neun Fragen mit jeweils 4 Antwortmöglichkeiten wurde an die Radiologietechnologinnen und -technologien der Strahlentherapie ausgeteilt. Zusätzlich wurden individuelle leitfadensorientierte Interviews mit mehreren MitarbeiterInnen durchgeführt.

Ergebnisse: Zwölf von achtzehn Radiologietechnologinnen und -technologien beantworteten die Fragebögen. Für jede/n stellt der

Umgang mit palliativen PatientInnen eine Belastung dar. Die meisten fühlen sich nicht ausreichend auf den Umgang mit palliativen PatientInnen vorbereitet (58 %), und 66 % haben in der Vergangenheit Angebote wie Supervision genutzt und als hilfreich befunden (50 %). Trotzdem ist die Mehrheit (66 %) der Meinung, dass mehr getan werden sollte. Für fast alle (91 %) stellt interdisziplinäre Kommunikation einen wichtiger Faktor zur Verbesserung der PatientInnenversorgung dar, die Kommunikation zwischen den verschiedenen Berufsgruppen wird als gut eingestuft (83 %), und der Vorschlag, eine/n fixe/n AnsprechpartnerIn zwischen Radiologietechnologinnen und -technologien und Ärztinnen und Ärzten einzusetzen, um PatientInnengeschichten genauer aufzuarbeiten, wird als hilfreich bewertet (75 %).

Schlussfolgernd stellt die Arbeit mit schwerkranken PatientInnen eine große Belastung für das medizinische Personal dar. Die interdisziplinäre Kommunikation ist ein wichtiger Faktor, wenn es darum geht, Belastungen aufzuzeigen und das Arbeitsklima zu verbessern. Obwohl diverse Möglichkeiten von Seiten der Abteilung angeboten werden, um Belastungen besser zu verarbeiten, kommt klar zum Vorschein, dass noch mehr getan werden muss. Ziel ist es, regelmäßige Treffen zu organisieren, um PatientInnen gemeinsam aufzuarbeiten, eventuelle Fragen und belastende Faktoren aufzuzeigen – mit der Hoffnung, diese zu mindern. Die Kenntnis der Belastungsfaktoren verbessert das Arbeitsklima und die Zusammenarbeit im Team und ermöglicht die bestmögliche PatientInnenversorgung.

MOVENTIG® BEI OIC*:

EIN GUTES BAUCHGEFÜHL BEI DER SCHMERZTHERAPIE MIT OPIOIDEN

MOVENTIG® (Naloxegol) ist der orale, peripher wirkende μ -Opioidrezeptor-Antagonist (PAMORA) zur ursächlichen Therapie der Opioid-induzierten Obstipation (OIC).¹

- Wirksam innerhalb von 7,6 Stunden** nach der ersten Dosis²
- Gute Verträglichkeit auch in der Langzeittherapie³
- Erhöht die Lebensqualität von OIC-Patienten⁴

MOVENTIG®
Die clevere
Therapie bei
OIC



KYOWA KIRIN

moventig.
naloxegol

OIC lindern –
Schmerzkontrolle erhalten⁵

* Opioid-induzierte Obstipation | ** im Median

1 MOVENTIG® Fachinformation, Stand 01/2018. 2 Tack J et al. UEG Journal 2015;3(5):471-480. 3 Webster L et al. Aliment Pharmacol Ther 2014;40(7):771-779. 4 Lawson R et al. Adv Ther 2016; DOI 10.1007/s12325-016-0365-y. 5 Bell TJ et al. Pain Med 2009; 10(1):35-42.

Moventig 12,5mg Filmtabletten | Moventig 25mg Filmtabletten: Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Jede Filmtablette enthält Naloxegoloxalat, entsprechend 12,5mg bzw. 25mg Naloxegol. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Tablettenkern: Mannitol, Mikrokristalline Cellulose, Croscarmellose-Natrium, Magnesiumstearat, Propylgallat. Tablettenüberzug: Hypromellose, Titandioxid [E171], Macrogol 400, Eisen(III)-oxid [E172], Eisen(II,III)-oxid [E172]. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Mittel gegen Obstipation, periphere Opioidrezeptor-Antagonisten, ATC-Code: A06AH03. **Anwendungsgebiete:** Moventig ist indiziert zur Behand-

lung von Opioid-induzierter Obstipation [OIC] bei erwachsenen Patienten, die unzureichend auf ein oder mehrere Laxantien angesprochen haben. Zur Definition eines unzureichenden Ansprechens auf ein oder mehrere Laxantien, siehe Abschnitt 5.1. der veröffentlichten Fachinformation. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der genannten sonstigen Bestandteile oder gegen einen anderen Opioid-Antagonisten. Gastrointestinaler Verschluss: Patienten mit bekanntem oder vermutetem gastrointestinalem (GI) Verschluss oder bei Patienten mit einem erhöhten Risiko für einen rezidivierenden Verschluss wegen des möglichen Auftretens einer gastrointestinalen Perforation. Besondere Bedingungen bei Patienten mit Krebschmerzen: Patienten mit zugrundeliegender Krebserkrankung, die ein erhöhtes Risiko für eine GI Perforation haben, wie z. B. solche mit bestehenden Malignomen des Gastrointestinaltrakts oder des Peritoneums, rezidivierendem oder fortgeschrittenem Ovarialkarzinom, Therapie mit Inhibitoren des Gefäß-

wachstumsfaktors [VEGF]. Starke CYP3A4-Inhibitoren: Gleichzeitige Anwendung von starken CYP3A4-Inhibitoren (z. B. Clarithromycin, Ketoconazol, Itraconazol oder Telithromycin, Proteasehemmer wie Ritonavir, Indinavir oder Saquinavir; Grapefruitsaft, wenn er in großen Mengen konsumiert wird). **Die Informationen zu den Abschnitten Dosierung, besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen, Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen sowie zu etwaigen Gewöhnungseffekten sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen. Inhaber der Zulassung:** Kyowa Kirin Limited, Galabank Business Park, Galashiels, TD1 1QH, Vereinigtes Königreich. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Stand der Information:** 01/2018. Ausführliche Informationen zu diesem Arzneimittel sind auf den Internetseiten der Europäischen Arzneimittel-Agentur <http://www.ema.europa.eu/> verfügbar.