



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Begrenzung von pflegerischen Interventionen am
Lebensende

Verfasser

David Bramerdorfer

angestrebter akademischer Grad

Magister

Wien, 2013

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 057/122

Studienrichtung lt. Studienblatt: IDS Pflegewissenschaft

Betreuer: Univ.-Prof. Dr. med. univ. Herbert Watzke

Abstract

Der Begriff „Palliative Care“ hat die frühere Bezeichnung „Terminal Care“ abgelöst und kann als pflegetheoretische Bezeichnung für Palliativpflege verstanden werden. Ziel dieser Fachrichtung ist die optimale Betreuung von Menschen, welche an einer der kurativen Medizin nicht zugänglichen und weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden. Die Unterstützung und Begleitung in psychischer, physischer, spiritueller und sozialer Hinsicht, sowohl für den kranken Menschen, als auch für sein soziales Umfeld, hat höchste Priorität. Palliative Care orientiert sich an den Wünschen und Bedürfnissen des Erkrankten und das bedeutet, dass in speziellen Situationen manche Pflegemaßnahmen nicht mehr in vollem Ausmaß durchgeführt werden. Einerseits hat ein Patient das Recht auf Autonomie und Selbstbestimmung und andererseits werden die Prioritäten im interdisziplinären Team täglich, wenn nicht sogar mehrmals täglich, neu beurteilt, was somit beides, den Verzicht auf manche pflegerische Interventionen rechtfertigt.

Im empirischen Teil dieser Arbeit wurde mittels einer Befragung (anhand eines Fragebogens) von Pflegepersonen untersucht, wie häufig derartige Situationen vorkommen und welche Maßnahmen einerseits von den Patienten abgelehnt werden und auf welche andererseits vom diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonal verzichtet wird. Im Gegensatz dazu, wurde auch nach Wünschen gefragt, mit welchen die Patienten an das diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal herantreten. Weiters war von Interesse, wie das Pflegepersonal auf eventuelle Ablehnungen reagiert und ob der Verzicht auf pflegerische Interventionen, Bestandteil der Ausbildung war.

Zusammenfassend kann erwähnt werden, dass es auf Palliativstationen Zeitpunkte gibt, ab denen von pflegerischer Seite ein Rückzug stattfindet und diverse pflegerische Interventionen hintangestellt werden. Die Wünsche der Patienten werden von den Pflegepersonen größtenteils erfüllt. Es wird einerseits die Ablehnung diverser Pflegemaßnahmen akzeptiert und andererseits wird auch versucht, auf die individuellen Bedürfnisse und „Forderungen“ einzugehen...soweit die vorhandene Zeit dies erlaubt.

The term “palliative care” has replaced the formerly used expression of “terminal care” and is also used in the theory of nursing.

Palliative care aims to look in the best possible way after persons who suffer from a illness in an advanced stage, and which cannot be treated through curative medicine. Its highest priority is to support and accompany both the patient and the people near him/her in psychological, physical and social respect. Palliative care is oriented towards the requests and needs of the patient, which means that in particular situations some care measures are not fully carried out. On the one hand, the patient has the right to autonomy and self-determination, and on the other hand, the interdisciplinary team assesses priorities on a daily basis or even more often. Both aspects are a justification for refraining from certain interventions of care.

In its empirical part, this master’s degree thesis has used a questionnaire to nurses to examine how often such situations take place, which measures are rejected by patients and which measures are being left out by professional health care and nursing care staff. To contrast this, the thesis also asked for wishes that patients brought forward to the professional health care and nursing care staff. Furthermore, it was of interest to monitor how nurses reacted to possible rejections and whether or not refraining from certain care interventions had been part of their professional training.

In conclusion, it can be stated that in palliative wards there are points of time in a patients’ disease trajectory at which onwards nurses retreat and care interventions are being put back. The patients’ requests are generally fulfilled by the nursing staff. Rejection of certain care measures by patients is accepted by nurses while they still continue to respond to the patients’ individual needs and requests as far as the time available allows.

„Bitten eines Sterbenden an seine Begleiter

»Laß mich in den letzten Stunden meines Lebens nicht allein.

Bleibe bei mir, wenn mich Zorn, Angst, Traurigkeit und Verzweiflung heimsuchen, und hilf mir, zum Frieden hindurch zu gelangen.

Denke nicht, wenn du ratlos an meinem Bett sitzt, daß ich tot sei. Ich höre alles, was du sagst, auch wenn ich meine Augen geschlossen halte.

Sage jetzt nicht irgend etwas, sondern das Richtige. Das Richtige wäre, mir zu sagen, was es mir nicht schwerer, sondern leichter macht, mich zu trennen. So vieles, fast alles, ist jetzt nicht mehr wichtig.

Ich höre, obwohl ich schweigen muß und nun auch schweigen will.

Halte meine Hand. Ich will es mit der Hand sagen. Wische mir den Schweiß von der Stirn. Streiche meine Decke glatt. Wenn nur noch Zeichen sprechen können, so laß sie sprechen.

Dann wird das Wort zum Zeichen. Klage nicht an, es gibt keinen Grund.

Sage Danke.

Laß mein Sterben dein Gewinn sein. Lebe dein Leben fortan etwa bewußter.

Es wird schöner, reifer und tiefer, inniger und freudiger sein, als es zuvor war, vor meiner letzten Stunde.« (IgsI, o.J.)

Hinweis im Sinne der Gleichbehandlung

Zugunsten der besseren Lesbarkeit werden in dieser Diplomarbeit nur männliche Personenbegriffe verwendet. Gemeint und angesprochen sind im Sinne der Gleichbehandlung natürlich immer beide Geschlechter in gleicher Form.

Inhaltsverzeichnis

Abstract.....	1
Vorwort.....	8
1. Einleitung	10
2. Begriffserläuterung und Entstehungsgeschichte der Palliativpflege und Palliativmedizin	11
2.1 Definition – „palliativ“	11
2.2 Hospiz – Palliativ. Ein geschichtlicher Rückblick	12
2.2.1 Der Hospizgedanke – die Anfänge	12
2.2.2 Die Entwicklung im 20. Jahrhundert	13
2.3 Palliative Care	16
2.3.1 Definition.....	16
2.4 Palliativmedizin/Palliativstation	22
2.4.1 Definition.....	22
3. Entwicklung in Österreich.....	29
3.1 Entwicklung der Versorgungseinrichtungen von	43
2005 bis 2011	43
3.1.1 Das Jahr 2005	43
3.1.2 Das Jahr 2006	46
3.1.3 Das Jahr 2007	47
3.1.4 Das Jahr 2008	48
3.1.5 Das Jahr 2009	50
3.1.6 Das Jahr 2010	52
3.1.7 Das Jahr 2011	53
3.1.7.1 Hauptamtliche Mitarbeiter.....	56
3.1.7.2 Das Durchschnittsalter der Patienten.....	57
3.1.7.3 Die Geschlechterverteilung	58

3.1.8 Zusammenfassung der Entwicklung von 2005 bis 2011	59
3.2 Finanzierung.....	62
3.3 Entwicklung der Aus- und Weiterbildung.....	67
4. Empirischer Teil.....	70
4.1 Methode	70
4.1.1 Das quantitative Forschungsdesign.....	70
4.1.2 Durchführung.....	71
4.2 Darstellung der Ergebnisse.....	72
4.2.1 Statistische Methoden	72
4.2.2 Beschreibung des Datensatzes	72
4.2.3 Fragen zu den Pflegepersonen	73
4.2.3.1 Berufserfahrung	74
4.2.3.2 Ausbildung für Palliativpflege	74
4.2.3.3 Regelmäßige Nutzung von Fortbildungsangeboten	75
4.2.3.4 Fachliteratur	78
4.2.3.5 Selbsteinschätzung der Pflegepersonen.....	80
4.2.4. Einschätzung der Pflegesituation.....	82
4.2.4.1 Fragen zur Station	82
4.2.4.2 Zeitaufwand für pflegerische Tätigkeiten	82
4.2.4.3 Eingehen auf individuelle Wünsche der Patienten	83
4.2.5 Verweigerung von Pflegemaßnahmen durch Patienten	85
4.2.5.1 Häufigkeit	85
4.2.5.2 Art der verweigten Pflegemaßnahmen	85
4.2.5.3 Gründe für die Verweigerung von Pflegemaßnahmen	86
4.2.5.4 Vorgehensweise bei der Verweigerung von Pflegemaßnahmen durch Patienten	87
4.2.6 Aufgaben einer Palliativstation.....	89
4.2.7 Verzicht auf pflegerische Maßnahmen durch die Pflegeperson.....	92

4.2.7.1 Standardisierte Anweisungen zum Verzicht auf pflegerische Maßnahmen	95
4.2.7.2 Verzicht auf pflegerische Maßnahmen als Thema in der Ausbildung	95
4.2.7.3 Fallbeispiel „Verweigerung von Pflegemaßnahmen“	97
5. Diskussion.....	99
6. Literaturverzeichnis und Internetquellen	104
7. Abbildungsverzeichnis.....	113
8. Anhang.....	116
Der Fragebogen zum Thema „Pflege von Sterbenden“	116
Lebenslauf.....	125

Vorwort

Wahrgenommen habe ich den Begriff „Palliativ“ in meiner Jugendzeit. Aber ehrlich gesagt, habe ich mich damals damit nicht näher beschäftigt. Warum auch? Das Wort hatte für mich eher eine negative Bedeutung, da ich es sofort mit dem Sterben in Verbindung gebracht habe. Und Sterben ist doch etwas Schlimmes, ein Geschehnis, mit dem man nichts zu tun haben möchte. Zu dieser Zeit war ich noch in einem Alter, in dem ich mich mit diesem Kuriosum auch nicht unbedingt näher beschäftigen musste. Überhaupt redet darüber niemand gerne und darüber nachdenken will man schon gar nicht. Man will dieses zum Leben gehörende Phänomen nicht wahrhaben und versucht es zu verdrängen. Meine negative Einstellung zu diesem Begriff hat sich dann für mich zum Teil bestätigt, als ich das erste Mal direkt damit konfrontiert wurde. Meine Großmutter war krank und es wurde diskutiert, ob es für sie nicht das Beste wäre, sie für ein Bett auf einer Palliativstation anzumelden, da ihr nicht mehr viel Zeit blieb und diese ihr verbleibende Lebenszeit, wollte man ihr so angenehm wie möglich gestalten. Es war also die Zeit ihres Ablebens gekommen.

Das ist nun einige Jahre her und ich habe meine Meinung und Einstellung gegenüber dem Sterben – dem Tod und natürlich auch dem Wort „Palliativ“ - geändert. Zum einen wurde mir durch den stattgefundenen Reifungsprozess klar, dass das Sterben ein Teil des Lebens ist und ein Leben ohne Sterben als ein Absurdum zu verstehen ist. Sehr überzogen formuliert könnte man sagen, dass man auch geboren wurde, um zu sterben. Das Sterben ist also ein ganz normales „Erlebnis“ im Dasein eines Menschen.

„Das Sterben gehört zum Menschsein und ist somit eine universale sozio-anthropologische Grunderfahrung menschlichen Daseins“ (Bulayumi, 2001, S. 17).

Im Zuge dieses Reifungsprozesses, der in Folge meines natürlichen Älterwerdens, aber auch anhand zahlreicher „Erlebnisse“, sowohl im Rahmen meiner momentanen Ausbildung zum diplomierten Gesundheits-

und Krankenpfleger, als auch im privaten Umfeld, oder während meiner ehrenamtlichen Dienste beim Roten Kreuz stattgefunden hat, habe ich gelernt, einigermaßen mit dem Tod umzugehen.

In vielen dieser Situationen wurde mir auch klar, wie wichtig es ist, für die sterbende Person da zu sein, sie zu unterstützen und auf Wünsche und Bedürfnisse einzugehen. Auch wenn die Situation ausweglos erscheint und man vielleicht sogar der Meinung ist, dass am Ende des Lebens für einen Menschen nichts mehr zu tun ist, irrt man gewaltig. Denn gerade zu diesem höchst sensiblen Zeitpunkt ist noch sehr viel für die betroffene Person zu tun. Es gibt zahlreiche Bedürfnisse und Wünsche, die gerade für einen sterbenden Menschen sehr wichtig sind. Zu diesem Zeitpunkt ist ein individuelles Eingehen auf die Person und eine empathische Haltung unverzichtbar. Jeder kranke Mensch hat das Bedürfnis, individuell „behandelt“ zu werden. Bestimmt ist es nicht immer leicht, die Wünsche zu erfüllen und die Person zufrieden zu stellen. Dennoch sollte man sein Bestes geben und sich ganz auf den kranken, sterbenden Menschen einlassen.

Auch die Angehörigen dürfen in dieser belastenden Zeit nicht vergessen werden.

„Eines ist zu bedenken: Angehörige durchleben, wie der Kranke auch, die Höhen und Tiefen des psychosozialen Schmerzes. Sie erleiden ebenfalls Verluste, Zukunftsängste und machen sich Sorgen. Viele Angehörige spüren sich selber nicht mehr, weil sie sich auf den kranken oder sterbenden Menschen ausrichten“ (Glaser-Hekman, 2000, S. 82).

Es ist wahrhaftig eine große, sehr verantwortungsvolle, anstrengende und bestimmt keine leichte Aufgabe, Schwerkranken und Sterbenden in ihrer belastenden Zeit Unterstützung zu geben und den Betroffenen, sowohl dem Patienten als auch den Angehörigen, die verbleibende Zeit zu erleichtern und die Lebensqualität zu steigern und die erreichte Verbesserung zu erhalten.

1. Einleitung

Diese Abschlussarbeit setzt sich mit dem großen und komplexen Thema der Palliativpflege und Palliativmedizin auseinander. Die Arbeit ist in einen theoretischen – und einen empirischen Teil gegliedert.

Der theoretische Abschnitt beinhaltet Begriffserläuterungen und gibt einen Einblick in die Entstehungsgeschichte von palliativer Pflege sowie Palliativmedizin. Im Theorieteil wird ebenfalls über die Entwicklung der palliativen Versorgung in Österreich informiert. Im Speziellen werden in diesem Teil die Veränderungen und Fortschritte der Jahre 2005 bis Ende 2011 näher erläutert und dargestellt.

Der empirische Teil dieser Arbeit enthält die Beschreibung der gewählten Methode und die Ergebnisdarstellung, der im Rahmen dieser Abschlussarbeit vorgenommenen Befragung. Die Umfrage wurde unter diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen durchgeführt, welche auf einer Palliativstation tätig sind. Mit Hilfe dieser Erhebung soll unter anderem herausgefunden werden, ob es auf Palliativstationen Zeitpunkte und/oder Vorkommnisse gibt, ab/bei denen auf pflegerische Interventionen verzichtet wird. Im weitesten Sinn soll durch die Befragung ermittelt werden, ob die Prinzipien der Palliativpflege berücksichtigt werden und es den Patienten somit ermöglicht wird, ein autonomes, selbstbestimmtes und individuelles Leben auf einer Palliativstation zu „leben“.

„Ziel ist es, Patienten im fortgeschrittenen Stadium einer inkurablen Erkrankung durch eine fachlich fundierte, ganzheitliche, individuelle und phantasievolle Pflege eine möglichst hohe Lebensqualität unter größter Selbstbestimmung zu gewährleisten“ (Schulte, 2006, S. 123).

2. Begriffserläuterung und Entstehungsgeschichte der Palliativpflege und Palliativmedizin

In diesem Kapitel werden die für die vorliegende Arbeit relevanten Begriffe erklärt und näher beschrieben. Ich möchte in diesem ersten Abschnitt auch einen Einblick in die Entstehung des Palliativgedankens geben und gehe daher auf die geschichtlichen Aspekte ein.

2.1 Definition – „palliativ“

Die deutsche Bedeutung für das Wort „palliativ“ hat seine Wurzeln im Lateinischen. Bezieht man sich auf die etymologische Bedeutung des Wortes, so versteht man unter dem lateinischen Begriff „pallium“ *Mantel* bzw. „palliare“ *umhüllen* (vgl. Stowasser, Petschenig, Skutsch, 1987, S. 321-322).

Im „Psyhyrembel Pflege“ ist folgende Definition angeführt: **„palliativ:** (engl.) *palliative*; Beschwerden einer Krankheit lindernd, z.B. schmerzlindernd, Geborgenheit und Wärme vermittelnd; z.B. Palliativmedizin im Gegensatz zu Präventivmedizin oder kurativer* Medizin“ (Wied & Warmbrunn, 2012, S. 606).

In der oben angeführten Definition aus dem „Psyhyrembel Pflege“ wird Palliativmedizin als Gegensatz zu kurativer Medizin dargestellt. Diese hier dargestellte Gegensätzlichkeit darf und soll nicht als solche verstanden werden. Palliative Betreuung ist für Patienten, bei denen durch kurative Behandlung keine Heilung mehr erzielt werden kann, essentiell, um die Begleitsymptome der Krankheit zu lindern und dadurch die Lebensqualität zu verbessern.

„Palliativ“ darf jedoch keinesfalls als Kontrapunkt zu „kurativ“ gesehen werden (vgl. Gartner & Watzke, 2006, S. 125). Denn:

„Wenngleich die Palliativmedizin im engeren Sinn Patienten in fortgeschrittenen Krankheitsstadien ohne kurative Chance betreut, definiert sie sich dennoch nicht als Negation zu „kurativ“, sondern als Bejahung von palliativ. Zum einen, weil Grundsätze der Palliativmedizin bei vielen

Erkrankungen auch in kurativen Stadien Anwendung finden und zum anderen, weil vice versa Maßnahmen, die primär in der „kurativen“ Medizin eingesetzt werden, auch in der Palliativmedizin notwendig sein können“ (Gartner & Watzke, 2006, S. 125).

2.2 Hospiz – Palliativ. Ein geschichtlicher Rückblick

2.2.1 Der Hospizgedanke – die Anfänge

Die Anfänge der „Hospizidee“ reichen weit zurück und sind definitiv keine Neuerfindung unserer modernen Gesellschaft. Die Grundgedanken waren bereits seit Beginn des Christentums vorhanden und beruhen auf dem Begriff „Hospiz“. Dieser, aus dem Lateinischen stammende Begriff, lässt sich mit Gastfreundschaft und Herberge erklären. Hospize waren schon im römischen Reich ein Zufluchtsort für Bedürftige, Kranke und sterbende Personen. Durch diese Einrichtungen war für hilfsbedürftige Menschen neben einer Unterkunft, auch die Verpflegung und die Betreuung gesichert (vgl. Höfler, 2001, S. 3).

Diese hospitären Einrichtungen wurden zu Beginn von religiös engagierten Personen geführt, bis ab dem 4. Jahrhundert die Führung von Ordensgemeinschaften übernommen wurde.

In der Epoche des Mittelalters entstanden eigene Hospitalorden. Vor allem in abgelegenen Gegenden, entlang von Pilgerwegen, wurden Hospize gegründet, die Reisende und Hilfsbedürftige als Raststätte und Herberge nutzen konnten. Die mittelalterlichen Hospize dienten damals als wertvolle soziale Einrichtungen, in denen hilfsbedürftige Menschen Schutz, Geborgenheit, Erfrischung, Stärkung und Heilung erwarten konnten (vgl. Nagele & Feichtner, 2012, S. 20).

Höfler (2001, S. 3) schreibt, dass als die Zeit der Kreuzzüge und Pilgerreisen ein Ende fand, die mittelalterlichen Hospize vorwiegend durch Gasthöfe, Krankenhäuser und sogenannte Siechenheime ersetzt wurden.

Ende des 19. Jahrhunderts wurde der Hospizgedanke wieder aufgegriffen. Im Jahr 1879 wurde von den „Religious Sisters of Charity Ireland“ (ein

Frauenorden, welcher im Jahr 1815 von Mary Aikenhead in Dublin gegründet wurde), das „Our Lady’s Hospice“ eröffnet (vgl. Höfler, 2001, S. 3; <http://religioussistersofcharity.ie/about-us/history/>).

Bis ins 19. Jahrhundert hinein, stand als Ziel einer Behandlung häufig nicht die Heilung einer Erkrankung im Vordergrund, sondern eher die Linderung von Beschwerden. Der Grund dafür war, dass der Medizin zu dieser Zeit meist nicht die notwendigen Mittel und Möglichkeiten zur Verfügung standen, um eine Krankheit zu heilen. In dieser Zeit war auch in der Pflege ein palliativer, also ein lindernder und nicht ein rehabilitierender Ansatz, vordergründig. Beginnend mit der Entdeckung und Einführung von modernen Therapiemöglichkeiten, wie zum Beispiel der Radio- und Chemotherapie, der Antibiotikatherapie etc., bekam die Medizin Möglichkeiten, eine Krankheit zu heilen. Ab diesem Zeitpunkt wurde das Heilen als die tatsächliche Aufgabe der Medizin betrachtet. Patienten mit einer unheilbaren Krankheit und Sterbende wurden in den Krankenhäusern zunehmend unerwünscht. Die Gründe für diese Ablehnung waren einerseits der steigende Personal- und Technikaufwand und andererseits die wachsenden Kosten, die durch die Behandlung und Betreuung entstanden sind. Sterbende erfuhren die geringste Aufmerksamkeit des medizinischen und pflegerischen Personals. Es dauerte, bis ein Umdenken stattfand und die Bedürfnisse von unheilbar Kranken und Sterbenden wahrgenommen wurden und den Beschäftigten im medizinischen- und pflegerischen Bereich, ihre große Verantwortung gegenüber den Patienten bewusst wurde (vgl. Nagele & Feichtner, 2012, S. 20f.).

2.2.2 Die Entwicklung im 20. Jahrhundert

Die Betreuung von Patienten in der terminalen Phase wurde während der 1. Hälfte des 20. Jahrhunderts zunehmend vernachlässigt. Einerseits waren Veränderungen von Haltungen in der Gesellschaft, als auch die Überbetonung der technisierten Medizin, Gründe für diese Entwicklung (vgl. Husebø & Klaschik, 2006, S. 2).

Cicely Saunders, eine Krankenschwester und Sozialarbeiterin, später auch Ärztin aus Großbritannien, prägte gemeinsam mit Elisabeth Kübler-Ross die weltweite Entwicklung der Hospizbewegung. 1967 gründete Cicely Saunders das St. Christopher's Hospice in einem Londoner Vorort, welches als das erste Hospiz der neuen Art galt. Der Eröffnung ging eine intensive, 20 Jahre dauernde, Vorarbeit voraus. Das in ihrem Haus praktizierte hohe Maß an intensiver Symptomkontrolle war, im Vergleich zu früheren Hospizen, ein grundlegendes Unterscheidungsmerkmal. Saunders hatte sich schon in ihren früheren Wirkungsstätten intensiv mit der Therapie und Kontrolle von Schmerzen auseinandergesetzt und konnte diese Erkenntnisse nun in ihrem Hospiz anwenden und weiterentwickeln. Ihre Motivation in der intensiven Auseinandersetzung mit Schmerzen und dessen Therapie lag darin, dass es damals mit den vorhandenen Methoden nicht möglich war, die Schmerzen ausreichend zu therapieren, um damit den sterbenskranken Menschen ein gewisses Maß an Lebensqualität zu sichern. Diese Erkenntnis führte dazu, dass Saunders einen Schmerztherapeuten für ihr Haus engagierte und von ihm medikamentöse Möglichkeiten zur Schmerzlinderung entwickeln ließ. Diese Errungenschaften läuten den Beginn der modernen Morphintherapie ein und werden heute noch genutzt. Cicely Saunders hat während ihrer Tätigkeit in ihrem Hospiz festgestellt, dass die erkrankten Personen zwar gerne im St. Christopher's Hospice leben, aber doch viel lieber in ihren eigenen vier Wänden leben würden. Um kranken Menschen diese Möglichkeit zu bieten, entwickelte sie nur kurze Zeit nach Eröffnung ihres Hospizes einen ambulanten Dienst, in dem gut ausgebildete Pflegepersonen die Betreuung von Menschen zu Hause übernahmen und diese bis zu ihrem Tod begleiteten. Das war der Beginn der mobilen Hospizarbeit (vgl. Student & Napiwotzky, 2011, S. 6-7).

Von diesem Hospizgedanken gingen die Initiativen zur Verbreitung der Palliativmedizin in England und zahlreichen weiteren Ländern aus (vgl. Aulbert, Nauck und Radbruch, 2007, S. 5).

„Der Großteil orientierte sich am englischen Modell: unzählige Ärzte, Krankenschwestern und -pflegerInnen, SozialarbeiterInnen und HelferInnen

aus aller Welt wurden in St. Christopher's ausgebildet. St. Christopher's wird daher auch als Keimzelle der globalen Hospizbewegung angesehen“ (Höfler, 2001, S. 4).

Die Eröffnung des St. Christopher's Hospice erregte weltweites Aufsehen. Zu dieser Zeit war der Umgang mit Sterbenden ein Tabuthema und galt vielerorts als etwas „Unanständiges“. Auch in den USA wurde diese neuartige und noch unbekanntere Form der Betreuung mit großem Interesse verfolgt. Durch Elisabeth Kübler-Ross, die zweite namhafte Pionierin der Hospizarbeit, wurde dort schon eine gewisse Vorarbeit geleistet. Mit ihrem Buch „On Death and Dying“, welches sie 1969 veröffentlichte, hat sie in den USA ein unglaubliches Aufsehen erregt. Der Bann im Umgang mit dem Sterben, dem Tod und der Trauer, scheint durch das Buch gebrochen worden zu sein und somit war der Weg frei für eine neue Ära. Der Weg für die ersten Hospize in Nordamerika war geebnet. So kam es, dass 1973 in New Haven im Bundesstaat Connecticut ein ambulanter Hospizdienst seine Arbeit aufnahm und damit die erste Hospizeinrichtung auf nordamerikanischem Boden darstellte (vgl. Student & Napiwotzky, 2011, S. 7).

Aus der von Saunders geprägten und entstandenen Hospizbewegung geht das heutige Palliative Care Konzept hervor.

Im Jahr 1975 wurde in Kanada, am Royal Victoria Hospital in Montreal, die weltweit erste Palliativstation eröffnet. Der Gründer dieser Station, *Belfour Mount*, war die erste Person, welche in diesem Zusammenhang das Wort „palliativ“ verwendete (vgl. Husebø & Klaschik, 2006, S. 4).

Auch Aulbert, Nauck, Radbruch (2007, S. 5) schreiben über die erste Palliativstation. Sie erwähnen in diesem Zusammenhang, dass die Station ins Krankenhaus integriert war und den Patienten auf der Palliativstation alle diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten des Krankenhauses zur Verfügung standen. Die Autoren stellen außerdem fest, dass der früher verwendete Begriff „Terminal Care“, mit dem die Aufmerksamkeit hauptsächlich auf die Sterbephase gerichtet war, durch die von Mount

eingeführte Bezeichnung „Palliative Care“, abgelöst wurde (vgl. Aulbert, Nauck und Radbruch, 2007, S. 5).

2.3 Palliative Care

2.3.1 Definition

Der aus dem Englischen stammende Begriff „care“ hat zahlreiche deutsche Bedeutungen und lässt sich unter anderem in die „Sorgfalt“, die „Betreuung“, die „Pflege“, die „Achtsamkeit“ und die „Fürsorge“ übersetzen (vgl. PONS S. 164; LEO).

„Der Begriff Palliative Care stammt aus England und bezeichnet ein multidisziplinär angelegtes Behandlungs-, Pflege- und Betreuungskonzept für Menschen in der letzten Lebensphase“ (Hameter, 2011; S.14).

Da es in der deutschen Sprache an einem gleichbedeutenden Begriff mangelt, hat sich der Begriff Palliative Care sowohl im Fachjargon, als auch im öffentlichen Meinungsaustausch überwiegend etabliert (vgl. Steffen-Bürgi, 2007, S. 30).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert „Palliative Care“ folgendermaßen:

„Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual“ (WHO, 2002).

Laut der Definition der WHO aus dem Jahr 2002 ist Palliative Care ein Konzept, mit welchem die Lebensqualität von Patienten und deren Angehörigen verbessert werden soll, wenn diese mit einer lebensbedrohlichen Krankheit und den damit einhergehenden Problemen konfrontiert sind. Die Verbesserung der Lebensqualität soll durch Prävention

und Leidenslinderung, mittels Früherkennung beziehungsweise einwandfreier Beurteilung und Behandlung von Schmerzen sowie physischen, psychosozialen und spirituellen Problemen, gesichert werden.
(Übersetzung des Verfassers)

„Palliative Care“ ist laut Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2002) auch durch folgende Aspekte charakterisiert:

- sorgt für die Linderung von Schmerzen und anderen quälenden Symptomen
- bejaht das Leben und betrachtet das Sterben als einen regulären Prozess
- beabsichtigt den Tod weder zu beschleunigen noch zu verzögern
- integriert die psychologischen und spirituellen Aspekte der Patientenversorgung
- bietet ein Unterstützungsangebot, um Patienten zu helfen, bis zum Tod so aktiv wie möglich zu leben
- bietet ein Unterstützungsangebot für die Angehörigen, die Zeit der Erkrankung des Patienten und ihre eigene Trauer zu bewältigen
- verwendet einen Team-Ansatz, um sich den Bedürfnissen der Patienten und ihrer Familien, einschließlich Trauerbegleitung zu widmen, falls indiziert
- beabsichtigt die Lebensqualität zu erhöhen und den Verlauf einer Krankheit positiv zu beeinflussen
- ist im Verlauf einer Krankheit, in Verbindung mit anderen Therapien, welche beabsichtigen, das Leben zu verlängern, wie Chemo- oder Strahlentherapie, früh einsetzbar und bezieht jene Untersuchungen mit ein, welche erforderlich sind, um belastende klinische Komplikationen besser zu erfassen und zu behandeln

(Übersetzung des Verfassers)

Im „Pflege Heute“, einem Lehrbuch für Pflegeberufe, findet sich folgende Definition: **„Palliative Care: (Palliativ-Versorgung, Palliativmedizin):** Ganzheitliches Betreuungskonzept für Patienten, die unter einer

lebensbedrohlichen Krankheit leiden, und deren Familien. Die erfolgreiche Behandlung der Schmerzen und weiterer Symptome sowie die Hilfe bei psychologischen, sozialen und seelsorgerischen Problemen stehen an erster Stelle. Ziel von Palliative Care ist, die bestmögliche Lebensqualität für Patienten und deren Familien zu erreichen“ (Simon-Jödicke, 2011, S. 238).

Im „Psychembel Pflege“ wird „Palliative Care“ als pflegetheoretische Bezeichnung für Palliativpflege bezeichnet (vgl. Wied & Warmbrunn, 2012, S. 606). Palliativpflege wird darin wie folgt definiert:

„**Palliativpflege:** (engl.) *palliative care*, aktive, ganzheitliche Unterstützung und Betreuung eines Menschen mit einer weit fortgeschrittenen Erkrankung, die nicht geheilt werden kann; die WHO definiert Palliativversorgung als die aktive vollständige Pflege von Patienten, deren Krankheit nicht auf eine kurative Behandlung anspricht.

Aufgaben und Ziele: Die Beherrschung von Schmerzen, anderen Krankheitsbeschwerden sowie psychologischen, sozialen und spirituellen Problemen besitzt in der Palliativpflege höchste Priorität. Ziel der Palliativpflege ist der Erhalt bestmöglicher Lebensqualität durch optimale Schmerztherapie* und Symptomkontrolle. Die Autonomie des Patienten soll respektiert, die Bedürfnisse von Angehörigen* sollen berücksichtigt werden. Der Sterbeprozess wird weder aktiv beschleunigt noch künstlich verzögert.

Voraussetzung: offene, einfühlsame Kommunikation zwischen Patient, Angehörigen und Fachpersonal; **Durchführung:** In enger Zusammenarbeit mit Palliativmedizinern, Pflegenden, Sozialarbeitern, Geistlichen und Angehörigen sowie mit dem Patienten wird ein therapeutisches Konzept erarbeitet, das die Linderung des Leidens in den Vordergrund stellt. [...]“ (Wied & Warmbrunn, 2012, S. 606).

Kränzle (2011) beschreibt den eigentlichen Beginn von Palliative Care mit dem Zeitpunkt, an dem ein Mensch über eine Erkrankung informiert wird, die unter Umständen eine ungünstige Prognose hat und tödlich enden könnte. Sie schreibt weiters, dass es ab diesem Augenblick unabdingbar ist, sowohl

den kranken Menschen, als auch dessen Angehörige, zu stützen und unterstützen (vgl. Kränzle, 2011, S. 20).

Nagele und Feichtner (2012, S. 17) beschreiben als Ziel von Palliative Care die optimale Betreuung von Menschen in ihrer letzten Lebensphase, welche an einer unheilbaren, der kurativen Medizin nicht zugänglichen und weit fortgeschrittenen Erkrankung, leiden.

Ärzte, Pflegende und Sozialarbeiter sollten dem Erkrankten und seiner Familie geeignete Beratungsstellen vermitteln und bei diversen organisatorischen Belange (Pflegegeldantrag, etc.) zur Seite stehen. Eine adäquate Unterstützung sollte garantieren, dass die Betroffenen konkrete Hilfe erhalten und sich ernst genommen und unterstützt fühlen (vgl. Kränzle, 2011, S. 20).

Sobald offensichtlich ist, dass eine Erkrankung mit kurativen Behandlungskonzepten nicht mehr therapierbar ist, konzentrieren sich alle Bemühungen eines koordinierten Versorgungssystems von Professionellen, Laien und Organisationen darauf, die Lebensqualität zu verbessern und die Schmerzlinderung zu erreichen. Wichtig dabei ist, dass der Tod weder beschleunigt, noch tabuisiert wird. Die Aufgabe von Professionellen (Ärzte, Pflegepersonen, Sozialarbeiter, etc.), Laien und der Versorgungseinrichtung ist es, den kranken Mensch als eine bio-psychoziale und spirituelle Einheit zu sehen, um mit und für ihn eine entsprechende, individuelle Versorgung und Lebensqualität zu planen (vgl. Heller, 2007, S. 197f).

Andreas Heller formuliert 6 Prinzipien von Palliative Care:

- *Radikale Betroffenenorientierung*

Darunter ist zu verstehen, dass man den kranken, sterbenden Mensch, also den Betroffenen, als Subjekt seines Lebens betrachtet, mit ihm in eine Beziehung eintritt und ihn um seiner selbst willen anerkennt. Diese Anerkennung bezeichnet Heller als die

angemessene ethische Haltung in dieser Beziehungsaufnahme (vgl. Heller, 2007, S. 199).

- *Interdisziplinarität*

„Das Sterben“ wird sowohl im gesellschaftlichen, als auch im wissenschaftlichen Diskurs, von vielen unterschiedlichen Fachrichtungen, wie etwa der Pflegewissenschaft, der Medizin, der Ethik, der Philosophie, der Theologie, etc. betrachtet. Die dadurch entstehende Herausforderung besteht nun darin, diese unterschiedlichen Denkansätze in das Konzept der Palliativbetreuung zu integrieren, Widersprüche und Unterschiede auszugleichen, um zugunsten der kranken Menschen, eine gemeinsame Handlungs- und Denkweise zu ermöglichen (vgl. Heller, 2007, S. 201).

„Wenn ein Konzept umgesetzt werden soll, bei dem nicht nur das Nebeneinander unterschiedlicher Berufsgruppen – Multiprofessionalität – sondern die gelingende Zusammenarbeit mehrerer Berufsgruppen mit ihren Ausbildungshintergründen – Interdisziplinarität – vorausgesetzt wird, müssen die Chancen und Grenzen dafür bereits in der Grundausbildung aufgegriffen und reflektiert werden“ (Pleschberger & Heimerl, 2005, S. 27).

- *Interprofessionalität*

Personen aus unterschiedlichen Professionen arbeiten als Team zusammen und bilden die operative Kerneinheit der Palliativversorgung. Um als Team zu funktionieren und zielgerichtet den gemeinsamen Aufgaben nachgehen zu können, ist es unverzichtbar, in den Aufbau von Kommunikation und Teamstrukturen zu investieren und Vereinbarungen und Regeln zu definieren (vgl. Heller, 2007, S. 202).

- *Interorganisationalität*

Das Prinzip der Interorganisationalität soll die Kontinuität der Betreuung zwischen den einzelnen Versorgungskontexten

garantieren. Der jeweilige Versorgungskontext, wie das Akutkrankenhaus, ein Altenheim oder etwa die Hauskrankenpflege, hat nachhaltige Auswirkungen auf die Bedingungen des Sterbens. Es ist daher vonnöten die Prozesse der eigenen Organisation und des eigenen Versorgungsbereiches zielgerichtet weiterzuentwickeln, da dies auch die Qualität der Betreuung beeinflusst. Lebensqualität impliziert auch eine Kontinuität in der Betreuung zwischen den einzelnen Versorgungskontexten, was es für ambulante, teilstationäre und stationäre Einrichtungen zu einer Herausforderung macht, deren Angebote gemeinsam mit den Betroffenen zu erarbeiten (vgl. Heller, 2007, S. 203f).

- *Interreligiosität*

Die Entwicklung und Entstehung des Hospizgedankens lässt sich auf die christliche Tradition von Barmherzigkeit zurückführen. Ein Prinzip von palliativer Betreuung ist es, der Glaubensrichtung und weltanschaulichen Bindung des Betroffenen, Respekt und Beachtung zuteilwerden zu lassen. Sämtliche Formen von kirchlichem Kolonialismus stehen im Widerspruch zum Selbstverständnis von Würde, Freiheit und Autonomie (vgl. Heller, 2007, S. 205).

- *Interkompetenzen*

Palliatives Handeln ist ohne Interkompetenzen nicht wirklich realisierbar. Eine neue Betrachtungs- und Handlungsweise, welche Interkompetenzen trainiert, ist ebenso erforderlich, wie das Korrelieren von Theorie und Praxis, von Rationalität und Emotionalität, von fachlicher Kompetenz und sozial kommunikativer und organisationaler Kompetenz, sowie von wissenschaftlichem- und Erfahrungswissen. Ausgehend von der Annahme, dass die Praxis die gesamte Theorie beinhaltet, sollten Lernprozesse so ausgerichtet werden, dass das Wissen und die Erfahrungen aus der Praxis aufgenommen werden und in der Theorie weitergeführt und konkretisiert werden (vgl. Heller, 2007, S. 206).

Nagele und Feichtner (2012) beschreiben Palliativpflege und Palliativmedizin als Teildisziplinen von Palliative Care, welche sich einander ergänzen bzw. verstärken, um das gemeinsame Ziel, nämlich den Erhalt der Lebensqualität von Schwerkranken und sterbenden Menschen, zu erreichen (vgl. Nagele & Feichtner, 2012, S. 16).

2.4 Palliativmedizin/Palliativstation

2.4.1 Definition

Im weit verbreiteten Nachschlagewerk „Pschyrembel“ wird Palliativmedizin folgendermaßen definiert:

„**Palliativmedizin** (↑) *f*: (engl.) palliative medicine; Teilgebiet der Medizin, das traditionelle med. Aufgaben mit neuen Erkenntnissen der Wissenschaft bei Pat. mit inkurablen, weit fortgeschrittenen u. progredienten Krankheiten mit begrenzter Lebenserwartung integriert; oberste Priorität in der Behandlung ist das Erreichen u. die Sicherstellung der bestmöglichen Lebensqualität der Betroffenen unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes. In einem interdisziplinären Team (Ärzte, Pflegende, Sozialarbeiter, Geistliche u. Angehörige) wird in enger Zusammenarbeit mit dem Pat. ein therap. Konzept erarbeitet, das die Linderung der Leiden u. die Begleitung des Pat. bis zum Tod in den Vordergrund stellt. [...]“ (Pschyrembel Klinisches Wörterbuch 2011, S. 1530).

Palliativmedizinische Expertise ist im Besonderen bei weit fortgeschrittenen Erkrankungen, grundsätzlich aber auch in allen Stadien einer unheilbar, Tumor assoziierten oder anderen inkurablen Erkrankung, gefordert. Daraus ergibt sich, dass sowohl Patienten im Endstadium einer internistischen Erkrankung, wie einer Nieren- oder Herzinsuffizienz, einer Lungenerkrankung oder auch einer Infektionskrankheit wie Aids, ein Recht auf palliativmedizinische Betreuung haben, als auch ein an Krebs erkrankter Patient (vgl. Kloke, 2009, S. 4).

„Wie alle anderen Patienten haben auch Patienten mit Krebserkrankungen den Anspruch auf eine optimale medizinische Behandlung ihrer Grundkrankheit und eine umfassende Betreuung all ihrer krankheitsassoziierten medizinischen und außermedizinischen Probleme“ (Watzke, 2009, S.91).

Die Gesundheit Österreich GmbH – Geschäftsbereich ÖBIG (2007) definiert „Palliativstation“ folgendermaßen:

„Die Palliativstation ist eine innerhalb von bzw. im Verbund mit einem Akutkrankenhaus eigenständige Station, die auf die Versorgung von Palliativpatientinnen/-patienten spezialisiert ist. Ein multiprofessionell zusammengesetztes Team kümmert sich in einem ganzheitlichen Ansatz um die Patientinnen/Patienten und deren Angehörige.

Eine Palliativstation ist autonom bezüglich der Aufnahme, der Behandlung und der Entlassung von Patientinnen/Patienten“ (Gesundheit Österreich GmbH, 2007, S. 5).

Nagele und Feichtner (2012) beschreiben als Ziel einer Palliativstation die bestmögliche Linderung von Symptomen, welche oft sehr vielfältig sein können. Das Wesentliche in der Betreuung ist die Verbesserung der Lebensqualität für die schwer erkrankten Menschen und deren Angehörige (vgl. Nagele & Feichtner, 2012, S. 26).

Als Zielgruppe definiert die Gesundheit Österreich GmbH – Geschäftsbereich ÖBIG (2007) Palliativpatienten jeder Altersgruppe, welche eine komplexe medizinische, pflegerische oder psychosoziale Symptomatik aufweisen und einen akuten und hohen Betreuungsaufwand haben (Gesundheit Österreich GmbH, 2007, S. 5).

„Die Palliativmedizin steht für ein würdevolles und selbst bestimmtes Lebensende, ohne Verlängerung des Sterbeprozesses durch sinnlose Untersuchungen und Behandlungen, lehnt aber die Tötung von Menschen

durch den Arzt und Beihilfe zum Suizid entschieden ab“ (Werni-Kourik, 2009, S. 25).

Das Pflegeleitbild der Sektion Pflege in der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin bietet eine Orientierungshilfe für alle in der Palliative Care tätigen Pflegepersonen. In Anlehnung an den ICN-Ethikkodex des deutschen Berufsverbandes für Pflege von 2002, bedeutet dies für die Palliativpflege:

- I. „Frühzeitiges Erkennen von Problemen/Symptomen
- II. Prävention durch Vermeiden/Vorbeugen von Beschwerden sowie familiäre Krisenprävention
- III. Professionell-pflegerisches Handeln im Rahmen der Versorgung und Fürsorge“ (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, 2012, S.1).

Die Frage, welche Personen Palliativpflege benötigen, wird unter anderem von Nagele und Feichtner (2012, S. 18) beantwortet. Palliative Pflege betrifft laut den Autorinnen längst nicht mehr nur Patienten mit onkologischen Erkrankungen. Palliative Betreuung sollte bei allen Erkrankungen ohne Aussicht auf Heilung, aber auch in Krankheitssituationen mit nicht absehbarer Heilungsaussicht, integraler Bestandteil der Behandlung und Betreuung sein.

Es betrifft Patienten, die, unabhängig davon, ob Früh-, Neugeborener oder alter Mensch, von einer chronischen und das Leben begrenzenden Erkrankung betroffen sind. Das Patientenklintel umfasst zum Beispiel neben Patienten mit Tumorerkrankungen, auch Menschen mit chronischen neurologischen Erkrankungen oder nichtheilbaren Herz-Kreislauf-Erkrankungen (vgl. Nagele & Feichtner, 2012, S. 18).

Das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheit (ÖBIG) hat in ihrer Broschüre „ABGESTUFTE HOSPIZ- UND PALLIATIVVERSORGUNG“ (2007, S. 2-3) folgende Inhalte und Ziele der Palliativbetreuung beschrieben¹:

- „Ziel der Behandlung und Betreuung sind die **Erhaltung bzw. Verbesserung der Lebensqualität** der Patientin/des Patienten sowie der Angehörigen.
- **Bedarf und Bedürfnisse der Patientin/des Patienten** stehen im Zentrum. In der Betreuung und Behandlung kommt der **individuellen Zuwendung** ein hoher Stellenwert zu.
- Es wird besonders auf die Sicherstellung des **Selbstbestimmungsrechtes** der Patientin/des Patienten Bedacht genommen (z. B. durch Patientenverfügung, Bevollmächtigung einer Vertrauensperson als Stellvertretung in Gesundheitsangelegenheiten).
- Die **Angehörigen** werden in die Betreuung miteinbezogen.
- **Sterben in vertrauter Umgebung** soll ermöglicht werden.
- In einem **ganzheitlichen Betreuungsansatz** werden die körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse gleichermaßen berücksichtigt.
- Behandlung und Betreuung erfolgen durch ein **multiprofessionell zusammengesetztes Team**, das aus speziell qualifiziertem ärztlichen Personal, Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeitern, Seelsorgern/innen besteht. **Ehrenamtlich Tätige** werden in die Betreuungstätigkeit miteinbezogen.
- Bei der Behandlung der Grunderkrankung wird **der kurative Ansatz** nicht mehr verfolgt.
- Die **Einbeziehung der spezialisierten Fachkräfte** in die Behandlung und Betreuung der Betroffenen soll möglichst frühzeitig erfolgen.
- Die Entscheidung über Therapien und Maßnahmen erfolgt
 - unter **Abwägen von Nutzen und Belastung** im Hinblick auf die Lebensqualität der Betroffenen (Vermeidung von „Übertherapie“) und

¹ Hervorhebung wie im Originaltext

- in einem **gemeinsamen informierten Entscheidungsfindungsprozess** unter Einbeziehung von Patientin/Patient, Angehörigen und Team (shared decision making).
- Die Gewährleistung der **Kontinuität** der qualifizierten Betreuung ist eine Maxime.
- Die Tätigkeit der Hospiz- und Palliativbetreuung **endet nicht mit dem Tod** der Patientin/des Patienten und inkludiert bei Bedarf Hilfestellungen und/oder Trauerbegleitung der Angehörigen.
- **Vorausschauende Planung** (advance care planning) ist wesentlich.
- Mitarbeit bei der **Aus-, Fort- und Weiterbildung** von in der Grundversorgung tätigen Berufsgruppen gehört zu den Aufgaben der speziell qualifizierten Fachkräfte.
- **Bewusstseinsbildung und Öffentlichkeitsarbeit** sind wesentliche Bestandteile der Tätigkeit.
- Die Hospiz- und Palliativbetreuung wird an der Basis von **ehrenamtlich Tätigen** getragen“ (Gesundheit Österreich GmbH, 2007, S. 2-3).

Pleschberger und Heimerl (2005) stellen fest, dass das Konzept Palliative Care, in Bezug auf das Patienten Klientel keine deutliche Abgrenzung liefert. Festgelegt ist lediglich, dass die Patienten an einer unheilbaren Krankheit leiden, bei denen ein kurativer Therapieansatz keinen Therapieerfolg mit sich bringt. Durch diese Feststellung wird deutlich, dass Palliativpflege ein weites Spektrum an Krankheitsbildern abdeckt. Wie die Autorinnen ebenfalls anmerken, ist somit einerseits technisierte Pflege von schwerstkranken Menschen, als auch die Begleitung von sterbenden, hochbetagten Bewohnern einer geriatrischen Einrichtung im Rahmen von Palliativpflege möglich (vgl. Pleschberger & Heimerl, 2005, S. 21).

„Im Wissen um die Einzigartigkeit jedes einzelnen Menschen ist palliative Pflege immer eine höchst individuelle Pflege, die sich nur begrenzt an Standards ausrichten kann“ (Nagele & Feichtner, 2012, S. 19).

Nagele und Feichtner (2012) bezeichnen Palliativpflege als eine Art Spezialpflege, welche eine spezielle Ausbildung nötig macht. Umfassendes Wissen, viele praktische Fähigkeiten und vor allem eine hohe soziale

Kompetenz sind Voraussetzung. Weiters ist auch die Einzigartigkeit und die Individualität eines jeden Menschen zu bedenken. Pflegepersonen verrichten palliative Pflege häufig schon bevor die palliative Situation anerkannt ist. Darunter kann verstanden werden, dass die Pflegenden durch den engen Kontakt zu ihren Patienten eine gewisse Sensibilität für Veränderungen entwickeln. Dadurch werden die Wahrnehmungen der Pflegepersonen im interdisziplinären Team zu einem essentiellen Beitrag im Bezug auf patientenorientierte Betreuung. Pflege soll als Stütze in der Bewältigung der durch eine Krankheit entstandenen Krisen verstanden werden. Sie soll in diesen schwierigen Momenten einen wesentlichen Beitrag zum Erhalt der Selbstachtung und Würde leisten. Feinfühligkeit sowie die professionelle Krankenbeobachtung und das daraus resultierende professionelle Handeln sollte für Pflegepersonen jederzeit selbstverständlich sein. Besonders in der Zeit des Sterbens ist jedoch ein hohes Maß an Sensibilität und Professionalität gegenüber den Patienten unerlässlich, da den Pflegepersonen neben einer umfassenden Abklärung von Symptomen, auch eine Einschätzung der individuellen Bedürfnisse von Patienten und Angehörigen als besondere Aufgabe zukommt. Die Aufgabe besteht auch darin, adäquate Rahmenbedingungen für das Ableben zu schaffen, den Angehörigen Unterstützung zu bieten und die Pflege und Versorgung der Verstorbenen auf eine hinreichende Art und Weise zu gewährleisten (vgl. Nagele & Feichtner, 2012, S. 19).

Pribil (2005) beschreibt ein „sich einlassen und loslassen“ im Bemühen um einen würdevollen Umgang mit Sterbenden und seinen Angehörigen als prägende Grundhaltung in Palliative Care. Das soll so verstanden werden, dass in der Pflege eine Bereitschaft gegenwärtig sein muss, sich auf den Menschen und seine Lebensgeschichte, seine Erfahrungen, Wahrnehmungen und Gefühle einzulassen. Zum einen betrifft das die schwer kranken und sterbenden Menschen, die betroffenen Angehörigen und das soziale Umfeld. Zum anderen aber auch die in die Betreuung und Pflege involvierten Personen und Organisationen. Weiters gibt die Autorin zu verstehen, dass Palliative Care auch ein Loslassen erfordert. Das bedeutet für die Betroffenen ein Loslassen von Lebens- und Verhaltensmuster und für

die Pflegenden das Aufgeben von fachlichen Prinzipien, wenn diese nicht in das individuelle Betreuungskonzept der sterbenden Person integrierbar sind (vgl. Pribil, 2005, S. 189).

„PatientInnen in einem weit fortgeschrittenen Stadium ihrer Erkrankung und im Sterbeprozess ist durch eine fachlich fundierte, ganzheitliche nach individuellen Gesichtspunkten erarbeitete kreative Pflege Lebensqualität, Wertschätzung und größtmögliche Autonomie bis zuletzt zu ermöglichen“ (Pribil, 2005, S. 190).

Im Sterben offenbart jeder Mensch die Individualität seines Lebens, daher ist es von großer Bedeutung und Wichtigkeit, dass diese Einmaligkeit in der Pflege und Betreuung eines sterbenden Menschen ihren Ausdruck und ihre Berechtigung findet. Die Pflege- und Betreuungspersonen sollten die vom Sterbenden gewählte Art und Weise als die für ihn passende Art akzeptieren und einfühlsam beziehungsweise verständnisvoll reagieren und umgehen, auch wenn sie nicht den eigenen Ansichten entspricht (vgl. Pribil, 2005, S. 194).

3. Entwicklung in Österreich

Dieses Kapitel soll einen groben Überblick über die Entwicklung darstellen und erhebt somit keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Laut aktuellen Daten der Statistik Austria wird die österreichische Bevölkerung in den nächsten Jahren weiter zunehmen. Es wird vorausgesagt, dass bereits im Jahr 2030 die 9 Millionen Marke erreicht wird. Auch nach 2030 wird die Einwohnerzahl weiter steigen und in ungefähr 60 Jahren werden laut Prognose 9,4 Millionen Menschen in Österreich leben. Mit dem Anstieg der Bevölkerung verändert sich auch die Struktur in der Altersverteilung. Im Unterschied zu der Bevölkerung unter 19 Jahren bzw. der 20 bis 64-Jährigen, welche abnehmen wird, wird die Zahl der 65-Jährigen und über 65-Jährigen ansteigen (vgl. unten angeführte Abbildung).

Vorausberechnete Bevölkerungsstruktur für Österreich 2011-2075 laut Hauptszenario

Jahr	Bevölkerungsstruktur						
	Insgesamt	Unter 19 Jahre	20 bis unter 65 Jahre	65 und mehr Jahre	Unter 19 Jahre	20 bis unter 65 Jahre	65 und mehr Jahre
	absolut				in %		
2011	8.420.900	1.721.501	5.212.958	1.486.441	20,4	61,9	17,7
2012	8.458.023	1.707.802	5.234.916	1.515.305	20,2	61,9	17,9
2013	8.489.482	1.696.271	5.246.530	1.546.681	20,0	61,8	18,2
2014	8.523.323	1.686.810	5.261.980	1.574.533	19,8	61,7	18,5
2015	8.557.938	1.679.978	5.278.697	1.599.263	19,6	61,7	18,7
2020	8.713.178	1.673.468	5.320.754	1.718.956	19,2	61,1	19,7
2025	8.862.955	1.696.738	5.255.791	1.910.426	19,1	59,3	21,6
2030	9.000.007	1.721.138	5.116.648	2.162.221	19,1	56,9	24,0
2035	9.113.214	1.730.302	4.998.518	2.384.394	19,0	54,8	26,2
2040	9.205.647	1.725.581	4.974.434	2.505.632	18,7	54,0	27,2
2045	9.279.839	1.717.694	4.994.684	2.567.461	18,5	53,8	27,7
2050	9.330.904	1.716.914	4.980.239	2.633.751	18,4	53,4	28,2
2055	9.359.308	1.727.086	4.959.516	2.672.706	18,5	53,0	28,6
2060	9.378.251	1.743.073	4.928.007	2.707.171	18,6	52,5	28,9
2075	9.428.409	1.764.878	4.952.370	2.711.161	18,7	52,5	28,8

Quelle: STATISTIK AUSTRIA - Bevölkerungsprognose 2012. Erstellt am 14. September 2012.

Abbildung 1: vorausberechnete Bevölkerungsstruktur für Österreich 2011-2075

Quelle: Statistik Austria, Zugriff am 18.03.2013 unter

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/027308.html.

Der stetige Zuwachs der älteren Bevölkerung bringt die Vermutung mit sich, dass auch die Anzahl der Personen zunehmen wird, welche auf medizinische und pflegerische Betreuung angewiesen sind. Dieser vermutete Mehrbedarf

an professioneller Betreuung im medizinischen und pflegerischen Sektor wird sich auch im Kontext der Palliativbetreuung auswirken.

Diese prognostizierte Veränderung bzw. Entwicklung führt zu der Annahme, dass ein weiterer Ausbau von Betreuungsangeboten für Schwerkranke und Sterbende vonnöten sein wird, um eine adäquate Versorgung gewährleisten zu können.

Ich möchte in diesem Zusammenhang näher auf die Anfänge und den Ausbau der österreichischen Palliativeinrichtungen eingehen und habe im Besonderen die Entwicklung der Palliativstationen gewählt.

Im Gegensatz zur internationalen Entwicklung hat in Österreich die Etablierung der Hospizbewegung mit einer Verzögerung begonnen. In den 1970er Jahren gab es vor allem von Helferinnen der Caritas und von Pflegepersonen aus diversen Krankenhäusern und Pflegeheimen den Appell, den Sterbenden in ihrer letzten Phase des Lebens mehr Beachtung zu schenken und den betroffenen Angehörigen Beistand zu leisten, damit das Sterben im häuslichen Umfeld wieder mehr an Bedeutung gewinnt. Auch die Forderungen nach adäquater Schmerzbekämpfung und Unterstützung bei Patienten in der Sterbephase wurden von Pflegepersonen gestellt. In der zu dieser Zeit aktuellen Pflegeausbildung waren diese wichtigen Themen nicht enthalten, obwohl die Pflegepersonen in ihrer Berufsausübung ständig damit konfrontiert waren. Der Druck seitens der Pflegenden wurde größer, um endlich Unterstützung bei diesem tabuisierten Thema zu erhalten. Es wurde von einigen engagierten Personen in Zusammenarbeit mit dem Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV) versucht, die Öffentlichkeit zu sensibilisieren und den Umgang mit Schwerstkranken und sterbenden Menschen zu thematisieren (vgl. Höfler, 2001, S.6ff).

Zu diesem Zweck gab es Ende der 1970er Jahre einige Initiativen, welche die Weiterentwicklung forcieren sollten (Höfler, 2001, S. 7ff):

- ein Seminar von Elisabeth Kübler-Ross in Begleitung von Dr. Paul Becker (1977)

- Veranstaltung mit Dr. Paul Becker – Diskussion mit Ärzten zum Thema Sterben und Tod (1979)
- Studientage für Interessierte von Univ. Prof. DDr. Hilarion Petzold
- 1978/79 die erste Lehrveranstaltung zur Begleitung Sterbender von Sr. Hildegard Teuschl CS (damalige Leiterin der Lehranstalt für Sozialberufe der Caritas Wien)

Von da an wird diese Thematik in das Curriculum für Alten-, Familien- und Heimhelferinnen integriert (vgl. Höfler, 2001, S. 8).

All diesen Bemühungen zum Trotz, war in den 1980er Jahren sowohl der Hospizgedanke, als auch der Begriff „palliativ“, weder in der Bevölkerung bekannt, noch konnte der Großteil der Ärzte damit etwas anfangen. Nach dem Besuch der ersten deutschen Palliativstation am Universitätsklinikum Köln, hat Prim. Dr. Erich Aigner 1983 versucht, seine Kollegenschaft für eine derartige Einrichtung in Österreich zu sensibilisieren und zu begeistern. Leider schaffte auch er den Durchbruch nicht und wurde mit der Begründung, dass dafür weder finanzielle Mittel, noch Platz und Personal zur Verfügung stehen, abgewiesen (vgl. Höfler, 2001, S. 8f).

Auch Isabelle Benning hatte nach der Absolvierung eines Seminars von Dr. Elisabeth Kübler-Ross die Idee geboren, ein Hospiz zu gründen. Doch auch sie musste, trotz der Gründung einer Arbeitsgemeinschaft („Haus des Friedens“), welche sich um alte, schwerkranke und sterbende Menschen kümmerte, erfahren, dass in Österreich die Gründung eines Hospizes noch nicht möglich war. Einerseits waren es finanzielle Gründe, die eine Gründung unmöglich machten und andererseits war der Hospizgedanke noch nicht ausreichend ins Bewusstsein der Bevölkerung vorgedrungen (vgl. Höfler, 2001, S. 9f).

„Vereinzelt entstand in den achtziger Jahren bereits eine kritische Öffentlichkeit gegenüber den medizinischen Institutionen und dem medizinischen Personal. Von den Professionellen selbst wurden zunehmend deutlicher die Mängel in den Bereichen der Schmerztherapie, der

Symptomkontrolle, der Ethik und Kommunikation im Umgang mit der letzten Lebensphase von Patienten artikuliert“ (Höfler, 2001, S. 10).

Der aus Deutschland stammende Arzt Dr. Paul Becker, der in Österreich seit den siebziger Jahren durch zahlreiche Veranstaltungen und Fortbildungen an Bekanntheit gewonnen hatte, gründete 1986 in Deutschland die Internationale Gesellschaft für Sterbebegleitung und Lebensbeistand (IGSL) und initiierte 1987 die Gründung der österreichischen Sektion der IGSL unter dem Vorsitz von Prim. Dr. Erich Aigner. Im Rahmen dieser Gründung wurden Arbeitsgruppen gebildet, die sich unter anderem mit der Mitgliederwerbung und Öffentlichkeitsarbeit, Forschung, Hospizen, Palliativstationen oder der Gesundheitspolitik auseinandersetzten. Die grundlegenden Interessen bzw. Schwerpunkte waren die Aus- und Weiterbildung, die Integration von Sterbebegleitungsseminaren in die Pflegeausbildung, die Verbesserung der Kommunikation und die Schaffung von Pflegeeinrichtungen wie Hospize oder Palliativstationen (vgl. Höfler, 2001, S. 12).

Mitte der 1980er Jahre gab es am Institut für medizinische Psychologie in Wien eine Intervisionsgruppe, in der Ärzte die Möglichkeit hatten, sich über den Umgang mit Patienten in der terminalen Phase auszutauschen. Die Psychologin und Psychotherapeutin Dr. Irma Schwartz hatte dort nach der Teilnahme an einem Schwesternkurs im Lukes Hospice in Sheffield die Aufgabe, im Rahmen einer Akademikerstelle, eine Hospizinitiative zu gründen. Sie veranstaltete Lehrgänge für Primärärzte, an denen unter anderem auch der Anästhesist und Schmerztherapeut, Dr. Franz Zdrahal teilgenommen hat. Der damalige Abteilungsvorstand im Krankenhaus des Göttlichen Heilands in Wien wurde später der Leiter des ersten ambulanten Hospizes der Caritas Wien und ist seit damals fest in die Hospizbewegung verankert.

Auf Initiative von Herrn Univ. Prof. Martin Salzer wurde im orthopädischen Krankenhaus Gersthof ein interdisziplinäres Team gegründet. Diese Gruppierung, bestehend aus Ärzten, Stationsschwestern, Seelsorgern, Sozialarbeitern, Physio- und Ergotherapeuten, veranstaltete einmal pro Woche ein psycho-soziales Team. Im Rahmen der Internationalen

Gesellschaft für Sterbebegleitung und Lebensbeistand (IGSL) wurde Ende der 1980er Jahre die Etablierung einer Palliativstation an seiner Abteilung überlegt (vgl. Höfler, 2001, S. 10).

Für Pflegepersonen und Ärzte gab es in Österreich weder eine Ausbildung oder Fortbildung für Palliativpflege oder Palliativmedizin. Professionelle, die sich für dieses Fachgebiet interessierten und eine Aus- bzw. Fortbildung absolvieren wollten, mussten ins Ausland, um sich Fachwissen anzueignen. Es waren vorwiegend Pflegepersonen, die das Bildungsangebot in England und später auch in Deutschland in Anspruch genommen haben. Das Interesse an Bildung war unter den Pflegenden bedeutend höher, als bei den Ärzten, die eher zurückhaltend waren (vgl. Höfler, 2001, S. 13).

Der fortschreitende Erfahrungszuwachs in der häuslichen Betreuung sterbender Menschen führte dazu, dass die Dringlichkeit von stationärer Versorgung und Betreuung außerhalb eines Krankenhauses wahrgenommen wurde. Bis zu diesem Zeitpunkt war ein Krankenhausaufenthalt die einzige Möglichkeit, Sterbende stationär zu versorgen. Diese Erkenntnis hat dazu geführt, dass 1992 im Wiener Krankenhaus „Göttlicher Heiland“ die erste österreichische Hospizstation ihre Pforten geöffnet hat. Das „Hospiz St. Raphael“, welches zu Beginn Teil der anästhesiologischen Abteilung war, wurde aus organisatorischen Gründen im Jahr 1993 in die Interne Abteilung integriert, um die Übernahme der Behandlungskosten durch die Krankenkassen zu ermöglichen (vgl. Höfler, 2001, S. 16).

Im Jahr 1993 wurde unter der damaligen Leitung von Sr. Mag. Hildegard Teuschl und mit Förderung des Familienministeriums der Dachverband „Hospiz Österreich“ gegründet. Die Organisation wurde von Menschen ins Leben gerufen, welche der Überzeugung sind, dass die offene Auseinandersetzung mit einer unheilbaren Krankheit, dem Sterben und dem Tod, ein Teil des Lebens sein sollte. Der Dachverband arbeitet auf nationaler und internationaler Ebene, ist überparteilich und überkonfessionell und ist Mitglied der NGO's der Vereinten Nationen. Der interdisziplinäre Vorstand setzt sich aus Vertretern der 9 österreichischen Bundesländer zusammen

und wird von der derzeitigen Präsidentin Waltraud Klasnic geleitet (vgl. Höfler, 2001, S. 17f; Gronemeyer et. al., 2004, S. 240; Hospiz Österreich).

Nach zweijähriger Planungszeit einer interdisziplinären Arbeitsgruppe wurde 1995 im Geriatriezentrum am Wienerwald (GZW) ein stationäres Hospiz eröffnet. Diese mit 20 Betten ausgestattete Einrichtung stellt die erste derartige Station im Wiener Krankenanstaltenverbund dar. Gegen Ende des Jahres 1995 wurde in Wien durch die Caritas Socialis eine weitere Hospizstation eröffnet. Das über 12 Betten verfügende CS Hospiz Rennweg ist im Verband eines Pflege- und Sozialzentrums. Die Errichtung wurde durch Mittel der Gemeinde Wien ermöglicht (vgl. Höfler, 2001, S. 17).

Durch die Bestrebungen von Fr. Dr. Michaela Werni-Kourik wurde 1998 die „Österreichische Palliativgesellschaft“ (OPG) gegründet, welche 1999 als Verein tätig wurde. Univ. Prof. Dr. Herbert Watzke leitet als Präsident diese multiprofessionelle Vereinigung, welche aus Ärzten, Pflegepersonen, Psychologen, Sozialarbeitern und weiteren Berufsgruppen besteht, die mit der Betreuung von schwerkranken und sterbenden Menschen befasst sind (vgl. Österreichische Palliativgesellschaft; Höfler, 2001, S. 18-19; Gronemeyer et. al., 2004, S. 241).

Die „Österreichische Palliativgesellschaft“ (OPG) verfolgt folgende Ziele:

„Die OPG versteht sich in ihrer Struktur und in ihren Aufgabenstellungen als eine interdisziplinäre wissenschaftliche Gesellschaft mit den Zielen,

- die persönlichen Kontakte unter den Mitgliedern und die Beziehungen zu den entsprechenden ausländischen Gesellschaften zu fördern
- die Interaktion aller in Palliative Care tätigen Berufsgruppen in der täglichen Praxis zu stärken
- die wissenschaftliche Basis der einzelnen Betreuungsfelder zu verbessern
- der Erarbeitung von Standards für die Ausbildung in Palliative Care im medizinischen und anderen Bereichen [sic!]

- die Fort- und Weiterbildung in Palliative Care zu unterstützen
- Empfehlungen und Leitlinien für die Diagnostik und Therapie herauszugeben sowie Empfehlungen, Richtlinien und Stellungnahmen zu anderen das Fachgebiet betreffenden Fragen und Themen abzugeben
- die Anliegen der Palliative Care in der Öffentlichkeit darzustellen“ (Österreichische Palliativgesellschaft, <http://www.palliativ.at/die-opg/aufgaben-und-ziele.html>).

1998 wurde im Innsbrucker Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern ein stationäres Hospiz eröffnet. Weiters wurde 1998 mit dem Hospiz St. Vinzenz im Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern in Ried im Innkreis, die erste Palliativstation des Landes Oberösterreich eröffnet. Im Jahr 2000 konnte in Salzburg ein Tageshospiz eröffnet werden, welches österreichweit die erste Einrichtung dieser Art war. Auch in Wien und Oberösterreich konnte im Jahr 2000 jeweils eine weitere Einrichtung eröffnet werden. Im Wiener Geriatriezentrum am Wienerwald (GZW) öffnete die 1. Medizinische Abteilung für Palliativmedizinische Geriatrie ihre Türen und in Oberösterreich konnte im Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern in Linz die Palliativstation-Hospiz St. Louise ihre Tätigkeit aufnehmen (vgl. Höfler, 2001, S. 17, 21-22).

Im Juli 2003 wurde in Graz die erste, an eine Universitätsklinik integrierte Palliativstation, eröffnet (vgl. Nemeth & Rottenhofer, 2004, S. 10).

Im Jahr 2004 entwickelte die heutige Gesundheit Österreich (vormals ÖBIG), im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen, ein Konzept zur abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich. Die mit der Entwicklung beauftragte Expertengruppe bestand aus Vertretern des Dachverbandes Hospiz Österreich, der österreichischen Palliativgesellschaft und fachlichen Vertretern aller Bundesländer. 2006 wurde das entwickelte Versorgungskonzept vom Bund, den Ländern, den Sozialversicherungen und der Ärztekammer bestätigt und somit amtlich. Das aus 6 Bausteinen bestehende Versorgungsprinzip wurde richtungsweisend für andere europäische Länder (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2012, S. 5).

Bausteine der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung

		Hospiz- und Palliativbetreuung		
		Grundversorgung	Spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung	
		Traditionelle Dienstleister	Unterstützende Angebote	Betreuende Angebote
Akutbereich	Krankenhäuser	Hospizteams	Palliativ-konsiliardienste	Palliativ-stationen
Langzeitbereich	Alten- und Pflegeheime		mobile Palliativteams	stationäre Hospize
Familienbereich, Zuhause	Niedergelassene (Fach)-Ärzeschaft, mobile Dienste, Therapeutinnen/Therapeuten ...			Tageshospize

Abbildung 2: Bausteine der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012, inklusive Großgeräteplan, (2012a), S. 103.

Die Motivation bzw. der Grundgedanke für die Entwicklung dieses abgestuften Versorgungskonzepts lag darin, dass durch dessen Etablierung, eine adäquate Versorgung der Betroffenen gewährleistet sein soll. Es wurde damals festgestellt, dass zu den bereits vorhandenen Einrichtungen, welche die palliative Grundversorgung inne hatten, weitere, für aufwendige Betreuungssituationen spezialisierte Einrichtungen, benötigt werden. Durch dieses, auf verschiedene Bedürfnislagen abgestimmte Versorgungskonzept soll gewährleistet werden, dass die auf unterschiedliche Betreuung angewiesenen Patienten, zum optimalen Zeitpunkt in der bestmöglichen Einrichtung versorgt werden. Als Ziel der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung wurde 2006 die flächendeckende Umsetzung bis 2012 definiert. Der Auf- und Umbau der notwendigen Einrichtungen wird von den einzelnen Bundesländern organisiert und durchgeführt (vgl. Nemeth, 2009, S. 27-29).

Die festgelegten Qualitätskriterien für eine Palliativstation sollen anhand folgender Abbildung verdeutlicht werden:

Definitionen, Zielgruppen	<p>Versorgung von unheilbar kranken und sterbenden Personen</p> <p>Ziele: Erhöhung der Lebensqualität der Patientinnen und Patienten sowie deren Entlassung in die vertraute Umgebung (dazu entsprechendes Betreuungsangebot außerhalb des stationären Akutbereiches und Vernetzung dieser Angebote erforderlich)</p> <p>Zielgruppe: Patientinnen und Patienten mit nicht heilbaren, progredienten Erkrankungen und begrenzter Lebenserwartung, die an starken Schmerzen, psychischen Beschwerden oder Begleitsymptomen (wie z. B. Übelkeit, Appetitlosigkeit oder Atemnot) leiden, sowie ihre Angehörigen</p> <p>Inhalte: Symptomkontrolle (Linderung von Krankheitssymptomen, v. a. von Schmerzen) und psychosoziale Betreuung (sowohl für Patientinnen und Patienten als auch für deren Angehörige)</p>
Versorgungs- strukturen	<p>Behandlung und Betreuung durch palliativmedizinisch qualifiziertes, interdisziplinär zusammengesetztes Team, das neben den körperlichen auch die seelischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten berücksichtigt; Einbeziehung ehrenamtlicher Mitarbeiter/innen in die Betreuungstätigkeit</p> <p>Palliativstationen mit acht bis 14 Betten; darüber hinaus in Abhängigkeit von regionalen Bedingungen auch Palliativbereiche mit weniger als acht Betten möglich</p>
Planung	<p>Bedarfsschätzung nach internationalen Erfahrungswerten: 50 Betten in palliativmedizinischen Versorgungsstrukturen je Million Einwohner (dementsprechend rund 400 Betten für Österreich)</p> <p>Palliativmedizinische Strukturen vorzugsweise als Stationen (Palliativstationen) im Rahmen bestehender Fachabteilungen mit acht bis 14 Betten innerhalb von bzw. im Verbund mit Akutkrankenanstalten mit einem Einzugsbereich von mindestens 200.000 Einwohnern einzurichten (Betten zu schaffen durch Umwidmung von in anderen Bereichen nicht mehr erforderlichen Akutbetten)</p> <p>Palliativmedizinische Strukturen nicht als Teil einer bestimmten medizinischen Disziplin definiert, sondern organisatorisch in eine Abteilung einzugliedern, in der palliativmedizinische Ansätze vertreten werden</p>

Personalausstattung und -qualifikation	<p>Berufsgruppen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ärztinnen/Ärzte • Dipl. Gesundheits- und Krankenpflegepersonal • Physiotherapeutinnen/-therapeuten, Psychotherapeutinnen/-therapeuten, Sozialarbeiter/in • Ergotherapeutinnen/-therapeuten, Logopädinnen/-päden, Diätologinnen/Diätologen verfügbar • Seelsorge verschiedener Konfessionen verfügbar • ehrenamtlich Tätige mit Koordinationsperson verfügbar <p>Personalausstattung im Verbund mit der Abteilung, der die PAL-Einheit zugeordnet ist.</p> <p>Ärztliches Personal:</p> <p>Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin und/oder Fachärztinnen/-ärzte, jeweils mit besonderen Kenntnissen auf dem Gebiet der Palliativmedizin (anzustreben ist ein Interdisziplinärer Palliativ-Basislehrgang mit 160 h)</p> <p>Pflegepersonal:</p> <p>Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen mit besonderen Kenntnissen auf dem Gebiet der Palliative Care (anzustreben ist ein Interdisziplinärer Palliativ-Basislehrgang mit 160 h)</p>
Infrastruktur	<p>Technische Ausstattung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schmerzpumpen • Perfusoren und Infusomaten <p>Räumliche Ausstattung</p> <p>Station:</p> <ul style="list-style-type: none"> • wohnliche Atmosphäre • 1- und 2-Bett-Zimmer mit Nasszelle • Übernachtungsmöglichkeiten für Angehörige • Verabschiedungs-/Meditationsraum, multifunktionell nutzbar • Räumlichkeiten für soziale Aktivitäten, multifunktionell nutzbar <p>Im Haus verfügbar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Therapieraum
Leistungsangebote	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunikation und Kooperation mit Zuweisenden bzw. Weiterbetreuenden • Erstgespräch mit Patienten und Angehörigen vor der Aufnahme • Erstellen von Symptomdiagnosen (z. B. Schmerzdiagnose) • Qualifizierte Schmerzbehandlung und Symptomkontrolle • Diagnostik soweit erforderlich • Behandlung interkurrenter Erkrankungen • Patientenorientierte, ganzheitliche Pflege (Bezugspflege) • Funktionserhaltende und funktionsverbessernde therapeutische Maßnahmen • Ernährungstherapeutische Maßnahmen • Psychotherapeutische Betreuung des Patienten • Psychosoziale Betreuung und Krisenintervention bei Patient und Angehörigen • Spirituelle Betreuung • Betreuung durch ehrenamtliche Mitarbeiter • Miteinbeziehung und Mitbetreuung der Angehörigen • Entlassungsvorbereitung mit dem Ziel einer koordinierten Entlassung • Verabschiedung der/des Verstorbenen • Trauerbegleitung der Angehörigen • Kontaktmöglichkeit für Patienten und Angehörige nach der Entlassung • Telefonische Beratung von Ärzten und sozialen Diensten, die Palliativpatienten betreuen • Konsiliardienst im Haus bzw. gegebenenfalls in anderen Krankenhäusern, falls kein Palliativkonsiliardienst eingerichtet ist • Durchführung von Aus-, Fort- und Weiterbildung • Fakultativ: Ambulanz, Tagesklinik

Abbildung 3: Strukturqualitätskriterien einer Palliativstation

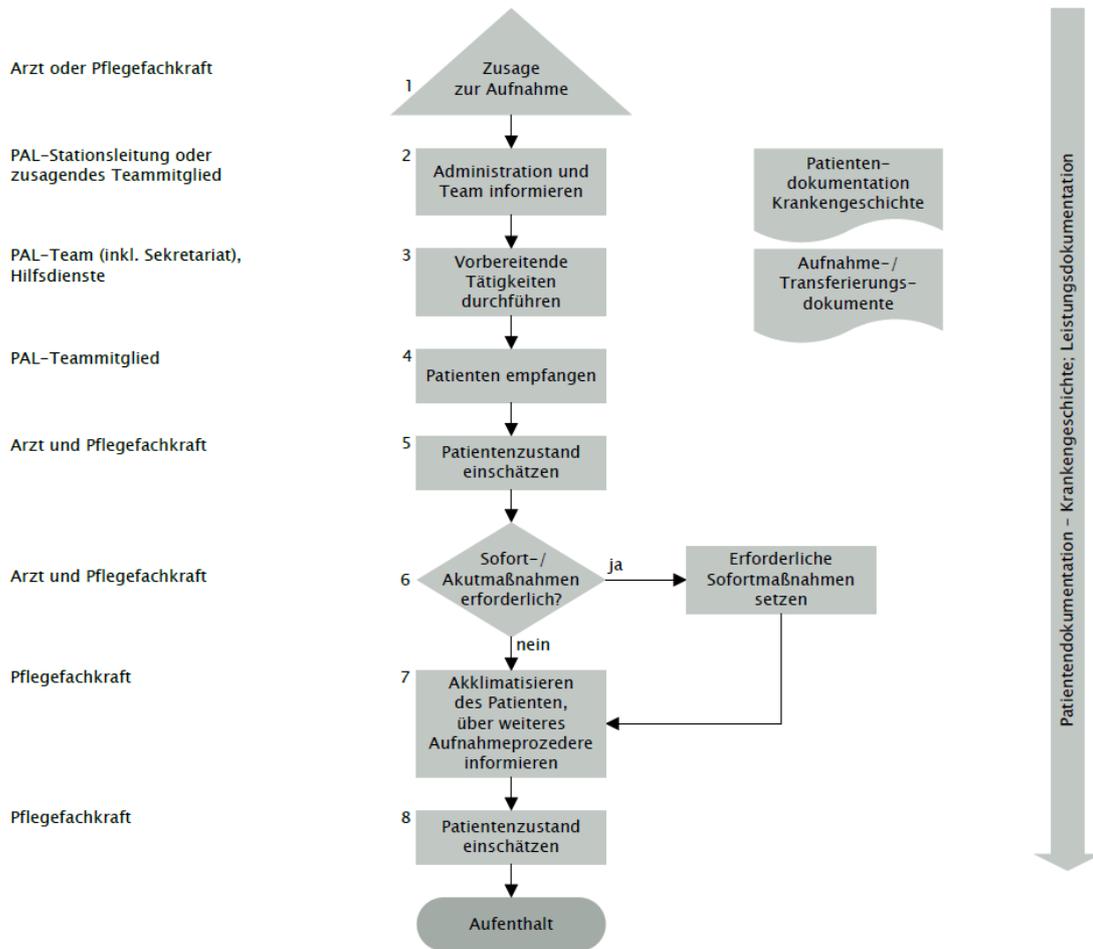
Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012, inklusive Großgeräteplan, (2012a), S. 103-104.

Im Jahr 2006 wurde an der Universitätsklinik für Innere Medizin I im AKH-Wien eine Palliativstation eröffnet. Nach einer großzügigen Erweiterung im Jahr 2008 bietet die Station alle erforderlichen Voraussetzungen für die optimale Betreuung von Palliativpatienten. Durch die Integration in die Klinik für Innere Medizin I, mit den Schwerpunkten Hämatologie und Onkologie, ist die palliative Versorgung vor allem auf krebskranke Menschen ausgerichtet.

Die Station ist seit 2006 gemäß der ISO 9001-Norm (ÖNORM EN ISO 9001:2000) zertifiziert. Die Palliativstation an der Universitätsklinik für Innere Medizin I leistet neben der Patientenversorgung auch einen wichtigen Beitrag in der palliativmedizinischen Forschung. Das leitende Studienzentrum der Austrian Palliative Care Study Group (AUPACS) hat dort ihren Sitz. Die AUPACS stellt eine Plattform zur Durchführung klinischer Studien dar, an der alle österreichischen Palliativstationen teilnehmen. Die wesentlichen Forschungsinhalte dieser durchgeführten Studien sind einerseits die Verbesserung der Lebensqualität von Palliativpatienten und andererseits die ständige Weiterentwicklung der Therapiemöglichkeiten (vgl. Palliativstation der Universitätsklinik für Innere Medizin I, Medizinische Universität/AKH Wien, S. 4).

Im Juni 2012 wurde im Wiener Wilhelminenspital die Eröffnung einer Palliativstation gefeiert. Die mit 14 Patientenbetten ausgestattete Station stellt einen weiteren wichtigen und zentralen Baustein zum Ausbau der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung dar (vgl. Wiener Krankenanstaltenverbund, 2012).

In dem 2012 vom Bundesministerium für Gesundheit entwickelten Prozesshandbuch für Hospiz- und Palliativeinrichtungen, sind für Professionelle Handlungsschritte ausgearbeitet worden, welche die Aufnahme auf eine Palliativstation, den Aufenthalt und die Entlassung von einer solchen Einrichtung prozesshaft machen sollen. Folgende Abbildungen stellen die einzelnen Abläufe dar:



PAL =Palliativstation

Abbildung 4: Prozessbeschreibung bei der Aufnahme auf eine Palliativstation

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, 2012, Prozesshandbuch Hospiz- und Palliativeinrichtungen.

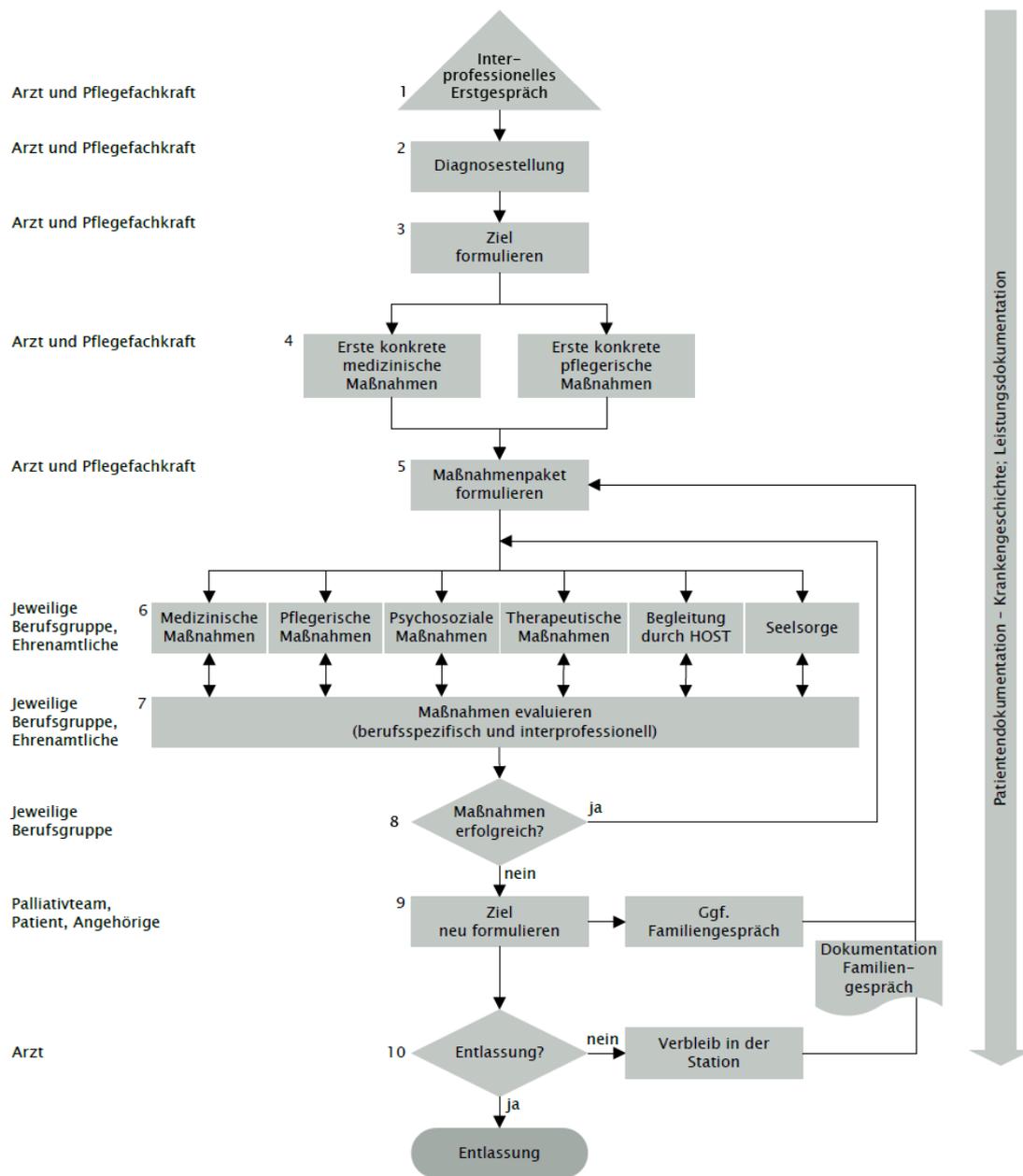


Abbildung 5: Prozessbeschreibung während des Aufenthalts auf einer Palliativstation

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, 2012, Prozesshandbuch Hospiz- und Palliativeinrichtungen.

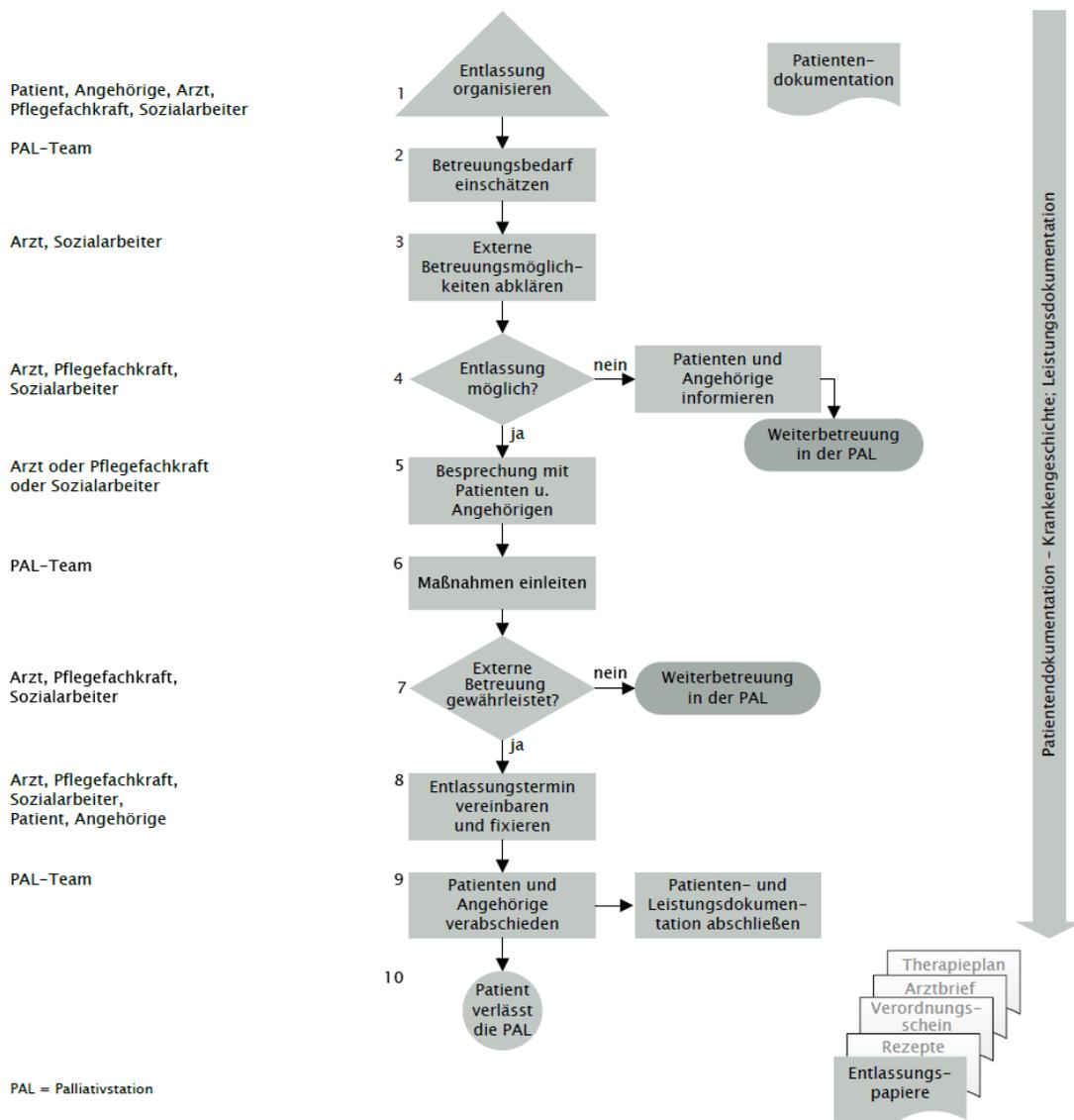


Abbildung 6: Prozessbeschreibung bei der Entlassung von einer Palliativstation

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, 2012, Prozesshandbuch Hospiz- und Palliativeinrichtungen.

Diese abgebildeten Prozessbeschreibungen sollen eine hochqualitative und einheitliche Versorgung von schwerstkranken Personen garantieren, unabhängig davon, in welcher Einrichtung sie betreut bzw. versorgt werden. Weiters soll durch diese Beschreibungen eine Orientierungshilfe für neugegründete Palliativstationen geschaffen werden, um die Organisation dieser wichtigen Handlungsabläufe zu erleichtern (vgl. Watzke, 2012, Vorwort).

3.1 Entwicklung der Versorgungseinrichtungen von 2005 bis 2011

Basierend auf Daten, welche der Dachverband HOSPIZ Österreich (DHVÖ) seit dem Jahr 2005 zur Verfügung stellt, möchte ich in diesem Kapitel die Fortschritte im Ausbau der palliativen Versorgung in Österreich darstellen. Im Rahmen dieser Arbeit wird hauptsächlich die von 2005 bis Ende 2011 stattgefundene Entwicklung der Palliativstationen aufgezeigt.

Mit dem Entwurf des ÖSG – Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2005 im Sommer 2004, wurde eine abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung in allen Bereichen und Ebenen des Gesundheitswesens beschlossen (vgl. Nemeth & Rottenhofer, 2004, S. 10).

3.1.1 Das Jahr 2005

(vgl. HOSPIZ Österreich. Dachverband von Palliativ- und Hospizeinrichtungen. Ergebnisse der Datenerhebung 2005 von Hospiz Österreich).

Ende 2005 waren österreichweit 180 Einrichtungen vorhanden, welche sich folgendermaßen zusammensetzten:

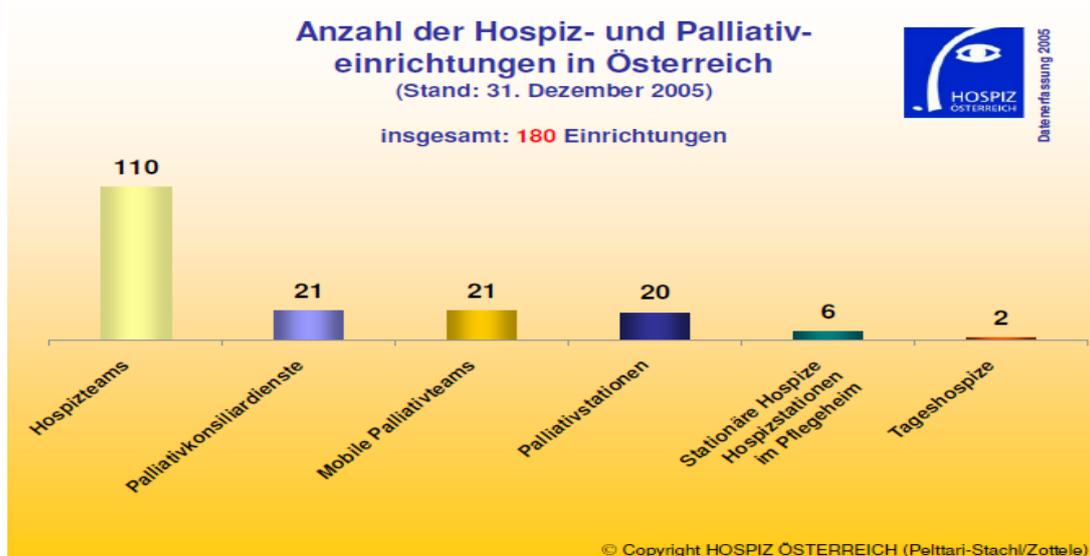


Abbildung 7: Anzahl der Hospiz- und Palliativeinrichtungen 2005

Quelle: HOSPIZ Österreich. Dachverband von Palliativ- und Hospizeinrichtungen. Ergebnisse der Datenerhebung 2005 von Hospiz Österreich, S. 1. Zugriff am 09.03.2013 unter http://www.hospiz.at/DBSQL/download/2005/Ergebnisse_Datenerhebung_2005.pdf.

Die Anzahl der in den vorhandenen 180 Einrichtungen betreuten Personen kann aus der folgenden Abbildung 8 entnommen werden. Es muss darauf hingewiesen werden, dass die Patientenzahlen nicht addiert werden dürfen um eine Gesamtsumme zu erhalten, da die Zahlen zum Teil Mehrfachnennungen enthalten. Diese Mehrfachnennungen kommen dadurch zustande, dass ein und derselbe Patient in unterschiedlichen Betreuungseinrichtungen betreut wurde, oder mehrmals in derselben Einrichtung aufgenommen wurde. In den 6.379 von Hospizteams betreuten Personen sind sowohl die Patienten, als auch deren Angehörige enthalten.

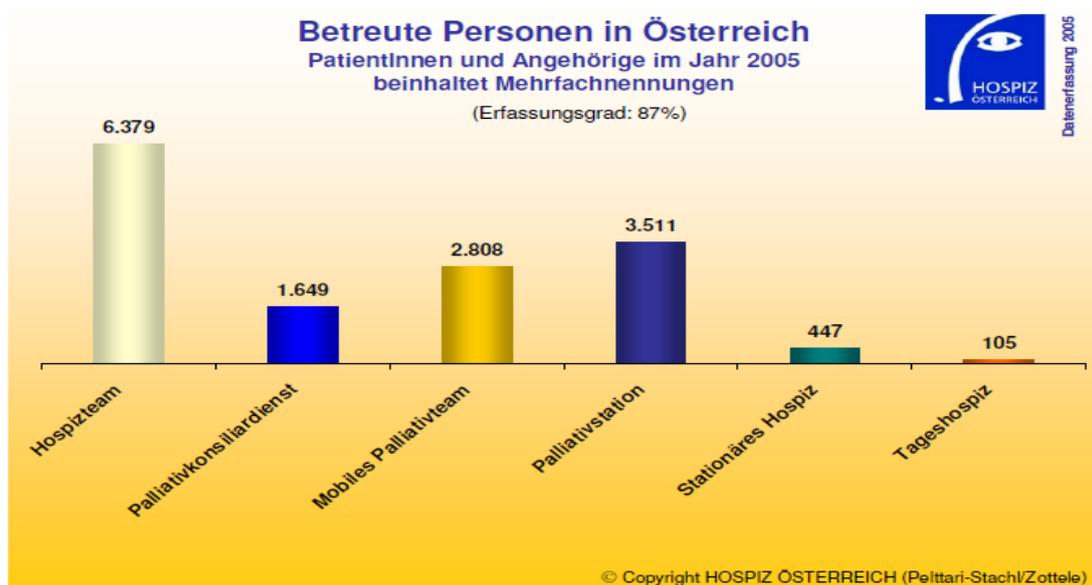


Abbildung 8: Anzahl der betreuten Personen im Jahr 2005

Quelle: HOSPIZ Österreich. Dachverband von Palliativ- und Hospizeinrichtungen. Ergebnisse der Datenerhebung 2005 von Hospiz Österreich, S. 2. Zugriff am 09.03.2013 unter http://www.hospiz.at/DBSQL/download/2005/Ergebnisse_Datenerhebung_2005.pdf.

Für die stationäre Betreuung und Versorgung von Palliativpatienten standen im Jahr 2005 insgesamt 219 Patientenbetten zur Verfügung. Von den 219 Betten waren 177 auf die 20 Palliativstationen verteilt. Weitere 20 Betten können den beiden stationären Hospizeinrichtungen (jeweils eine Einrichtung in Salzburg und der Steiermark) zugeordnet werden. Die restlichen 22 Betten sind auf die vier Hospizstationen in Pflegeheimen (drei Einrichtungen in Niederösterreich und eine in Oberösterreich) verteilt. Wie aus der folgenden Abbildung ersichtlich ist, hatte Oberösterreich und Wien die höchste Bettenanzahl vorzuweisen. Die vorhandenen Patientenbetten waren in Österreich folgendermaßen aufgeteilt:

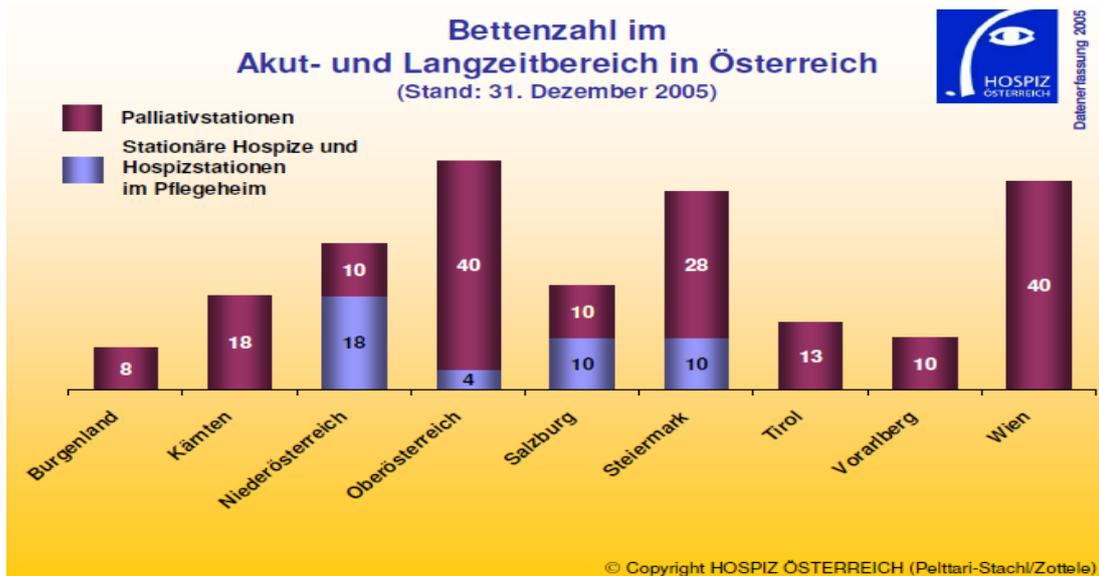


Abbildung 9: Anzahl der Patientenbetten im Jahr 2005

Quelle: HOSPIZ Österreich. Dachverband von Palliativ- und Hospizeinrichtungen. Ergebnisse der Datenerhebung 2005 von Hospiz Österreich, S. 6. Zugriff am 09.03.2013 unter

http://www.hospiz.at/DBSQL/download/2005/Ergebnisse_Datenerhebung_2005.pdf.

Laut der Datenerhebung vom Dachverband HOSPIZ Österreich (DHVÖ) gab es Ende 2005 österreichweit 20 Palliativstationen, die sich wie folgt aufteilen:



Abbildung 10: Anzahl der Palliativstationen in Österreich 2005

Quelle: HOSPIZ Österreich. Dachverband von Palliativ- und Hospizeinrichtungen. Ergebnisse der Datenerhebung 2005 von Hospiz Österreich, S. 4. Zugriff am 09.03.2013 unter

http://www.hospiz.at/DBSQL/download/2005/Ergebnisse_Datenerhebung_2005.pdf.

3.1.2 Das Jahr 2006

(vgl. HOSPIZ Österreich. Dachverband von Palliativ- und Hospizeinrichtungen. Ergebnisse der Datenerhebung 2006 von Hospiz Österreich).

Bis Ende 2006 ist die Anzahl der Palliativstationen auf insgesamt 22 gestiegen. Die österreichweite Aufteilung war folgendermaßen:



Abbildung 11: Anzahl der Palliativstationen in Österreich 2006

Quelle: HOSPIZ Österreich. Dachverband von Palliativ- und Hospizeinrichtungen. Ergebnisse der Datenerhebung 2006 von Hospiz Österreich, S. 5. Zugriff am 09.03.2013 unter

http://www.hospiz.at/DBSQL/download/2006/Ergebnisse_Datenerhebung_2006.pdf.

Im Vergleich zum Vorjahr kann festgestellt werden, dass im Bundesland Wien und Niederösterreich jeweils eine weitere Palliativstation eröffnet wurde. Verändert hat sich auch die Anzahl der zur Verfügung stehenden Betten. Wie die folgende Abbildung zeigt, stehen im Akutbereich 196 Patientenbetten zur Verfügung. 2006 konnte die Kapazität daher um 19 Betten erweitert werden.



Abbildung 12: Anzahl der Patientenbetten im Jahr 2006

Quelle: HOSPIZ Österreich. Dachverband von Palliativ- und Hospizeinrichtungen. Ergebnisse der Datenerhebung 2006 von Hospiz Österreich, S. 6. Zugriff am 09.03.2013 unter http://www.hospiz.at/DBSQL/download/2006/Ergebnisse_Datenerhebung_2006.pdf.

Im Jahr 2006 wurden auf den österreichweit vorhanden 22 Palliativstationen 4.153 Patienten palliativ betreut. Das bedeutet im Vergleich zum Vorjahr einen Patientenzuwachs von 642.

3.1.3 Das Jahr 2007

(vgl. HOSPIZ Österreich. Dachverband von Palliativ- und Hospizeinrichtungen. Ergebnisse der Datenerhebung 2007 von Hospiz Österreich).

Auch im Jahr 2007 konnte die Eröffnung zweier weiterer Palliativstationen gefeiert werden. Aufgrund der Innbetriebnahme einer weiteren Station in Niederösterreich und Kärnten konnte die Betreuungsqualität in Österreich weiter ausgebaut werden. Die Anzahl der Palliativstationen ist im Vergleich zum Vorjahr somit von 22 auf 24 gestiegen, was die folgende Abbildung veranschaulichen soll:



Abbildung 13: Anzahl der Palliativstationen in Österreich 2007

Quelle: HOSPIZ Österreich. Dachverband von Palliativ- und Hospizeinrichtungen. Ergebnisse der Datenerhebung 2007 von Hospiz Österreich, S. 6. Zugriff am 09.03.2013 unter http://www.hospiz.at/pdf_dl/Ergebnisse_Datenerhebung_2007.pdf.

Auf den Palliativstationen gab es Ende 2007 insgesamt 212 Betten. Die meisten Betten stehen, wie auch schon im Jahr 2006, in Wien zur Verfügung. Mit 49 vorhandenen Betten im Palliativbereich stellt Wien, gefolgt von Oberösterreich (36 Betten) und Niederösterreich (32 Betten), somit den Spitzenreiter dar.

2007 wurden österreichweit 4.786 Patienten auf den Palliativstationen betreut. Dies bedeutet im Vorjahresvergleich eine Zunahme der Patientenzahl um 633.

3.1.4 Das Jahr 2008

(vgl. Peltari-Stachl, Zottele. Datenerhebung 2008 von Hospiz Österreich).

Im Jahr 2008 ist in Österreich eine weitere Palliativstation eröffnet worden. Durch die weitere Station im Bundesland Salzburg ist die Anzahl auf 25 Stationen gestiegen.

Bei der Bettenzahl gab es eine Steigerung um 12, was bedeutet, dass Ende 2008 224 Palliativbetten zur Verfügung standen. Die folgende Abbildung zeigt die österreichweite Verteilung der Palliativbetten:

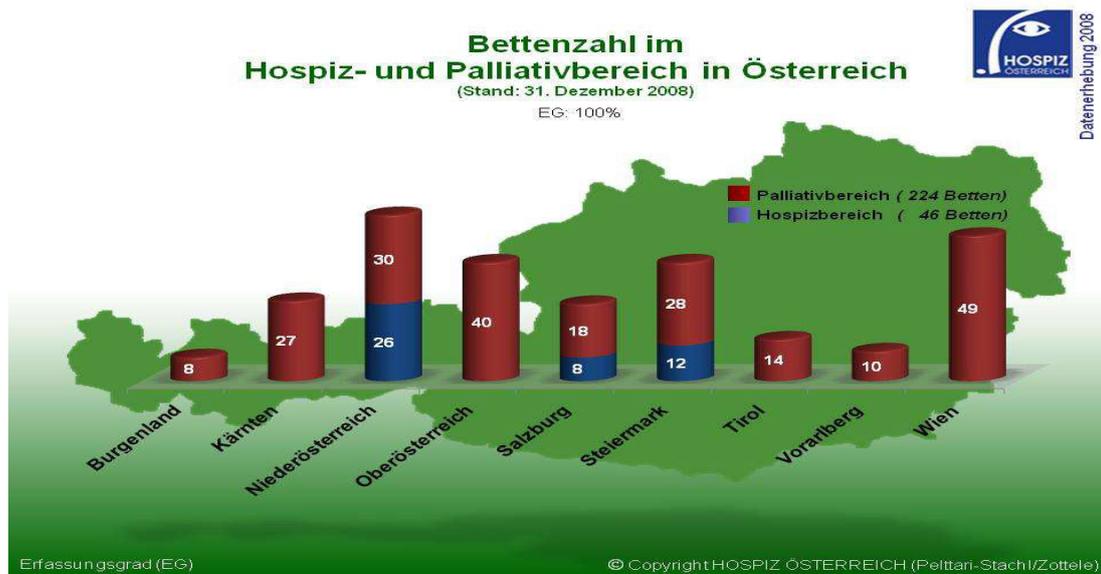


Abbildung 14: Anzahl der Patientenbetten im Jahr 2008

Quelle: Pelttari-Stachl, Zottele. Datenerhebung 2008 von Hospiz Österreich, S. 7. Zugriff am 09.03.2013 unter http://www.hospiz.at/pdf_dl/Ergebnisse_Datenerhebung_2008.pdf.

Im Vergleich zum Jahr 2007 wurden im Bundesland Salzburg 9 weitere Palliativbetten zur Verfügung gestellt. Auch in Oberösterreich (plus 4) und Tirol (plus 1) wurde die Bettenanzahl erhöht. Niederösterreich hingegen hatte Ende 2008 um zwei Betten weniger, als im Dezember 2007.

Die Patientenzahl auf Palliativstationen ist auf 5.137 gestiegen und somit ist im Jahr 2008 die 5.000er Marke überschritten worden. Das bedeutet im Vergleich zum Jahr 2007, einen Zuwachs von 341 Patienten. Auch an dieser Stelle sei erwähnt, dass die einzelnen Patientenzahlen nicht addiert werden dürfen, um eine Gesamtsumme zu erhalten, da Mehrfachnennungen möglich waren.

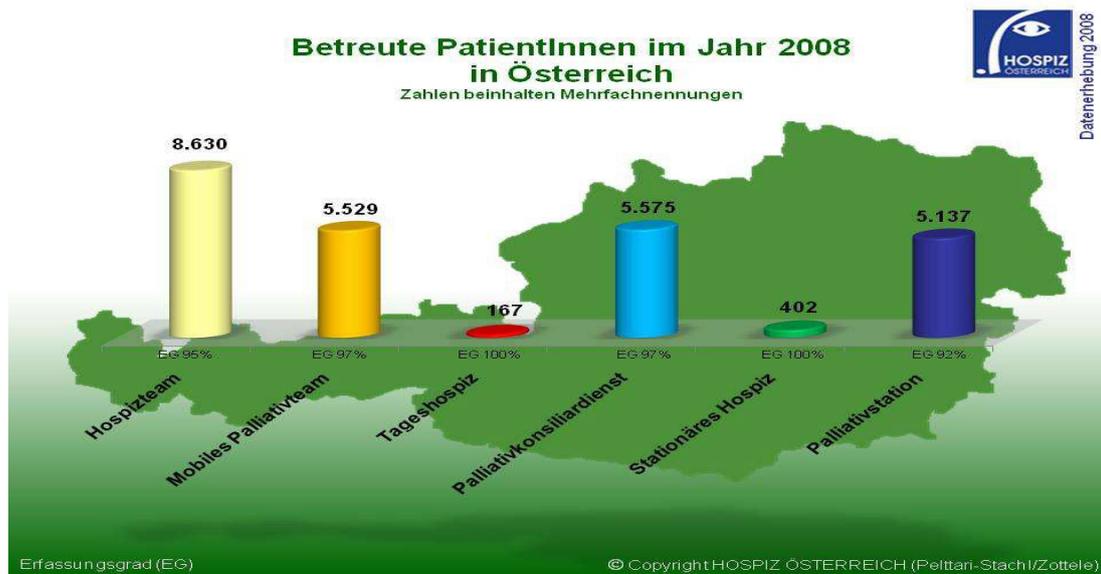


Abbildung 15: Anzahl der betreuten Personen im Jahr 2008

Quelle: Pelttari-Stachl, Zottele. Datenerhebung 2008 von Hospiz Österreich, S. 3. Zugriff am 09.03.2013 unter http://www.hospiz.at/pdf_dl/Ergebnisse_Datenerhebung_2008.pdf.

3.1.5 Das Jahr 2009

(vgl. Pelttari-Stachl, Zottele, Pissarek. Datenerhebung 2009. Hospiz Österreich).

Im Jahr 2009 wurde in Oberösterreich und der Steiermark jeweils eine Palliativstation in Betrieb genommen. Insgesamt gab es Ende 2009 österreichweit 27 Stationen. Wie die folgende Abbildung zeigt, sind Wien und Oberösterreich die beiden Bundesländer mit den meisten Palliativstationen. Das Burgenland, Tirol und Vorarlberg sind mit jeweils nur einer Palliativstation die Schlusslichter.



Abbildung 16: Anzahl der Palliativstationen in Österreich 2009

Quelle: Peltari-Stachl, Zottele, Pissarek. Datenerhebung 2009. Hospiz Österreich. S. 6. Zugriff am 09.03.2013 unter http://www.hospiz.at/pdf_dl/Ergebnisse_Datenerhebung_2009.pdf.

Die Anzahl der zur Verfügung stehenden Palliativbetten ist im Jahr 2009 auf 244 gestiegen. Dies bedeutet einen Zuwachs von 20 Betten.

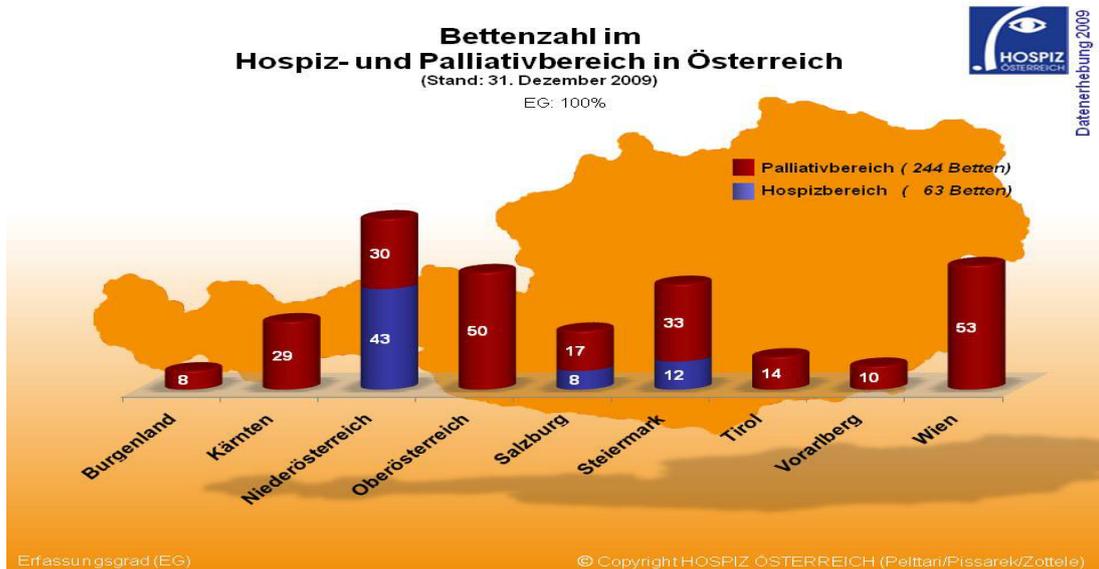


Abbildung 17: Anzahl der Patientenbetten im Jahr 2009

Quelle: Peltari-Stachl, Zottele, Pissarek. Datenerhebung 2009. Hospiz Österreich. S. 7. Zugriff am 09.03.2013 unter http://www.hospiz.at/pdf_dl/Ergebnisse_Datenerhebung_2009.pdf.

Oberösterreich konnte auch im Jahr 2009 die Bettenanzahl weiter ausbauen. 2009 wurden in Oberösterreich zehn zusätzliche Palliativbetten zur Verfügung gestellt. Auch Kärnten, die Steiermark und Wien konnten ihre

Bettenzahl erhöhen. Kärnten hat im Vergleich zum Vorjahr zwei Betten mehr, die Steiermark erhöhte die Anzahl um fünf weitere Betten und Wien konnte einen Zuwachs von vier weiteren Palliativbetten verzeichnen. Das Bundesland Salzburg hat 2009 die Bettenanzahl von 18 auf 17 verringert.

Wie zu erwarten, gab es auch 2009 einen Anstieg bei den betreuten Patienten. Insgesamt wurden österreichweit 5.614 Patienten auf den 27 Palliativstationen betreut. Das sind um 477 Patienten mehr, als im Jahr 2008.

3.1.6 Das Jahr 2010

(vgl. Peltari, Pissarek, Zotte. Datenerhebung 2010. Hospiz Österreich).

Im Jahr 2010 gab es im Bezug auf die Anzahl der Palliativstationen keine Veränderungen. Es gab jedoch eine Steigerung der zur Verfügung stehenden Palliativbetten. Das AKH Wien hat für die Betreuung von Schwerkranken und Sterbenden, die Kapazitäten um weitere 5 Betten aufgestockt. Nachstehende Abbildung veranschaulicht die Verteilung:

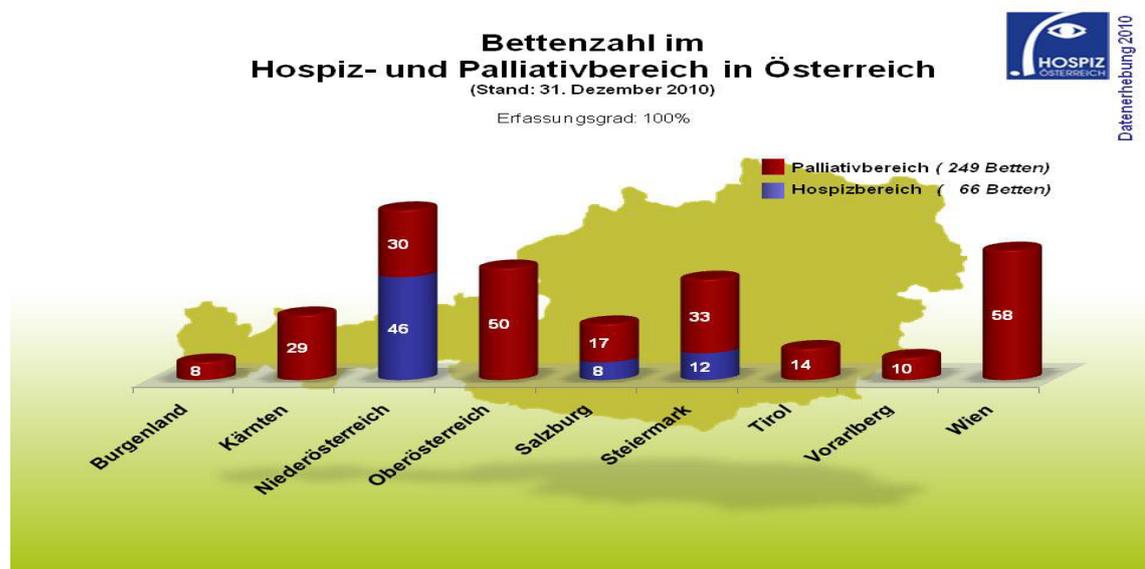


Abbildung 18: Anzahl der Patientenbetten 2010

Quelle: Peltari, Pissarek, Zotte. Datenerhebung 2010. Hospiz Österreich. S. 10. Zugriff am 09.03.2013 unter http://www.hospiz.at/pdf_dli/Ergebnisse_Datenerhebung_2010.pdf.

Auf den vorhandenen 27 Stationen, mit nun insgesamt 249 Betten, wurden im Jahr 2010 insgesamt 5.881 Patienten betreut.

In der Datenerhebung von 2010 wird auch erstmals über die Erkrankungen der Palliativpatienten berichtet. Folgende Abbildung unterscheidet zwischen onkologischen Patienten und zwischen nicht an Krebs erkrankten Personen:

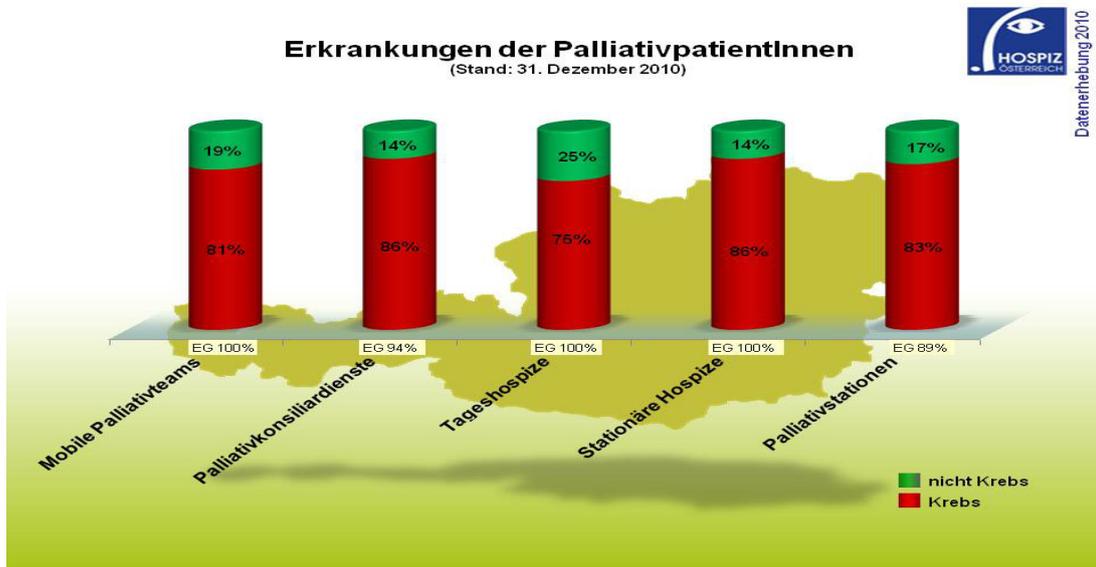


Abbildung 19: Anzahl der Patientenbetten 2010

Quelle: Pelttari, Pissarek, Zottele. Datenerhebung 2010. Hospiz Österreich. S. 12. Zugriff am 09.03.2013 unter http://www.hospiz.at/pdf_dl/Ergebnisse_Datenerhebung_2010.pdf.

Durch die oben gezeigte Abbildung wird deutlich, dass der Großteil der Palliativpatienten an einer onkologischen Erkrankung leidet. Es wird aber auch klar, dass ein beachtlicher Anteil an Patienten palliative Betreuung benötigt, auch wenn diese nicht an Krebs erkrankt sind. Daher ist es wichtig, allen Menschen eine adäquate Hospiz- und Palliativbetreuung zugänglich zu machen.

3.1.7 Das Jahr 2011

(vgl. Pelttari, Pissarek, Zottele. Datenerhebung 2011. Hospiz Österreich).

Die Zahl der Palliativstationen ist in Österreich, laut der Datenauswertung vom Dachverband HOSPIZ Österreich, bis Ende 2011 auf 29 Stationen gestiegen. Im Jahr 2011 wurden die Palliativstation im LKH Steyr (OÖ) und die Palliativeinheit im LKH Rottenmann (Stmk.) neu eröffnet.

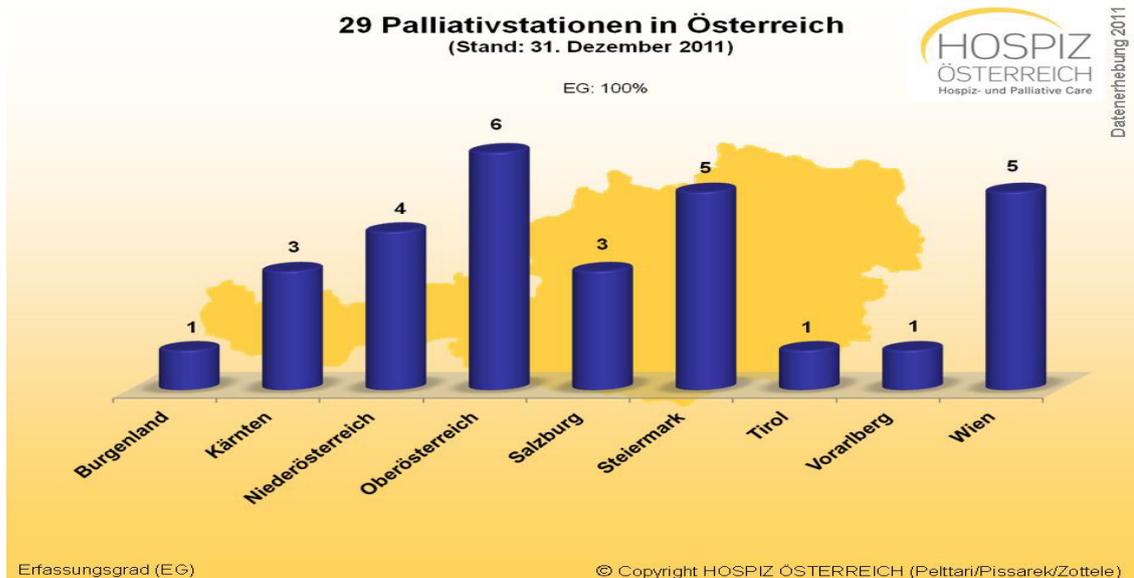


Abbildung 20: Anzahl der Palliativstationen in Österreich 2011

Quelle: Pelttari, Pissarek, Zottele. Datenerhebung 2011. Hospiz Österreich. S. 8. Zugriff am 09.03.2013 unter http://www.hospiz.at/pdf_dl/Ergebnisse_Datenerhebung_2011.pdf.

Durch die 2 neuen Stationen ist auch die zur Verfügung stehende Bettenanzahl von 249 auf 259 gestiegen. Im österreichweiten Vergleich, steht den Patienten in Oberösterreich die höchste Anzahl an Palliativbetten zur Verfügung. Mit 60 Betten liegt das westliche Bundesland knapp vor dem Bundesland Wien, wo insgesamt 54 Betten im Palliativbereich bereitstehen. Die Steiermark liegt mit 37 Betten an dritter Stelle.

Die Bundesländer Burgenland und Vorarlberg haben mit 8 bzw. 10 Palliativbetten die niedrigste Bettenanzahl.

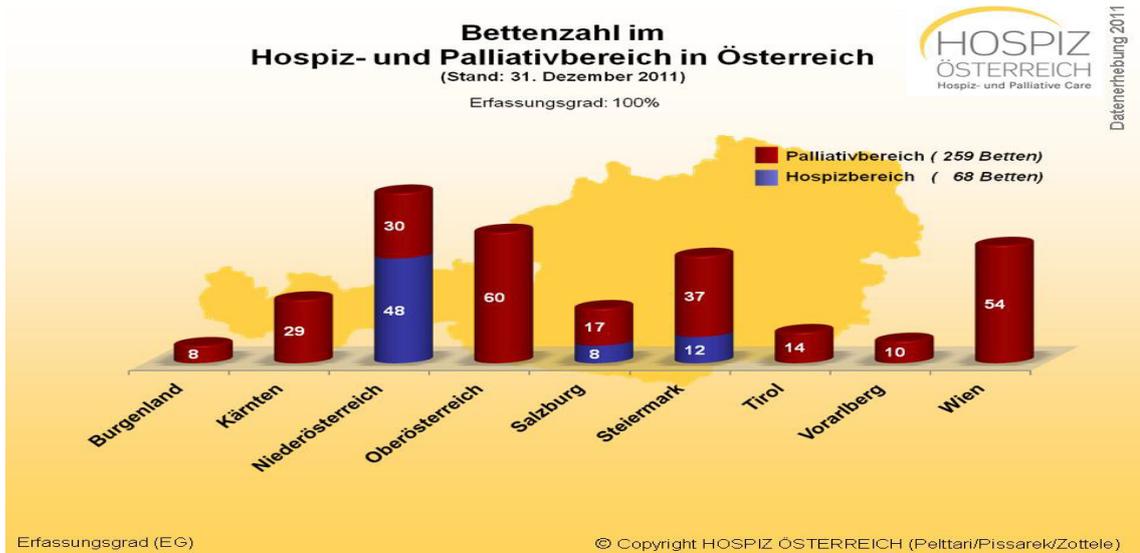


Abbildung 21: Bettenanzahl im Hospiz- und Palliativbereich in Österreich 2011

Quelle: Peltari, Pissarek, Zottele. Datenerhebung 2011. Hospiz Österreich. S. 10. Zugriff am 09.03.2013 unter http://www.hospiz.at/pdf_d/Ergebnisse_Datenerhebung_2011.pdf.

Im Jahr 2011 wurden 6.238 Patienten betreut. Das ist eine Steigerung von 357 Patienten gegenüber dem Jahr 2010. Auch diese Zahlen können nicht direkt addiert werden, da Mehrfachnennungen enthalten sind.

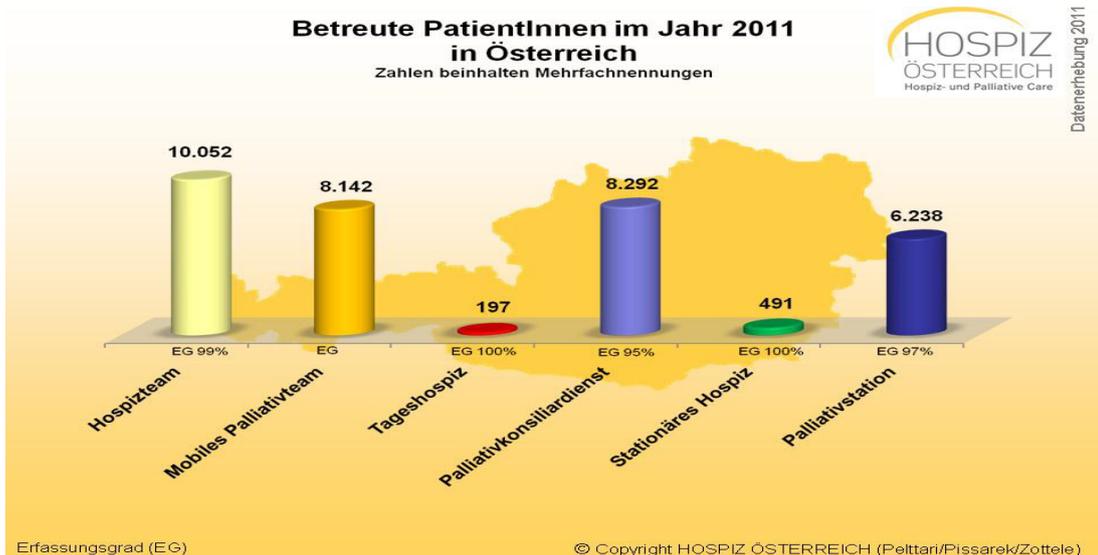


Abbildung 22: Anzahl der betreuten Personen im Jahr 2011

Quelle: Peltari, Pissarek, Zottele. Datenerhebung 2011. Hospiz Österreich. S. 10. Zugriff am 09.03.2013 unter http://www.hospiz.at/pdf_d/Ergebnisse_Datenerhebung_2011.pdf.

Da in der Datenauswertung von 2010 und 2011 neue Erkenntnisse hinsichtlich der „hauptamtlichen Mitarbeiter“, des „Durchschnittsalters“ und

der „Geschlechterverteilung“ hinzukamen, werden diese in den folgenden drei Unterpunkten näher erläutert.

3.1.7.1 Hauptamtliche Mitarbeiter

Die nächste Abbildung zeigt die Anzahl der hauptamtlichen Mitarbeiter, welche im Jahr 2011 in einer österreichischen Hospiz- oder Palliativeinrichtung tätig waren. In den angeführten Zahlen sind Mehrfachnennungen enthalten, da manche Personen in mehreren Einrichtungen tätig sind. Im Jahr 2011 waren insgesamt 1.573 Personen in einer österreichischen Hospiz- oder Palliativeinrichtung beschäftigt, die sich folgendermaßen verteilen:



Abbildung 23: hauptamtliche Mitarbeiter im Jahr 2011

Quelle: Peltari, Pissarek, Zottele. Datenerhebung 2011. Hospiz Österreich. S. 14. Zugriff am 09.03.2013 unter http://www.hospiz.at/pdf_dl/Ergebnisse_Datenerhebung_2011.pdf.

Wie aus der folgenden Abbildung 24 zu entnehmen ist, sind die Pflegepersonen mit einem Anteil von 67%, die mit Abstand größte Berufsgruppe in der Hospiz- und Palliativversorgung. Mit einem deutlich geringeren Anteil folgen die Ärzte (15%), Sozialarbeiter (3%) bzw. Physio- und Psychotherapeuten mit jeweils 2%. Rund 1% der Beschäftigten sind im seelsorgerischen Bereich tätig. Die restlichen 10% der hauptamtlichen Mitarbeiter (in der Graphik unter „Sonstige“) sind im administrativen Bereich

beschäftigt. Die Aufteilung der hauptamtlichen Mitarbeiter nach Berufsgruppen lässt sich nun wie folgt darstellen:

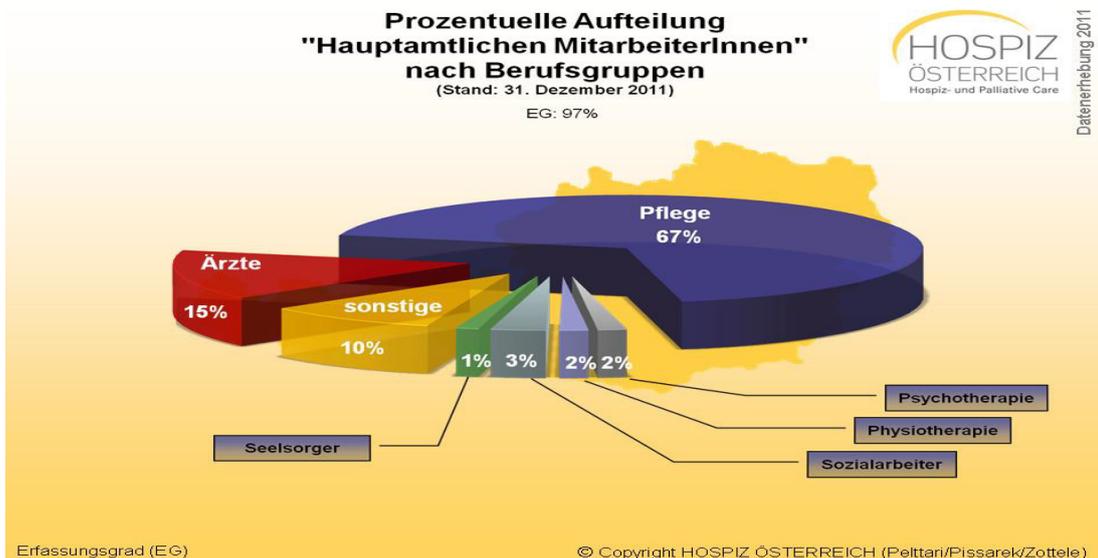


Abbildung 24: prozentuelle Aufteilung der hauptamtlichen Mitarbeiter nach Berufsgruppen 2011

Quelle: Peltari, Pissarek, Zottele. Datenerhebung 2011. Hospiz Österreich. S. 14. Zugriff am 09.03.2013 unter http://www.hospiz.at/pdf_dl/Ergebnisse_Datenerhebung_2011.pdf.

3.1.7.2 Das Durchschnittsalter der Patienten

Seit der Datenerhebung im Jahr 2010 ist auch das Durchschnittsalter der betreuten Patienten angeführt. Die folgende Abbildung zeigt einen Vergleich mit dem Jahr 2011:

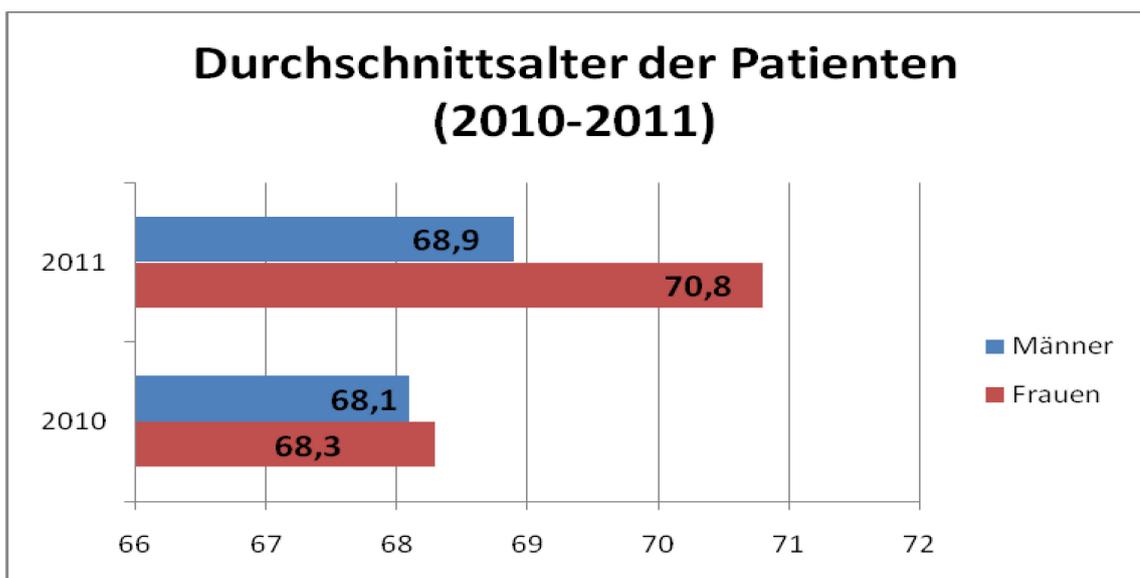


Abbildung 25: Durchschnittsalter der Patienten auf Palliativstationen 2010-2011 (eigene Darstellung).

Quelle: Peltari, Pissarek, Zottele. Datenerhebung 2010. Hospiz Österreich. S. 11 & Peltari, Pissarek, Zottele. Datenerhebung 2011. Hospiz Österreich. S. 11.

Während im Jahr 2010 das durchschnittliche Alter beider Geschlechter fast identisch war, ist 2011 bei den weiblichen Patienten ein Anstieg des Durchschnittsalters zu erkennen.

3.1.7.3 Die Geschlechterverteilung

Auch die Geschlechterverteilung der betreuten Patienten wurde in der Datenerhebung von 2010 erstmals angeführt. Die nun folgende Abbildung zeigt eine Gegenüberstellung der Jahre 2010 und 2011:

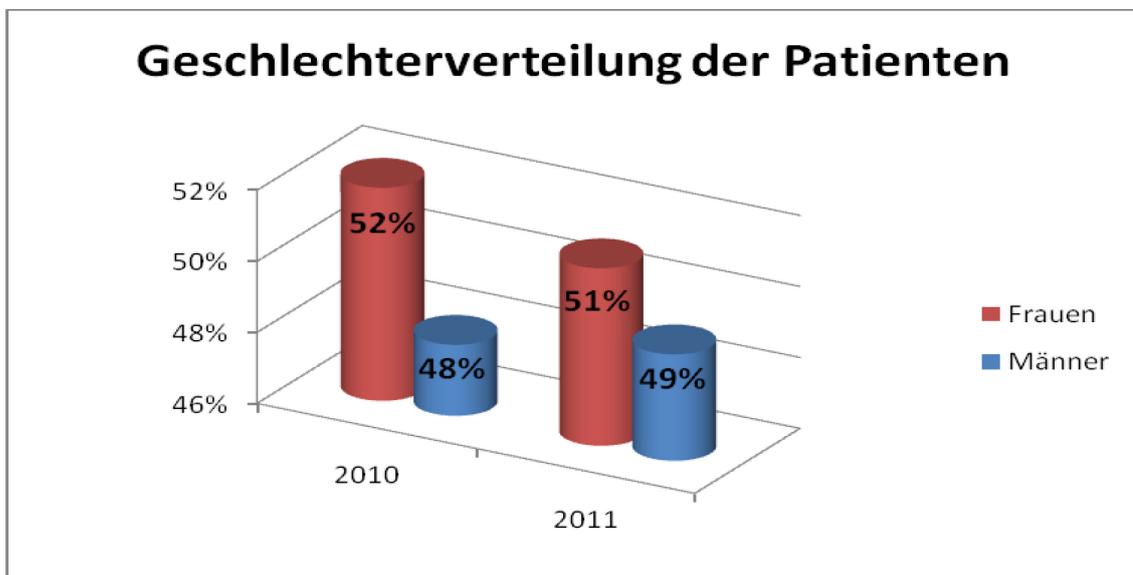


Abbildung 26: Geschlechterverteilung der Patienten auf Palliativstationen 2010-2011 (eigene Darstellung).
Quelle: Peltari, Pissarek, Zottele. Datenerhebung 2010. Hospiz Österreich. S. 12 & Peltari, Pissarek, Zottele. Datenerhebung 2011. Hospiz Österreich. S. 12.

Das Geschlechterverhältnis auf den Palliativstationen war, trotz des überwiegenden Frauenanteils, beide Jahre sehr ausgeglichen. Im Gegensatz dazu möchte ich erwähnen, dass laut der Datenerhebung vom Dachverband Hospiz Österreich, bei den Patienten, welche von Hospizteams und/oder in Tageshospizen betreut wurden, der Frauenanteil deutlich überwogen hat. Im Jahr 2010 war das Verhältnis bei den von Hospizteams betreuten Personen 62% zu 38% und im Jahr 2011 63% zu 37%. In den Tageshospizen war der Frauenanteil mit 67% im Jahr 2010 bzw. 66% im Jahr 2011 ebenfalls deutlich über dem Anteil der betreuten Männer. Die Unterschiede aus dem Jahr 2011 werden durch die folgende Abbildung deutlich:

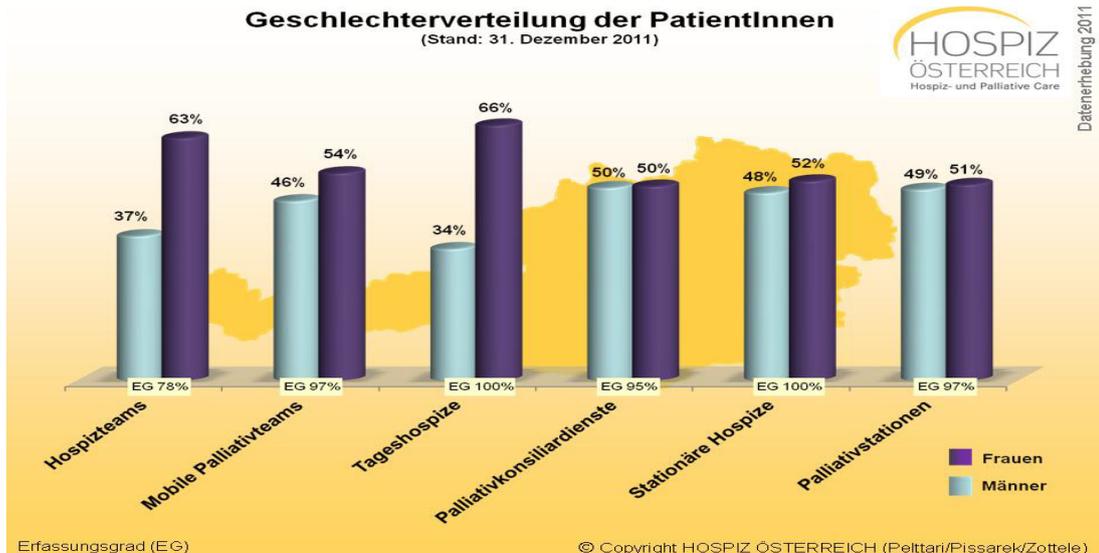


Abbildung 27: Geschlechterverteilung der Patienten im Jahr 2011

Quelle: Peltari, Pissarek, Zottele. Datenerhebung 2011. Hospiz Österreich. S. 12. Zugriff am 09.03.2013 unter http://www.hospiz.at/pdf_dl/Ergebnisse_Datenerhebung_2011.pdf.

3.1.8 Zusammenfassung der Entwicklung von 2005 bis 2011

(vgl. Ergebnisse der Datenerhebungen von 2005 bis 2011. Hospiz Österreich).

Die Entwicklung der österreichischen Palliativstationen lässt sich von 2005 bis Ende 2011 folgendermaßen darstellen:

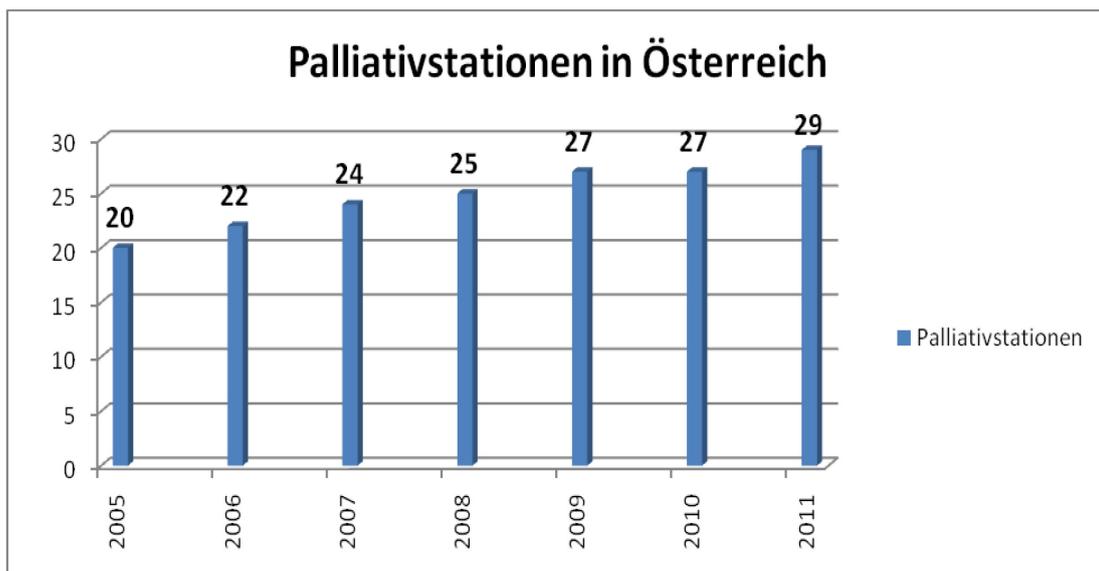


Abbildung 28: Entwicklung der Palliativstationen von 2005 bis 2011 (eigene Darstellung)

Quelle: Ergebnisse der Datenerhebungen von 2005 bis 2011. Hospiz Österreich.

Im Vergleichszeitraum 2005-2011 wurden in Österreich insgesamt neun Palliativstationen eröffnet. Folgende Abbildung zeigt die in Österreich 2005 vorhandenen Palliativstationen und die etwaigen Neueröffnungen bis 2011. Die Entwicklung in den einzelnen Bundesländern lässt sich folgendermaßen darstellen:

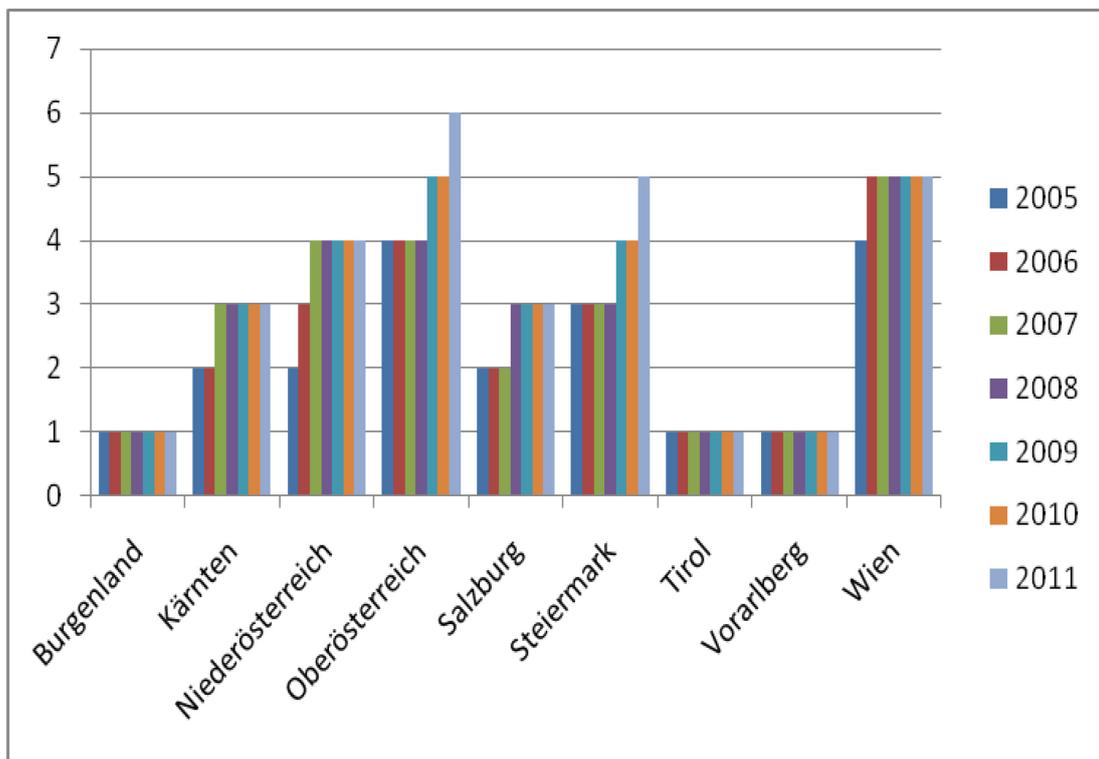


Abbildung 29: In Österreich vorhandene Palliativstationen inkl. Neueröffnungen, im Vergleichszeitraum 2005-2011 (eigene Darstellung).

Quelle: Ergebnisse der Datenerhebungen von 2005 bis 2011. Hospiz Österreich.

Im Burgenland, in Tirol und in Vorarlberg gab es zwischen 2005 und 2011 keine Neueröffnungen. In Kärnten, Salzburg und Wien wurde jeweils eine Palliativstation neu eingerichtet. Niederösterreich, Oberösterreich und die Steiermark konnten jeweils zwei weitere Palliativstationen zur Verfügung stellen.

Die nächste Abbildung zeigt wie viele Patienten österreichweit in den Jahren 2005 bis 2011 innerhalb einer Palliativstation betreut wurden:

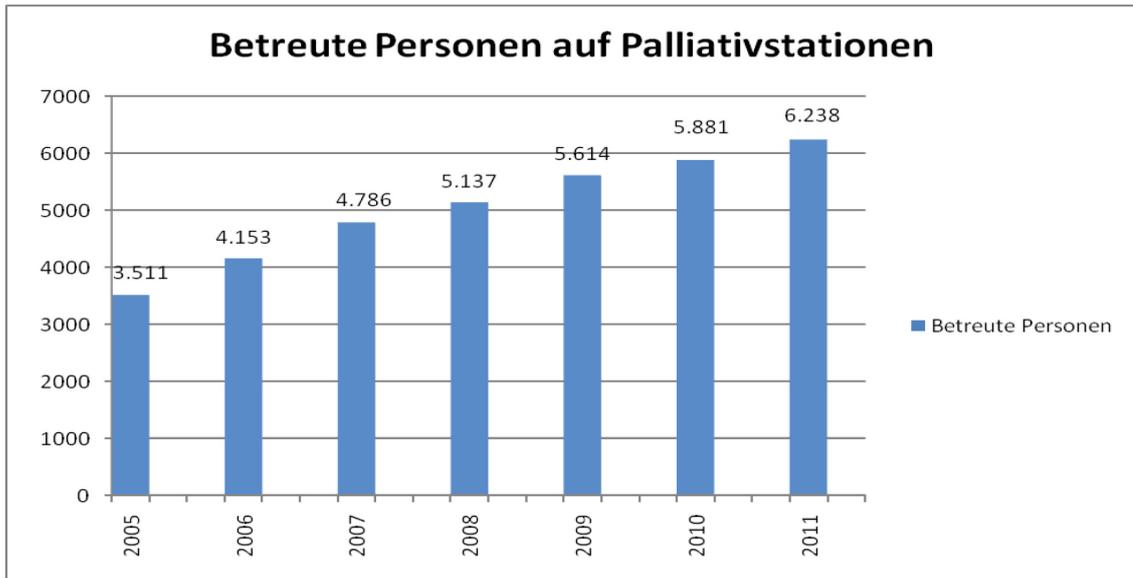


Abbildung 30: Entwicklung der Patientenzahlen auf Palliativstationen von 2005 bis 2011 (eigene Darstellung)
 Quelle: Ergebnisse der Datenerhebungen von 2005 bis 2011. Hospiz Österreich.

Wie nicht anders zu erwarten, ist die Patientenanzahl kontinuierlich gestiegen. Das Patientenaufkommen ist von 3.511 Patienten im Jahr 2005, auf 6.238 im Jahr 2011, gestiegen. Das bedeutet einen durchschnittlichen Zuwachs von 389,6 Patienten pro Jahr.

Interessant finde ich auch folgende Darstellung, welche die Entwicklung der Hospiz- und Palliativeinrichtungen in Österreich von 1989 bis 2011 zeigt:

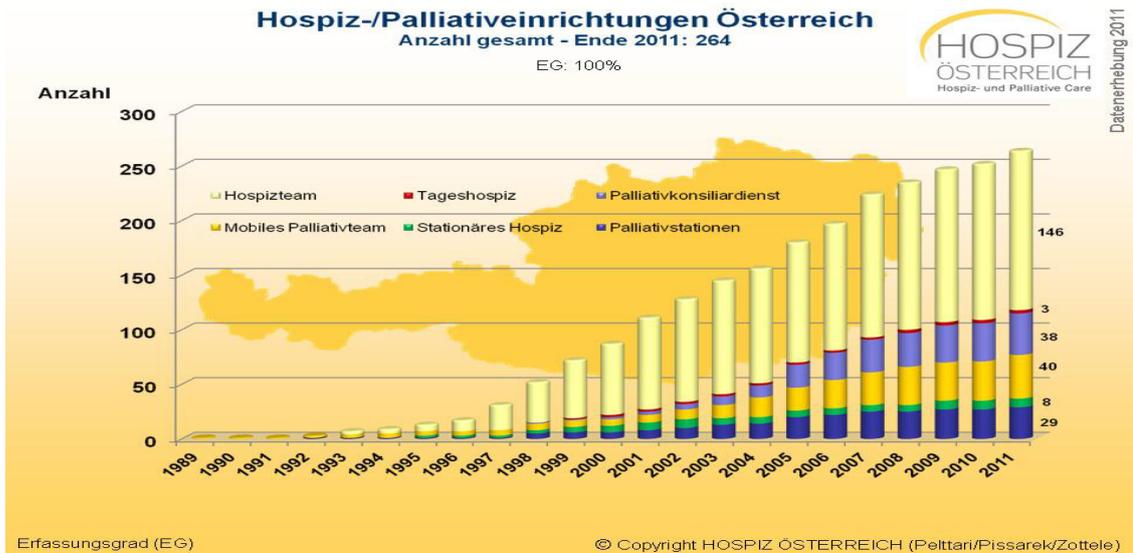


Abbildung 31: Hospiz- und Palliativeinrichtungen in Österreich 2011

Quelle: Peltari, Pissarek, Zottele. Datenerhebung 2011. Hospiz Österreich. S. 18. Zugriff am 09.03.2013 unter http://www.hospiz.at/pdf_dl/Ergebnisse_Datenerhebung_2011.pdf.

Wie durch die Abbildung deutlich wird, gab es in den Jahren zwischen 1995 und 2011 einen stetigen Zuwachs bei der Anzahl der Hospizteams, den mobilen Palliativteams, den Palliativkonsiliardiensten und den Palliativstationen.

Wie aus der Datenerhebung 2011 von Hospiz Österreich zu entnehmen ist, wurde österreichweit in keinem Versorgungsbereich ein flächendeckendes Angebot erreicht. Der flächendeckende Ausbau der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung kann daher als noch nicht erfüllt angesehen werden. Die in den letzten Jahren teilweise stattgefundenen Stagnation im Ausbau der Einrichtungen, ist auf die schwierige und teilweise unzureichende Finanzierung zurückzuführen. Zunahmen in den einzelnen Versorgungsbereichen gab es fast ausschließlich in Bereichen mit gesicherter Finanzierung. Die einzigen österreichischen Einrichtungen mit einer Regelfinanzierung sind die Palliativstationen (vgl. Pelttari, Pissarek, Zottele. Datenerhebung 2010 und 2011. Hospiz Österreich, S.18).

3.2 Finanzierung

Damit in Österreich ein lückenloser Auf- und Ausbau der Palliativ- und Hospizversorgung vonstatten gehen kann, muss die Finanzierung der einzelnen Versorgungsangebote neu durchdacht werden. Die Umsetzung der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung wird hauptsächlich dadurch beeinträchtigt, dass österreichweit lediglich die Finanzierung der Palliativstationen einheitlich beschlossen wurde (vgl. Nemeth, 2009, S. 28).

Aufgrund der Tatsache, dass die abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung sowohl im Gesundheitswesen als auch im Sozialwesen verankert ist, ergeben sich auf Ebene der Entscheidungsträger und insbesondere auch seitens der auf die Betreuung angewiesenen erkrankten Menschen, einige Probleme. Im Konkreten bedeutet das, dass die palliativmedizinischen Versorgungskonzepte, wie Palliativstationen bzw. Palliativkonsiliardienste, dem Sektor Gesundheit zugeordnet werden müssen. Im Gegensatz dazu,

unterliegen die Hospizeinrichtungen (stationäre Hospize, Tageshospize, mobile Hospizteams) den Kompetenzen und Bestimmungen des Sozialbereichs. Diese Trennung führt unweigerlich zu einer Ungleichbehandlung der zu betreuenden Personen (vgl. Nemeth, Rottenhofer, Schleicher, 2006, S. 36).

Die finanziellen Angelegenheiten der österreichischen Palliativstationen sind durch die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) geregelt. Diese auf Leistung bezogene Finanzierungsform (LKF) wurde im Jahr 2002 eingeführt und zwingt die leitenden Personen einer Palliativstation seither, die Entlassung der Patienten nach einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von drei Wochen, zu veranlassen. Neben dieser negativen Entwicklung hat sich auch die Situation der stationären Hospize verschlechtert. Patienten auf einer Palliativstation werden als Akutpatienten eingestuft und dadurch dem Gesundheitsbereich zugeordnet. Das hat zur Folge, dass die anfallenden Kosten von den Krankenkassen getragen werden. Im Unterschied dazu, gelten Hospizpatienten als Langzeitpatienten, welche in den Einflussbereich des Sozialsektors fallen und daher die Bestimmungen der Pflegeheimfinanzierung tragend werden. Das hat zur Folge, dass diese Patientenclientel, je nach persönlicher finanzieller Situation, einen wesentlichen Beitrag für die Betreuung und Versorgung leisten muss (vgl. Nagele & Feichtner, 2012, S. 26).

Nachfolgende Abbildung soll die patientenrelevanten Unterschiede einer Palliativstation und einem stationären Hospiz verdeutlichen:

	Palliativstation im KH	stationäres Hospiz im PH
<i>Zuordnung:</i>	Gesundheit	Soziales/Gesundheit
<i>Rechtsgrundlage:</i>	KAKuG	KAKuG/ASVG/Sozialhilfegesetze der Länder
<i>Finanzielle Patientenbelastung:</i>	Spitalkostenbeitrag: 8 bis 15 Euro pro Tag, max. 28 Tage pro Kalenderjahr	Tagsatz: rd. 300 Euro pro Tag
<i>Aufenthaltsdauer:</i>	durchschnittl. 15 Tage	bis zu Monaten
<i>Vermögenseinsatz:</i>	NEIN	JA
<i>Pflegegeld:</i>	Anspruch ruht	Anspruch gegeben
<i>Sonstiges:</i>		Einkommen und Pflegegeld sind einzusetzen Unterhaltspflicht von Angehörigen; Heranziehung in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich geregelt/gehandhabt Sozialhilfe übernimmt nach erfolgten Sozialhilfe-/Grundsicherungsverfahren den Kostenanteil nur subsidiär, d.h. primär Heranziehung des Einkommens inkl. Pflegegeld des Pflégling sowie der Kinder nach dem ABGB. Zusätzlich Regressmöglichkeit auf das Vermögen bzw. die Hinterlassenschaft des Pflégling

(Anmerkung: KAKuG = Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz, ASVG = Allgemeines Sozialversicherungsgesetz)

Abbildung 32: Patientenrelevante Unterschiede: Palliativstation versus stationäres Hospiz

Quelle: Nemeth, Rottenhofer & Schleicher (2006), S. 37.

Die im Jahr 2002 eingeführte leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung brachte die Folge mit sich, dass zahlreiche Hospize in Palliativstationen umgewandelt wurden. Es wurden zum Beispiel das Hospiz Innsbruck, das Hospiz im Wiener Krankenhaus Göttlicher Heiland, das CS Hospiz Rennweg in Wien und das Hospiz im Wiener Geriatriezentrum am Wienerwald zu Palliativstationen umfunktioniert. Diese Veränderungen brachten neben dem verstärkten Entlassungsdruck und der Annäherung an Krankenhausstrukturen, auch eine ausgeprägte Medikalisierung mit sich. Durch die vorgegebene begrenzte Aufenthaltsdauer von zwei bis drei Wochen, ergibt sich auch gehäuft die Fragestellung, wohin die schwerst kranken Menschen entlassen werden sollen, wenn sich ihr gesundheitlicher Zustand während ihres Aufenthalts nicht gebessert haben sollte (vgl. Nagele & Feichtner, 2012, S. 26-27).

Durch die derzeit geltende Rechtslage wird deutlich, dass für kranke Menschen, welche in einem stationären Hospiz versorgt und betreut werden, eine eindeutige Benachteiligung vorhanden ist. Diese Tatsache hat zahlreiche Betreiber von Hospizeinrichtungen dazu bewogen, sich um

Sonderlösungen zur Finanzierung zu bemühen, damit den Patienten keine zu hohen Beträge in Rechnung gestellt werden müssen. Es ergibt sich nun die Frage, ob die abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung dem Gesundheits- oder dem Sozialbereich zugeordnet werden soll. Hinsichtlich der Zuordnungsfrage wurde seitens des Sozialbereichs im Jahr 2006, bei der Tagung der Landessozialkonferenz, ein offizieller Beschluss gefasst. Die Landessozialreferentenkonferenz hat damals beschlossen, dass es sich bei der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung um Aufgaben, Inhalte und Kosten handelt, welche primär über das Gesundheitssystem abgewickelt werden sollten – dies nicht zuletzt im Interesse der direkt betroffenen Personen und deren Angehörigen. Der damalige Beschluss beinhaltet auch, dass die Festlegung von Aufgaben und Inhalten in Abstimmung mit dem Sozialbereich erfolgen muss (vgl. Nemeth, Rottenhofer, Schleicher, 2006, S. 37ff).

Folgende Abbildung soll die derzeitige Finanzierungssituation der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung erläutern:

Baustein	Finanzierung, Mittelaufbringung	Versorgungssektor
Palliativstation	Regelfinanzierung: LKF, Patienten (Spitalsbeitrag), private Zusatzversicherung, Spenden, KH-Träger (Abgangsdeckung)	Gesundheit
Stationäres Hospiz	a) Regelfinanzierung bei Zuordnung zu Pflegeheimbereich: Patienten (Eigenmittel inkl. Pflegegeld), Länder (Sozialhilfe), Sozialversicherung	Soziales + Gesundheit
	b) Modell-Finanzierungen:	
	- Patienten, Spenden, Eigenmittel der Träger, Sozialversicherung (Stmk bis 2005) - Reformpool ¹ (Stmk seit 2006)	Soziales + Gesundheit Gesundheit
Tageshospiz	Modell-Finanzierungen:	
	a) Spenden, SV-Träger, Sponsoren, Patienten (in S, in W) b) Reformpool ¹ (geplant Stmk)	Gesundheit Gesundheit
Palliativkonsiliardienst	Regelfinanzierung: LKF (keine eigene Bepunktung), KH-Träger (Abgangsdeckung), Patienten (Spitalsbeitrag), private Zusatzversicherungen	Gesundheit
Mobiles Palliativteam	Modell-Finanzierungen:	
	a) Land, Krankenkassen, Eigenmittel der Träger, Spenden b) Strukturmittel (Stmk bis 2005)/Reformpool ¹	Soziales + Gesundheit Gesundheit
Hospizteam	Modell-Finanzierungen: a) Eigenmittel der Träger, Spenden b) Reformpool ¹ (in NÖ, tw. in der Stmk)	Soziales Gesundheit

¹ nach derzeit gültiger 15a-Vereinbarung
S = Salzburg Stmk = Steiermark W = Wien

Abbildung 33: Finanzierungssituation der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung
Quelle: Nemeth, Rottenhofer & Schleicher (2006), S. 38-39.

Durch die Vielzahl an Geldgebern ist es schwierig bis unmöglich abzuschätzen, welcher Geldgeber wie viel zu den aktuellen Aufwendungen beiträgt. Für die extramuralen Angebote wurden auf Eigeninitiative der Betreiber zahlreiche Modelllösungen entwickelt, um die anfallenden Kosten zu decken. Spendengelder werden in allen Bereichen der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung benötigt. Selbst für Bereiche, welche über die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) finanziert werden, spielen Spenden eine große Rolle, um die entstehenden Kosten begleichen zu können (vgl. Nemeth, Rottenhofer, Schleicher, 2006, S. 39).

Die im österreichischen Versorgungssystem gegenwärtige Hospiz- und Palliativbetreuung wurde im Jahr 2005 zwischen dem Bund und den Ländern, mittels der Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, verankert (vgl. Nemeth, 2009, S. 28).

Der Artikel aus dem Jahr 2008 hat nach wie vor Gültigkeit und lautet wie folgt:

„(2) Im Besonderen wird vereinbart, eine österreichweit gleichwertige, flächendeckende abgestufte Versorgung im Palliativ- und Hospizbereich prioritär umzusetzen. Im Rahmen der Umsetzung der integrierten Versorgung ist eine Abstimmung insbesondere zwischen Gesundheits- und Sozialbereich sowie der Sozialversicherung anzustreben“ (Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich, 2008, Artikel 3, Absatz 2).

Abschließend muss festgestellt werden, dass für die Realisierung einer flächendeckenden abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung eine dauerhafte und verlässliche Finanzierungsform gesichert sein muss (vgl. Nemeth, Rottenhofer, Schleicher, 2006, S. 39).

3.3 Entwicklung der Aus- und Weiterbildung

Die Zeiten, in denen interessierte Pflegepersonen bzw. Ärzte, Bildungsangebote im Ausland in Anspruch nehmen mussten, um sich in Palliativpflege oder Palliativmedizin ausbilden oder fortbilden zu lassen, gehören zum Glück der Vergangenheit an.

Im Folgenden wird eine kurze und zusammengefasste Übersicht über die Entwicklung der Aus- und Fortbildung dargestellt.

- ab 1988 wurde von der Caritas-Lehranstalt der einjährige interdisziplinäre Lehrgang für „Lebens-, Sterbe- und Trauerbegleitung“ angeboten. Dieser 200 Kurs- und Praktikumsstunden umfassende Lehrgang wurde 1995 gemäß § 63a SchOG als Speziallehrgang anerkannt und in modifizierter Form von den Bundesländern übernommen (vgl. Höfler, 2001, S. 13).
- im Jahr 1993 beginnen in Graz, Salzburg, Innsbruck und Batschuns interdisziplinäre Lehrgänge, welche ab 1996 auch in Oberösterreich organisiert werden (vgl. ebd.).
- das Unterrichtsfach „Palliativpflege“ ist seit dem Jahr 1997 fixer Bestandteil in der Ausbildung für die „allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege“. Mit der Novellierung des österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (GuKG) im Jahr 1997, wurden 60 Stunden in das Curriculum integriert, welche verpflichtend absolviert werden müssen. Diese zukunftsweisende Änderung garantiert den Krankenpflegeschülern in ihrer 3jährigen Ausbildung eine Auseinandersetzung mit dieser komplexen Thematik und eine gewisse Grundausbildung im Umgang mit Schwerkranken und Sterbenden (vgl. Pleschberger & Heimerl, 2005, S. 16).
- seit 1998 wird der „Österreichische interdisziplinäre Palliativlehrgang“ angeboten, welcher im Jahr 2000 durch die Kooperation mit dem Institut für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung der Universitäten Wien, Graz, Innsbruck und Klagenfurt (IFF), als eine von drei Stufen des Universitätslehrganges „Palliative Care“, vom Wissenschaftsministerium anerkannt wurde (siehe nachstehende

Abbildung 34). Absolventen, die das gesamte Curriculum erfolgreich abschließen, erhalten einen akademischen Grad (Master of advanced studies in palliative care) (vgl. Höfler, 2001, S. 18, Gronemeyer, 2004, S. 242).

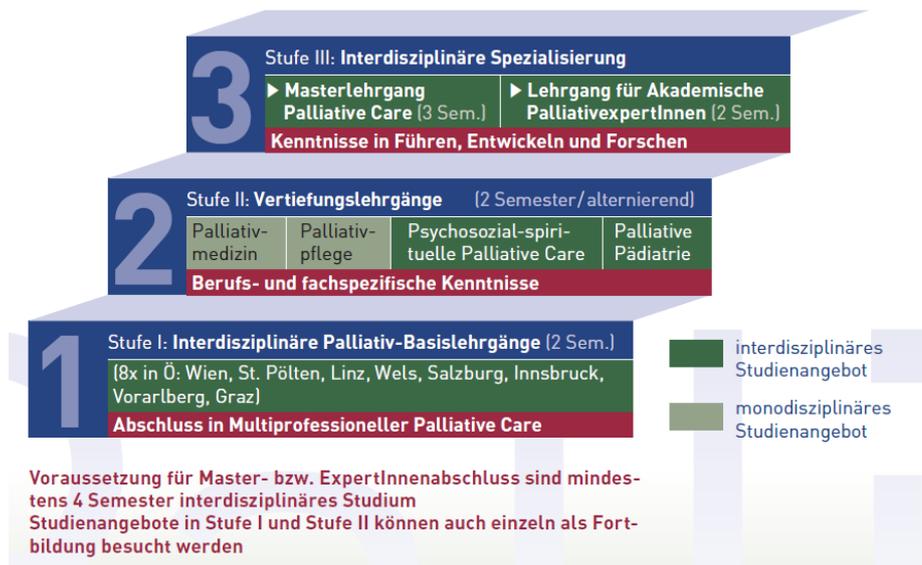


Abbildung 34: Ausbildungsstufen – Universitätslehrgang „Palliative Care“

Quelle: http://www.hospiz.at/pdf_dl/Jahresbericht_2010_final.pdf, S. 46, Zugriff am 26.03.2013.

- seit 1999 veranstaltet die Österreichische Palliativgesellschaft (OPG) in Kooperation mit der Wiener Ärztekammer einen „Diplom Palliativlehrgang für Ärzte“. Ab 2002 wird ein interdisziplinärer Lehrgang für Pflegepersonen angeboten (vgl. Höfler, 2001, S. 19).
- ab dem Sommersemester 1999 besteht an der Medizinischen Universität Wien die Möglichkeit, eine Vorlesung über Palliativmedizin zu absolvieren (vgl. Medizinische Universität Wien, Vorlesungsverzeichnis).
- im Jahr 2007 wurde an der Medizinischen Universität Wien die erste Professur für Palliativmedizin etabliert. Inhaber dieses österreichweit einmaligen Lehrstuhls ist Hr. Univ. Prof. Dr. Herbert Watzke (vgl. Medizinische Universität Wien, 2010).

Mittlerweile gibt es in Österreich zahlreiche Bildungsangebote, die es interessierten Personen aus den verschiedenen Gesundheitsberufen ermöglichen, palliative Aus- und Fortbildungen zu genießen. Die verschiedenen Ärztekammern bieten Palliativlehrgänge speziell für Ärzte an. Neben dem Institut für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung (IFF) in Wien, bietet mittlerweile auch die Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg, in Zusammenarbeit mit dem Bildungshaus St. Virgil und dem Dachverband Hospiz Österreich, einen Universitätslehrgang für „Palliative Care“ an. Neben dem Universitätslehrgang bietet das IFF auch ein interdisziplinäres Doktorandenkolleg für „Palliative Care und Organisationsethik“ an (vgl. Nagele & Feichtner, 2012, S. 25).

4. Empirischer Teil

4.1 Methode

Im Rahmen dieser Abschlussarbeit wurde mithilfe eines selbst entworfenen Fragebogens eine Erhebung auf allen österreichischen Palliativstationen durchgeführt. Befragt wurde das auf den Palliativstationen beschäftigte diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal.

Das erstellte Erhebungsinstrument ist in 3 unterschiedliche Themengebiete gegliedert: im *Abschnitt A* sind allgemeine Fragestellungen zur Person und zur Station enthalten. Neben demographischen Punkten, stehen in diesem Abschnitt auch Fragen zu pflegerelevanten Themen zur Beantwortung. Der *Abschnitt B* beinhaltet unter anderem Aufgabenstellungen zum Thema „Verweigerung von Pflegemaßnahmen durch Patienten“ und im *Abschnitt C* werden den diplomierten Pflegepersonen Fragen zum Thema „Verzicht auf pflegerische Maßnahmen“ dargeboten.

Der Fragebogen besteht inklusive dem Begleitschreiben aus 10 A4-Seiten und enthält 46 Hauptfragen, neun Unterfragen, eine offene Unterfrage und zwei Möglichkeiten, bei welchen eigene Gedanken und Meinungen der befragten Pflegepersonen verschriftlicht werden können. Der genaue Aufbau und die zur Verfügung stehenden Antwortmuster können dem im Anhang enthaltenen Fragebogen entnommen werden.

Der in dieser vorliegenden Abschlussarbeit gewählte Forschungsansatz ist der quantitativen Datenerhebung zuzuordnen, welche im nächsten Kapitel näher beschrieben wird.

4.1.1 Das quantitative Forschungsdesign

Die quantitative Forschung bedient sich meist der Methode der Deduktion. Diese Form des Schlussfolgerns bedeutet, dass vom Allgemeinen (einem allgemeinen Prinzip oder einer Theorie) auf das Besondere (einer

Einzel Tatsache oder Einzelbeobachtung) geschlossen wird. Das ist so zu verstehen, dass bei der Deduktion von einer Theorie ausgegangen wird, von welcher in Folge Einzelerkenntnisse, also Prognosen oder Hypothesen, abgeleitet werden. Das Ziel der deduktiv orientierten, quantitativen Forschung ist es, aus allgemein getätigten Aussagen, Gesetzmäßigkeiten abzuleiten. Bei Hypothesen handelt es sich um Aussagen, welche, völlig unabhängig vom Betrachter, eine unabhängige und quantifizierbare Realität verlangen. Aus diesem Grund wird in der quantitativen Forschung mit objektiven Messungen gearbeitet. Zur Gewinnung von Daten werden standardisierte Verfahren und Instrumente, wie zum Beispiel ein Fragebogen, herangezogen (vgl. Mayer, 2011, S. 19ff u. 83ff).

4.1.2 Durchführung

Die Fragebögen wurden mittels der österreichischen Post AG an alle in Österreich vorhandenen 29 Palliativstationen versendet. Der Inhalt eines Kuverts setzte sich aus einem Begleitschreiben für die pflegerische Leitung der Station, 10 Fragebögen für das diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal und einem frankierten und adressierten Rückkuvert zusammen.

Nach dem erfolgten Versand und einer angemessenen Wartezeit wurde die pflegerische Leitung jeder einzelnen Station telefonisch kontaktiert, um sich über den Erhalt der Fragebögen und eventuell vorhandenen Rückfragen zu informieren. Nach Ablauf der im Begleitschreiben angeführten Frist zur Rücksendung, wurden jene Stationsleitungen noch einmal kontaktiert, von deren Station das Rückkuvert noch nicht eingetroffen war.

Von den insgesamt 29 angeschriebenen Palliativstationen haben sich 17 Stationen an der Umfrage beteiligt und ausgefüllte Fragebögen retourniert. Für die im Rahmen dieser Abschlussarbeit durchgeführten Befragung wurden insgesamt 290 Fragebögen versendet. Davon, wurden 96 ausgefüllt an uns retourniert und für die im nächsten Kapitel dargestellte Auswertung herangezogen.

Die statistische Datenanalyse wurde von Frau Dr. Andrea Schrott, der Inhaberin der „Statistik Ambulanz KG“ (Kappellenstraße 29, 2100 Leobendorf), durchgeführt.

4.2 Darstellung der Ergebnisse

4.2.1 Statistische Methoden

Alle statistischen Analysen werden mit dem Programmpaket SPSS 17.0 durchgeführt. Das Signifikanzniveau (α -Niveau) wird generell auf $p=,05$ festgesetzt. Abbildungen werden mit Hilfe von Microsoft Office Excel 2010 erstellt. Für die deskriptivstatistische Aufbereitung der Daten werden arithmetisches Mittel (Mittelwert, MW), Standardabweichung (s), Minimum (kleinster Messwert, Min) und Maximum (größter Messwert, Max) bzw. Häufigkeiten (gültige Prozent) berechnet.

An Inferenzstatistiken kommen je nach Skalenniveau der Daten und nach zu prüfender Hypothese die folgenden Verfahren zum Einsatz:

- Verfahren für Nominalskalen (Häufigkeiten, Kreuztabellen, X²)
- Verfahren für rangskalierte Daten
 - Mann-Whitney-U-Test zum parameterfreien Vergleich zweier unabhängiger Stichproben
 - Wilcoxon-Test zum parameterfreien Vergleich zweier abhängiger Stichproben
- Verfahren für intervallskalierte Daten
 - t-Test für unabhängige Stichproben und homogene Varianzen zum Mittelwertsvergleich zweier unabhängiger Stichproben

Lineare Zusammenhänge werden je nach Skalenniveau der Daten mit Korrelationsanalysen nach Pearson (r für intervallskalierte Daten) oder nach Spearman (ρ für rangskalierte Daten) geprüft.

4.2.2 Beschreibung des Datensatzes

Es liegen Daten von insgesamt 96 Pflegepersonen vor, wobei 1 Fragebogen als ungültig zu werten ist, da keine der Fragen beantwortet wurde (bei

„Kommentare“ wurde angemerkt „bin nicht bereit, diese Fragen zu beantworten“). Der *Stichprobenumfang* liegt damit bei $n=95$.

Ursprünglich wurden 290 Fragebögen versendet, die Rücklaufquote liegt damit bei 32,8%, d. h. bei einem knappen Drittel.

87 der Fragebögen (91,6%) wurden von Frauen ausgefüllt.

4.2.3 Fragen zu den Pflegepersonen

Das Alter der Befragten liegt im Bereich 22 bis 60 Jahre mit einem Mittelwert von 40,1 ($s=8,6$; $n=91$).

70,3% haben Pflichtschulausbildung, 25,3% Matura, 1,1% besuchten eine Fachhochschule, 3,3% eine Universität ($n=91$). Von den 3 Befragten, die angaben ein Universitätsstudium zu haben, gaben 2 „Pflegewissenschaft“ an, bei dem dritten Befragten fehlt die Angabe zur Art des Studiums. Jener 1 Befragte, der einen Fachhochschulabschluss angab, nannte das Studium „Sozial- und Verwaltungsmanagement“.

Von 94 Befragten liegen Information zum Bundesland vor, in dem sich die Einrichtung, in der sie tätig sind, befindet. Die meisten Befragten arbeiten in Oberösterreich (33,0%), gefolgt von der Steiermark (22,3%) und Wien (17,0%).

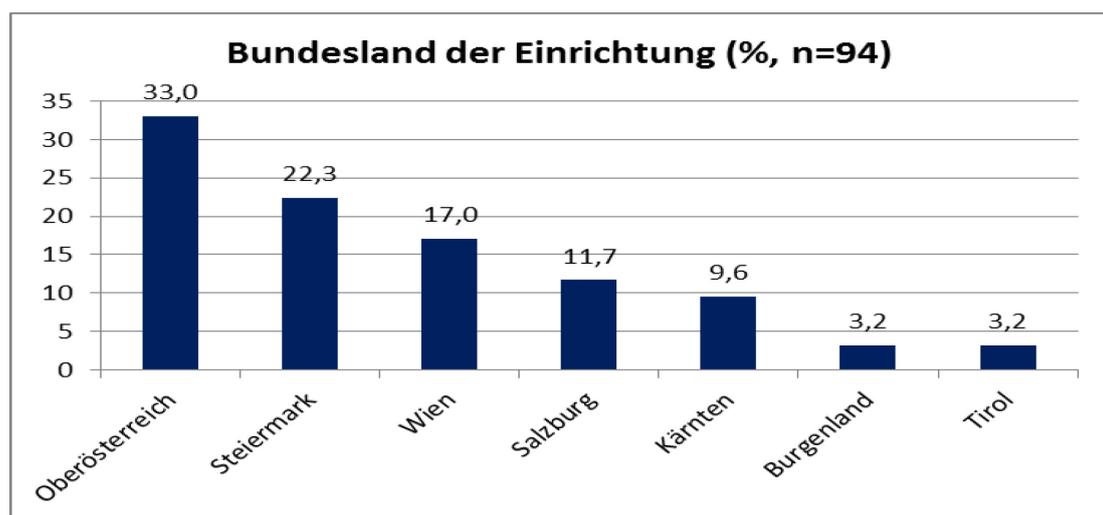


Abbildung 35: Bundesland der Einrichtung

4.2.3.1 Berufserfahrung

Die Diplomierung liegt bei den Befragten 1 bis 36 Jahre zurück. Im Durchschnitt sind es 16,9 Jahre ($s=9,6$). Die Befragten arbeiten seit 0,1 bis 15,0 Jahren auf einer Palliativstation.

4.2.3.2 Ausbildung für Palliativpflege

Rund zwei Drittel der Befragten haben eine spezielle Ausbildung für Palliativpflege (67,0%, $n=94$) absolviert. Die folgende Abbildung zeigt welche Ausbildung(en) dies sind, Mehrfachnennungen waren möglich. Am häufigsten werden „Interdisziplinärer Palliativ-Basislehrgang“ (41,1%) und „Basislehrgang Palliativpflege“ (20,0%) genannt.

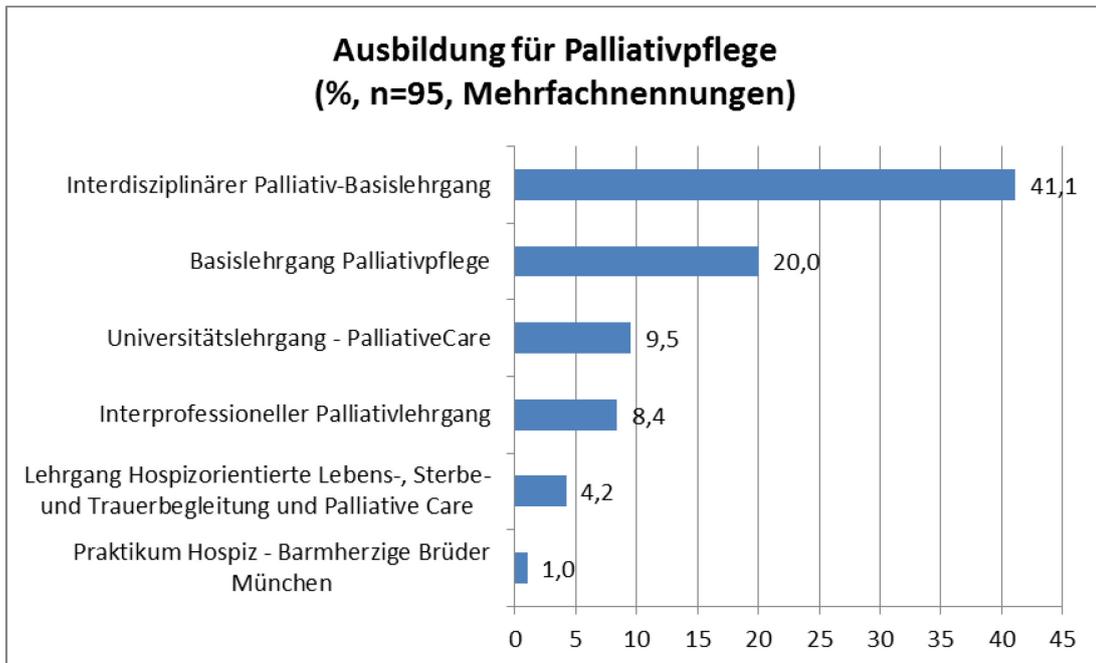


Abbildung 36: Ausbildung für Palliativpflege

4.2.3.3 Regelmäßige Nutzung von Fortbildungsangeboten

Gut die Hälfte der Befragten (51,1%) gibt an, regelmäßig Fortbildungsangebote zu nutzen. Etwas mehr als ein Drittel (37,2%) beantwortet die Frage mit „eher ja“, siehe auch folgende Abbildung.

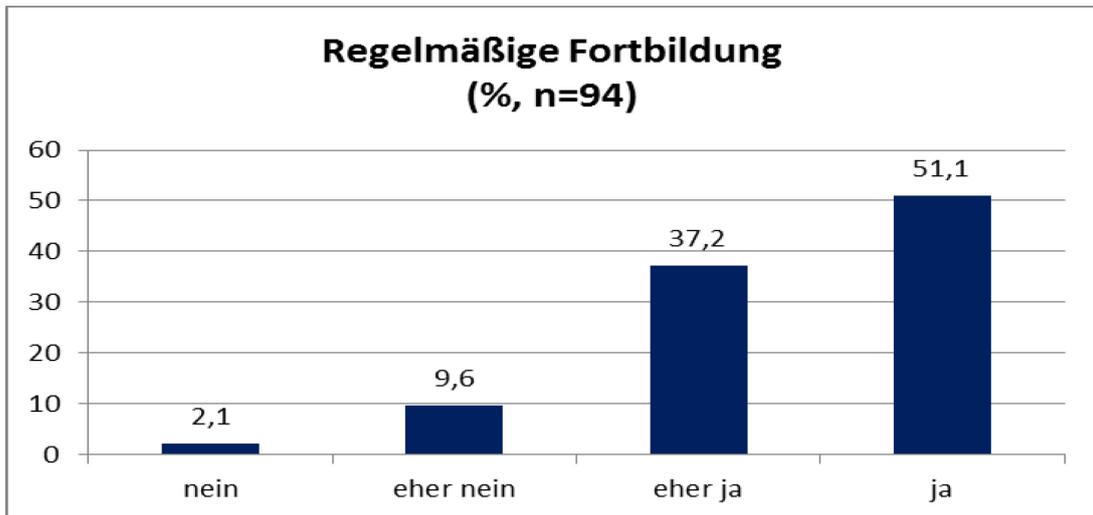


Abbildung 37: Regelmäßige Fortbildung

Die auf der nächsten Seite folgende Abbildung 38 zeigt die Angaben auf die Frage, wo die Fortbildung besucht wird, aufsteigend gereiht nach der Häufigkeit der Nennung (danach alphabetisch geordnet). Am häufigsten werden die Kardinal König Akademie (20,0%), hausinterne Fortbildungen (13,4%) und das Caritas-Bildungszentrum (12,6%) genannt.

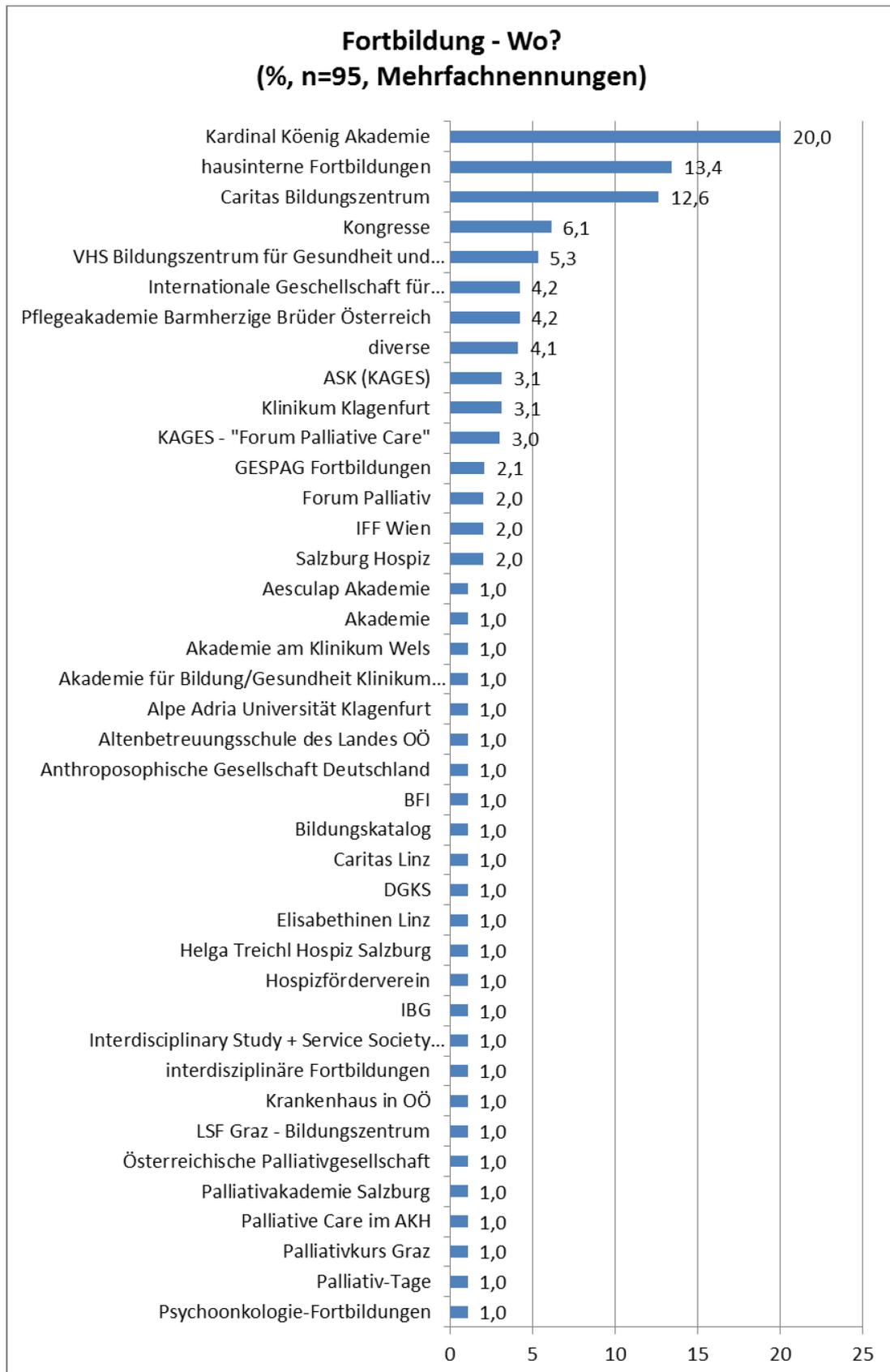


Abbildung 38: Fortbildung – Wo?

Abbildung 39 zeigt nun die Angaben auf die Frage, *welche* Fortbildungen besucht werden, aufsteigend gereiht nach der Häufigkeit der Nennung (danach alphabetisch geordnet). Am häufigsten werden Aromatherapie (30,5%), Weiterbildung nach §64 GuKG „Palliativpflege“ (22,3%) und Spezielle Wundpflege (21,1%) genannt (wobei alle drei gestützt abgefragt wurden).

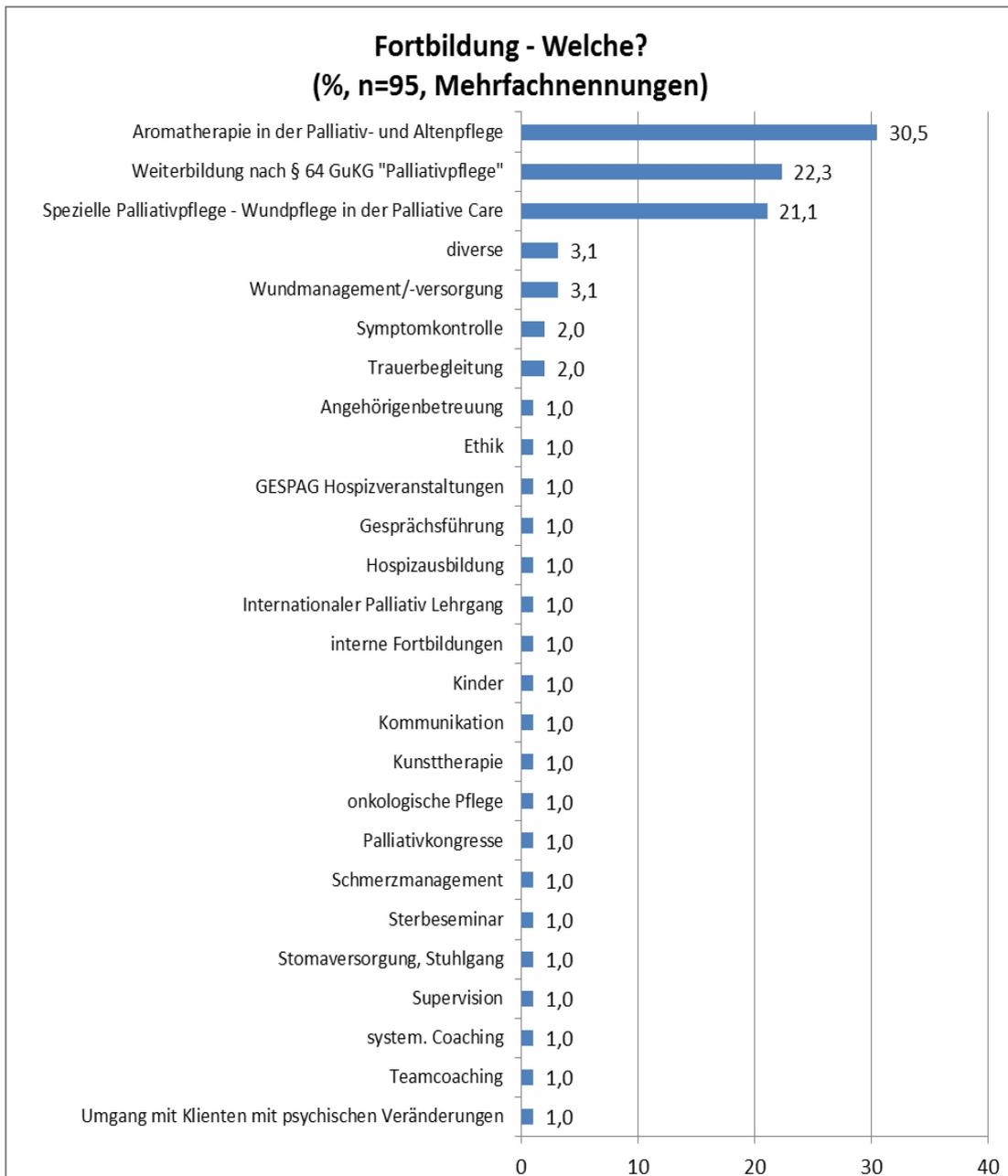


Abbildung 39: Fortbildung – Welche?

4.2.3.4 Fachliteratur

Rund ein Viertel der Befragten (25,8%) gibt an, sich mittels Fachliteratur regelmäßig über neue wissenschaftliche Erkenntnisse zu informieren. Etwas mehr als ein Drittel (36,6%) gibt dies „eher“ an, siehe Abbildung 40. Es fällt auf, dass die Zustimmung bei Fortbildungsangeboten deutlich über der Zustimmung zu Fachliteratur liegt, *erstere wird signifikant häufiger genutzt* (Wilcoxon-Test zum Vergleich zweier abhängiger Stichproben bei nicht intervallskalierten Daten: $p=,000^*$; $n=93$).

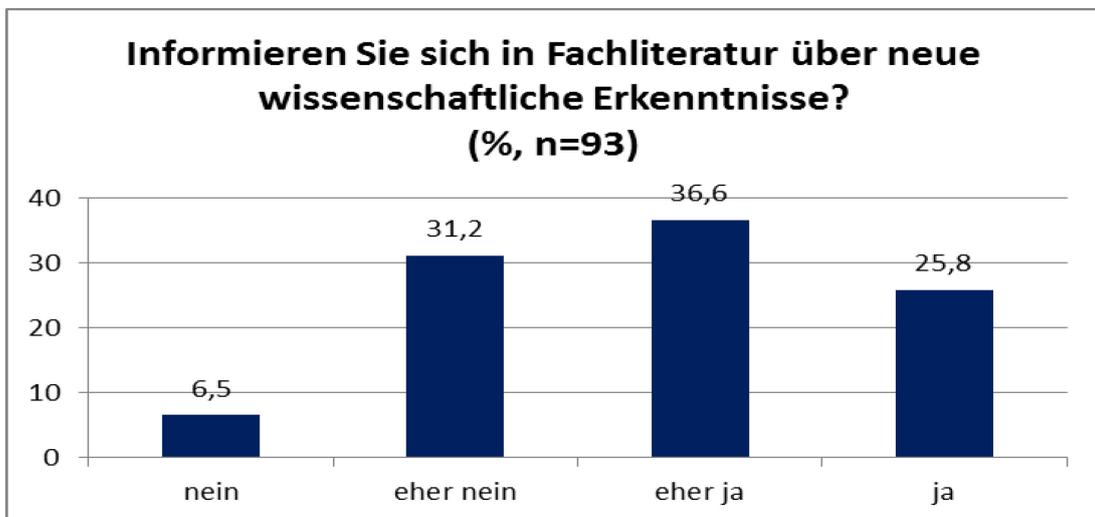


Abbildung 40: Verwendung von Fachliteratur

Die folgende Abbildung 41 verbildlicht welche Fachliteratur hierbei als Informationsquellen angegeben werden (Mehrfachnennungen), wobei allgemeine Angaben wie „Bücher“ (13,3%), „Internet“ (9,4%) und „diverse“ (8,1%) dominieren. Die am häufigsten genannten Zeitschriften sind „Die Schwester – Der Pfleger“ (4,1%), „Zeitschrift für Palliativmedizin“ (4,1%), „Pflege“ (4,0%), „Praxis Palliative Care“ (3,1%) und „Palliative Care“ (3,1%).

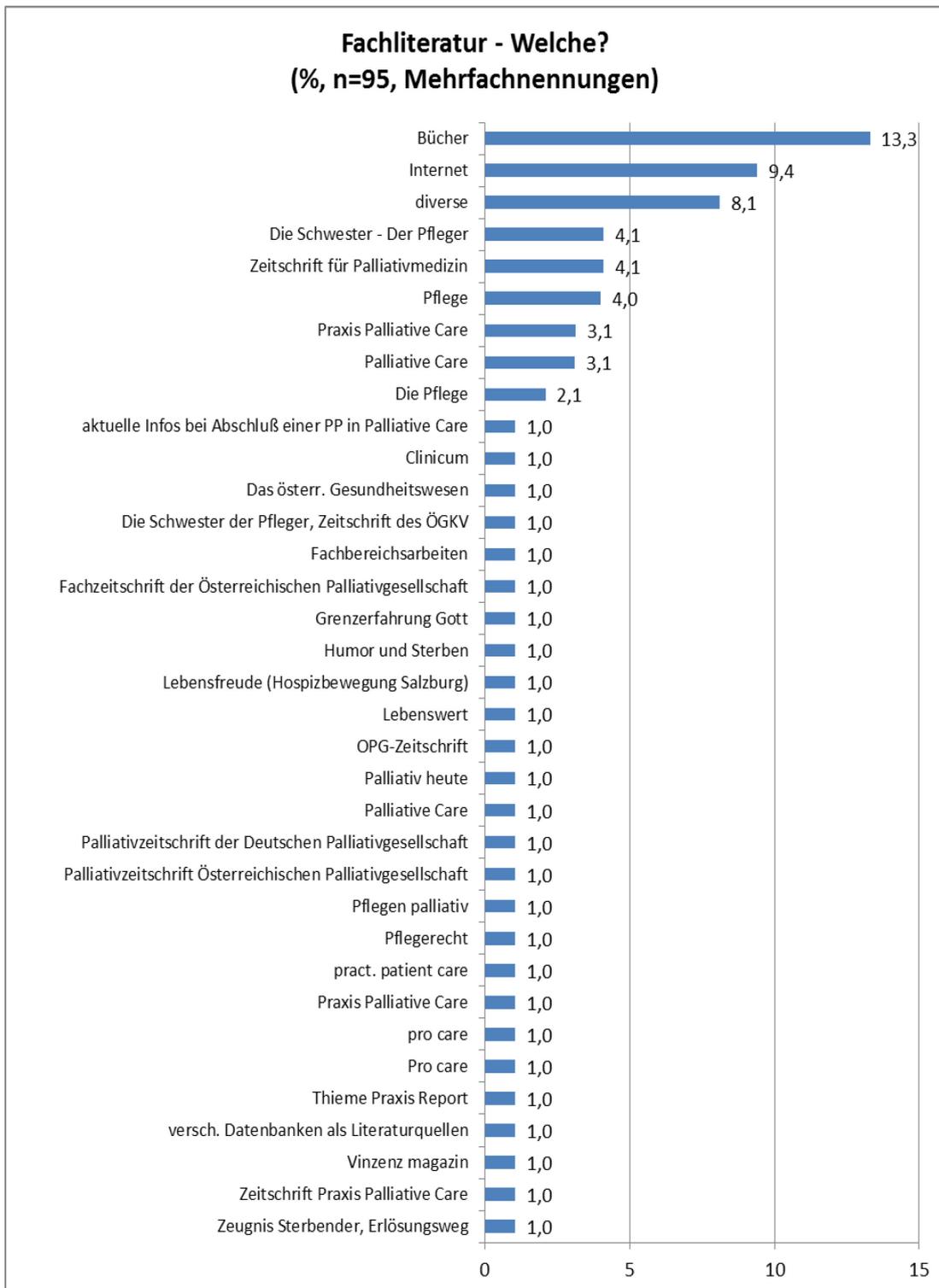


Abbildung 41: Fachliteratur – Welche?

Abbildung 42 zeigt wie viele Artikel pro Monat gelesen werden. Die Angaben hierzu stammen von nur 61 der Befragten. Knapp ein Drittel (32,0%) gibt an, maximal 1 Artikel pro Monat zu lesen, 60,7% lesen 2-5 Artikel.

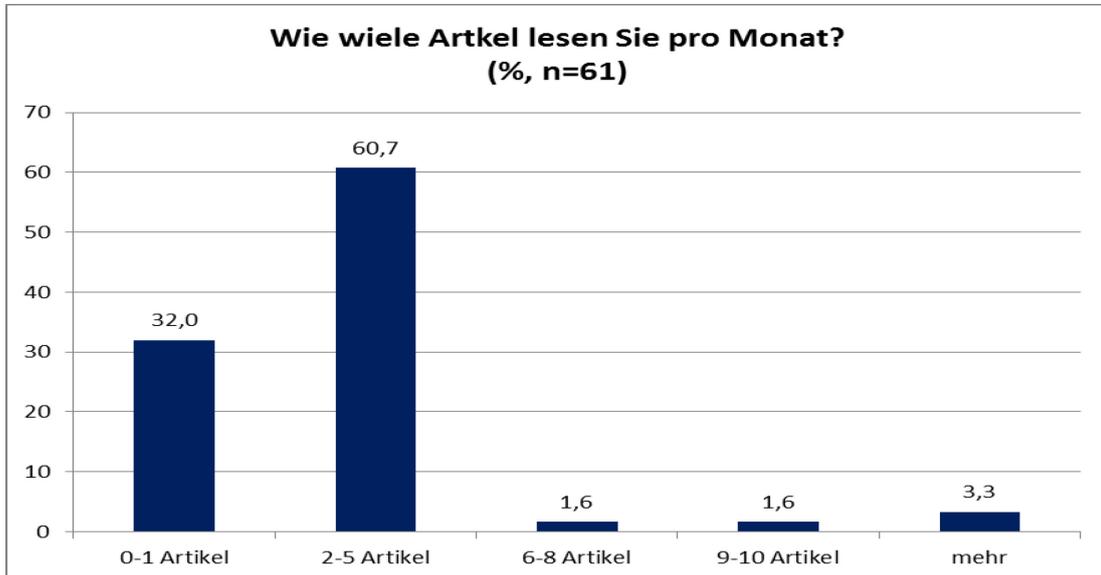


Abbildung 42: Fachliteratur – Wie viele Artikel?

4.2.3.5 Selbsteinschätzung der Pflegepersonen

In der folgenden Abbildung wird gezeigt, dass über 80% der Befragten angeben, dass empathisches Verhalten für sie „sehr wichtig“ ist. Für weitere 15,6% ist es „wichtig“.

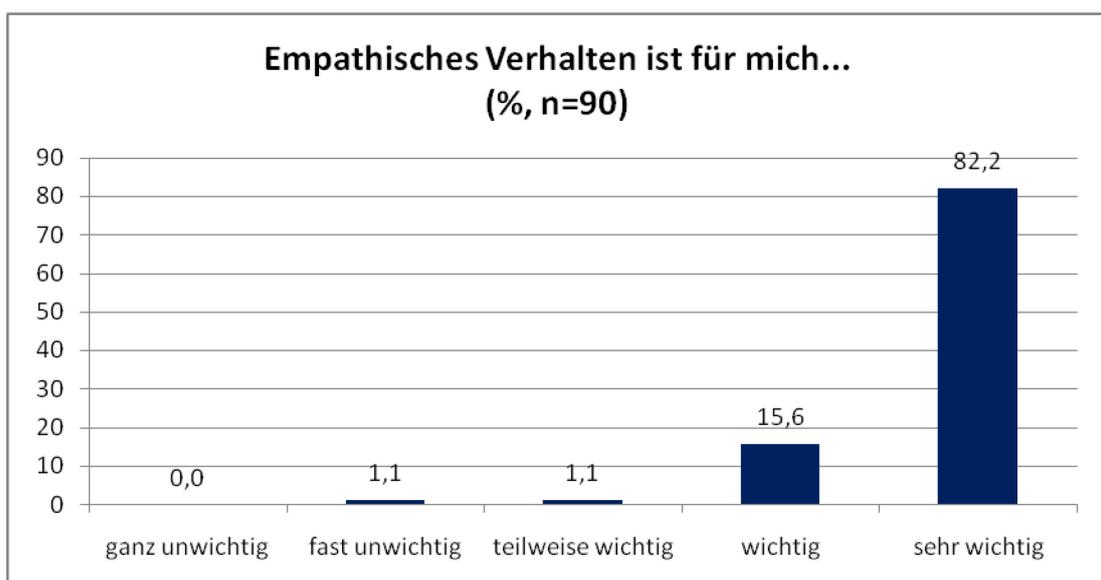


Abbildung 43: Empathisches Verhalten

Fast alle Befragten meinen, dass sie hohes Einfühlungsvermögen besitzen („ja“ oder „eher ja“), vgl. folgende Abbildung.

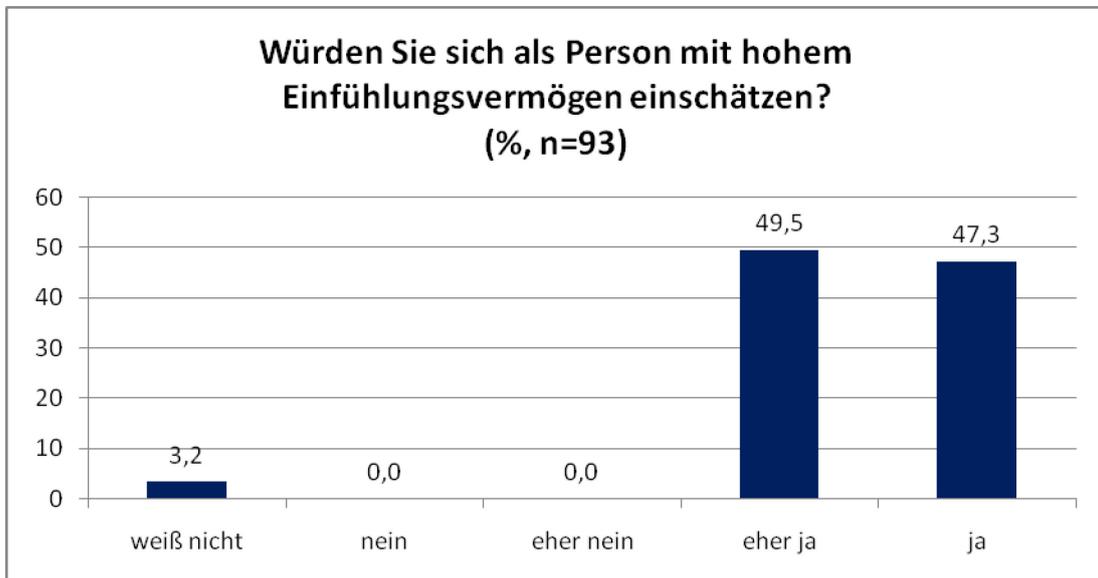


Abbildung 44: Einfühlungsvermögen

Alle Befragten geben an, Rücksicht auf Patientenwünsche zu nehmen. 75,5% wählen die positivste Antwortmöglichkeit, siehe Abbildung 45.

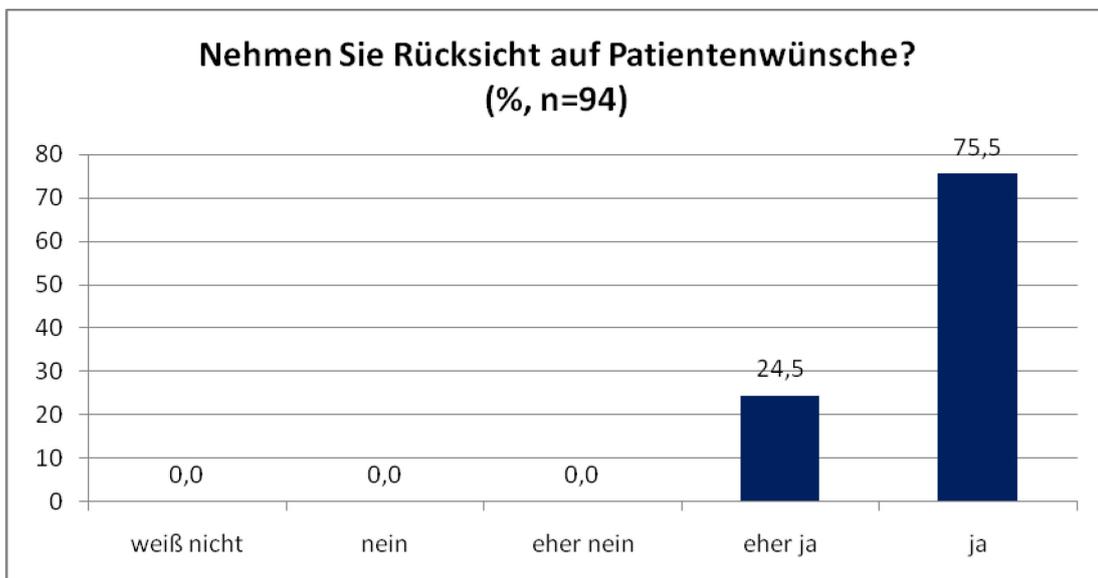


Abbildung 45: Rücksicht auf Patientenwünsche

4.2.4. Einschätzung der Pflegesituation

4.2.4.1 Fragen zur Station

Im Durchschnitt stehen auf der Palliativstation, auf der die Befragten tätig sind, 10,4 Patientenbetten zur Verfügung ($s=2,7$; $n=91$). Die Angaben reichen von 6 bis 14 Betten.

Der Personalstand (Pflegepersonen) beträgt im Mittel 16,7 ($s=2,8$; $n=73$), mit einer Spannbreite von 10 bis 22. Tagsüber sind im Durchschnitt 3,9 Personen im Dienst ($s=0,9$; $n=87$; [2;6]), nachts maximal 2, minimal 1, mit einem Mittelwert von 1,3 ($s=0,5$; $n=92$). Bedingt durch die Unterschiede in der Anzahl der diensthabenden Pflegepersonen tags- und nachtsüber, zeigen sich auch Unterschiede in der Anzahl der pro Dienst zu betreuenden Patienten. Tagsüber sind es im Durchschnitt 5,0 ($s=2,3$; $n=88$; [2;16]), nachtsüber sind es 10,6 ($s=5,2$; $n=88$). Bei den Nachtdiensten fällt die enorme Spannbreite mit Angaben von 1 bis zu 27 Patienten auf.

4.2.4.2 Zeitaufwand für pflegerische Tätigkeiten

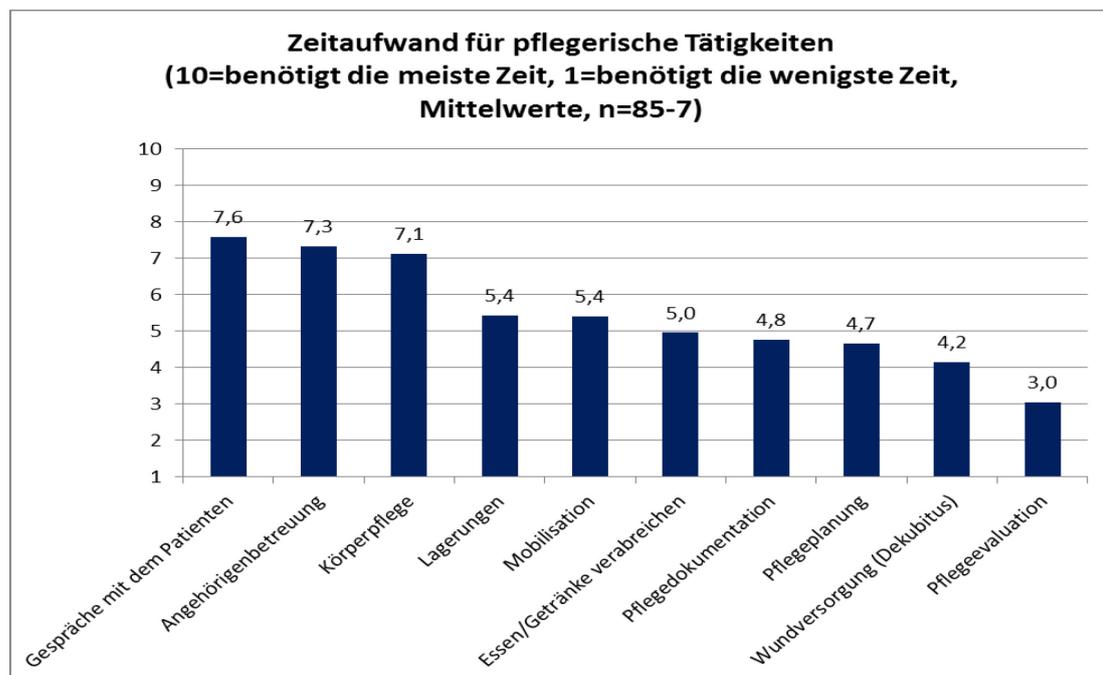


Abbildung 46: Zeitaufwand für pflegerische Tätigkeiten

Um den Zeitaufwand für die einzelnen pflegerischen Tätigkeiten vergleichend beurteilen zu können, wird den Befragten eine Liste mit 10 Maßnahmen vorgegeben. Sie werden gebeten diese danach zu reihen, welche „durchschnittlich am meisten Zeit“ benötigt, wobei hohe Punktwerte einen höheren Zeitbedarf benötigen, „10“ entspricht „benötigt die meiste Zeit“, „1“ entspricht „benötigt die wenigste Zeit“. Hohe Mittelwerte bei einer Tätigkeit bedeutet damit ein im Durchschnitt hoher eingeschätzter Zeitbedarf, vgl. Abbildung 46 auf Seite 82 (gereiht nach abfallenden Mittelwerten). Der relativ höchste Mittelwert wird für „Gespräche mit Patienten“ angegeben (MW=7,6), knapp gefolgt von „Angehörigenbetreuung“ (MW=7,3) und „Körperpflege“ (MW=7,1).

Es ist jedoch anzumerken, dass zwischen den Befragten, sehr große Unterschiede in ihren Einschätzungen bestanden. Bei 9 von 10 der Tätigkeiten reichten die Einschätzungen von 1 bis 10, bei der letzten (Angehörigenbetreuung) von 2 bis 10.

4.2.4.3 Eingehen auf individuelle Wünsche der Patienten

92,6% geben an, dass es Ihnen „sehr wichtig“ ist, auf individuelle Wünsche ihrer Patienten einzugehen. 7,4% geben „wichtig“ an (n=94). Die Antwortalternativen „fast unwichtig“ und „ganz unwichtig“ werden von keinem Befragten ausgewählt.

Nach der Zeit, die zur Verfügung steht, um auf „individuelle Wünsche“ der Patienten einzugehen, befragt, geben jedoch nur 30,1% an, dass diese ausreicht („ja“), 63,4% „eher ja“, 6,5% „eher nein“. Zwischen Wichtigkeit und Zeit besteht ein signifikanter Unterschied (Wilcoxon-Test zum Vergleich zweier abhängiger Stichproben bei nicht intervallskalierten Daten: $p=,000^*$; $n=93$), *d. h. die Wichtigkeit liegt über der zur Verfügung stehenden Zeit.*

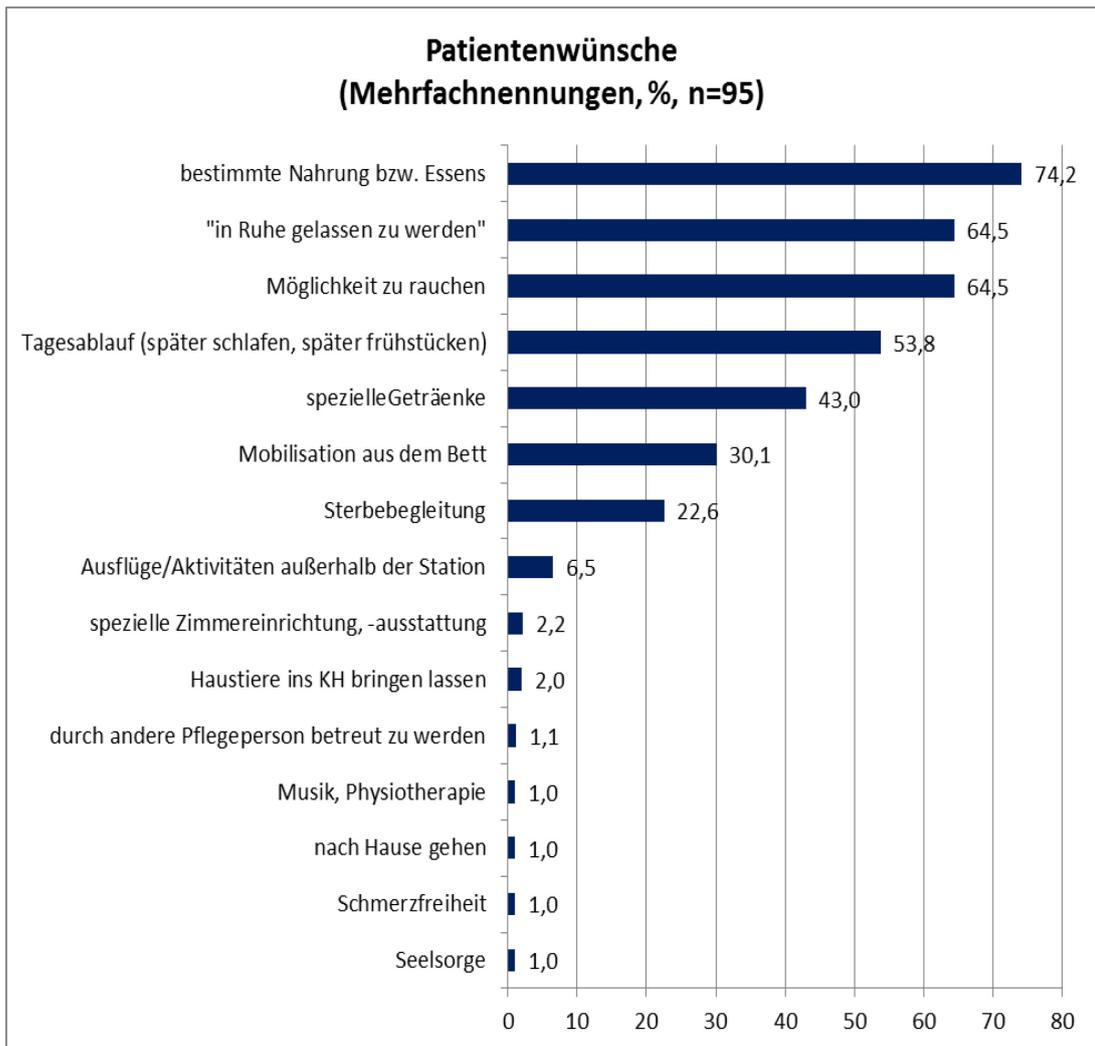


Abbildung 47: Patientenwünsche

Um abklären zu können, welche Wünsche von den Patienten am häufigsten genannt werden, wird eine Liste mit der Möglichkeit zu Mehrfachnennungen und einer freien Antwortkategorie („andere“) vorgegeben. Die oben angeführte Abbildung 47 zeigt die einzelnen Wünsche (abfallend nach Häufigkeit gereiht). Am häufigsten werden „bestimmte Nahrung bzw. Essen“ (74,2%), „in Ruhe gelassen zu werden“ (64,5%), „Möglichkeit zu rauchen“ (64,5%) und „Tagesablauf“ (53,8%) genannt.

4.2.5 Verweigerung von Pflegemaßnahmen durch Patienten

4.2.5.1 Häufigkeit

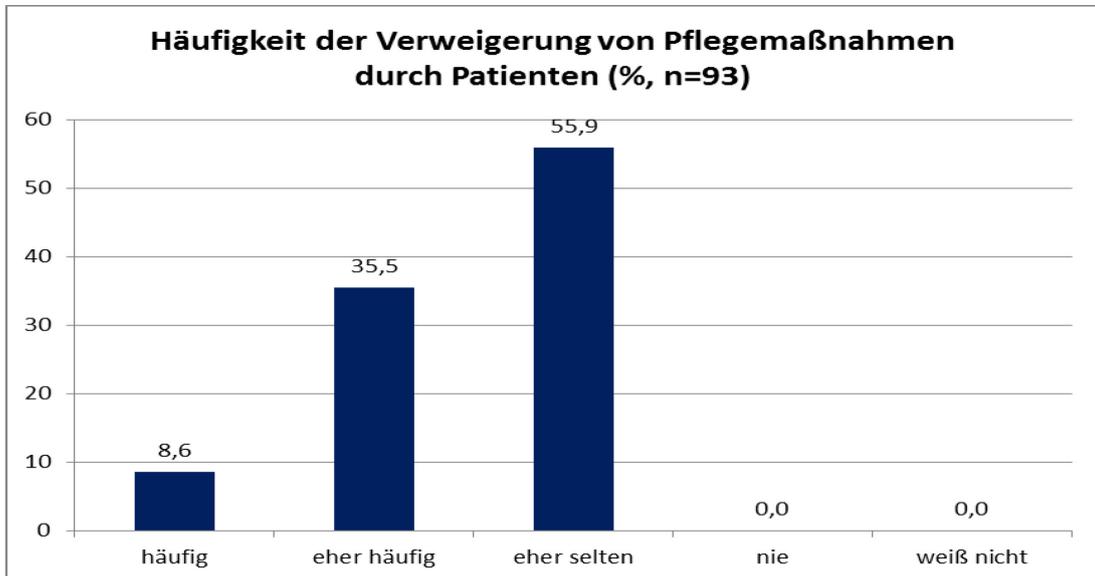


Abbildung 48: Häufigkeit der Verweigerung von Pflegemaßnahmen durch Patienten

8,6% geben an, dass Patienten „häufig“ Pflegemaßnahmen verweigern, 35,5% „eher häufig“ und 55,9% „eher selten“. Die Antwortmöglichkeiten „nie“ und „weiß nicht“ werden von niemandem gewählt (n=93).

4.2.5.2 Art der verweigerter Pflegemaßnahmen

Die folgende Abbildung 49 veranschaulicht die Art der von den Patienten verweigerter Pflegemaßnahmen (gereiht nach Häufigkeit, Mehrfachnennungen möglich). Am häufigsten abgelehnt wird „Körperpflege“ (90,4%), gefolgt von „Lagerungen“ (72,3%), „Mobilisation“ (46,8%), „Medikamente“ (43,6%) und „bestimmte Nahrung“ (30,9%).

9 von 10 der Befragten (92,5%; n=94) sind der Ansicht, dass Patienten das Recht haben, Pflegemaßnahmen zu verweigern („ja“), die übrigen 7,5% „eher ja“. Die Antwortalternativen „eher nein“, „nein“ und „weiß nicht“ werden von niemandem gewählt. Zwischen der Einschätzung der Häufigkeit der Verweigerung von Pflegemaßnahmen und der Ansicht, dass Patienten das Recht haben, Pflegemaßnahmen zu verweigern, besteht ein signifikanter, positiver, allerdings nicht sehr großer linearer Zusammenhang (Korrelation nach Spearman: $p=0,250$; $p=,016^*$; n=92), d. h. wer dem Recht der Patienten

deutlicher zustimmt, gibt tendenziell auch eher an, dass die Verweigerung von Pflegemaßnahmen vorkommt.

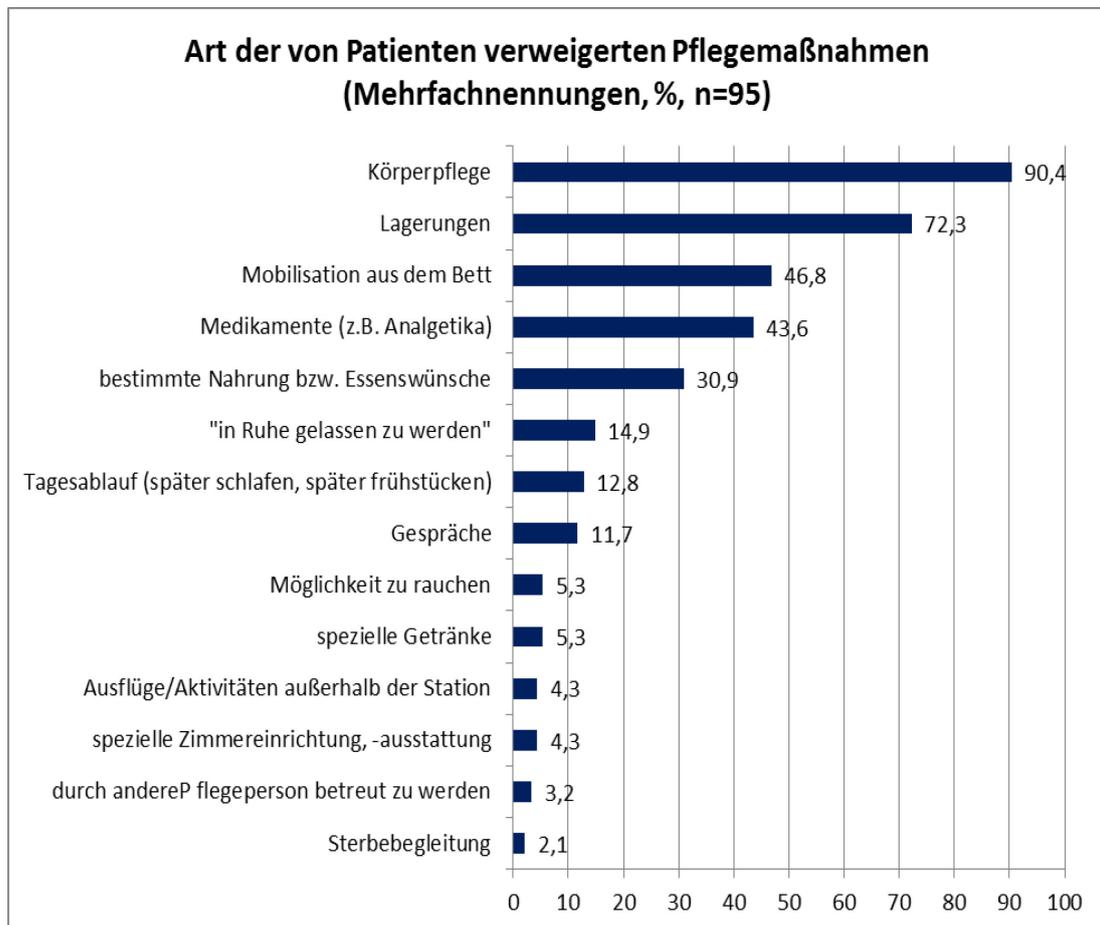


Abbildung 49: Art der von den Patienten verweigerten Pflegemaßnahmen

4.2.5.3 Gründe für die Verweigerung von Pflegemaßnahmen

Als Gründe für die Verweigerung von Pflegemaßnahmen durch Patienten werden am häufigsten „fehlender Lebenswille“ (59,6%), „keine Lust gepflegt zu werden“ (57,4%) und „Verwirrtheit“ (50,0%) angegeben, vgl. folgende Abbildung.

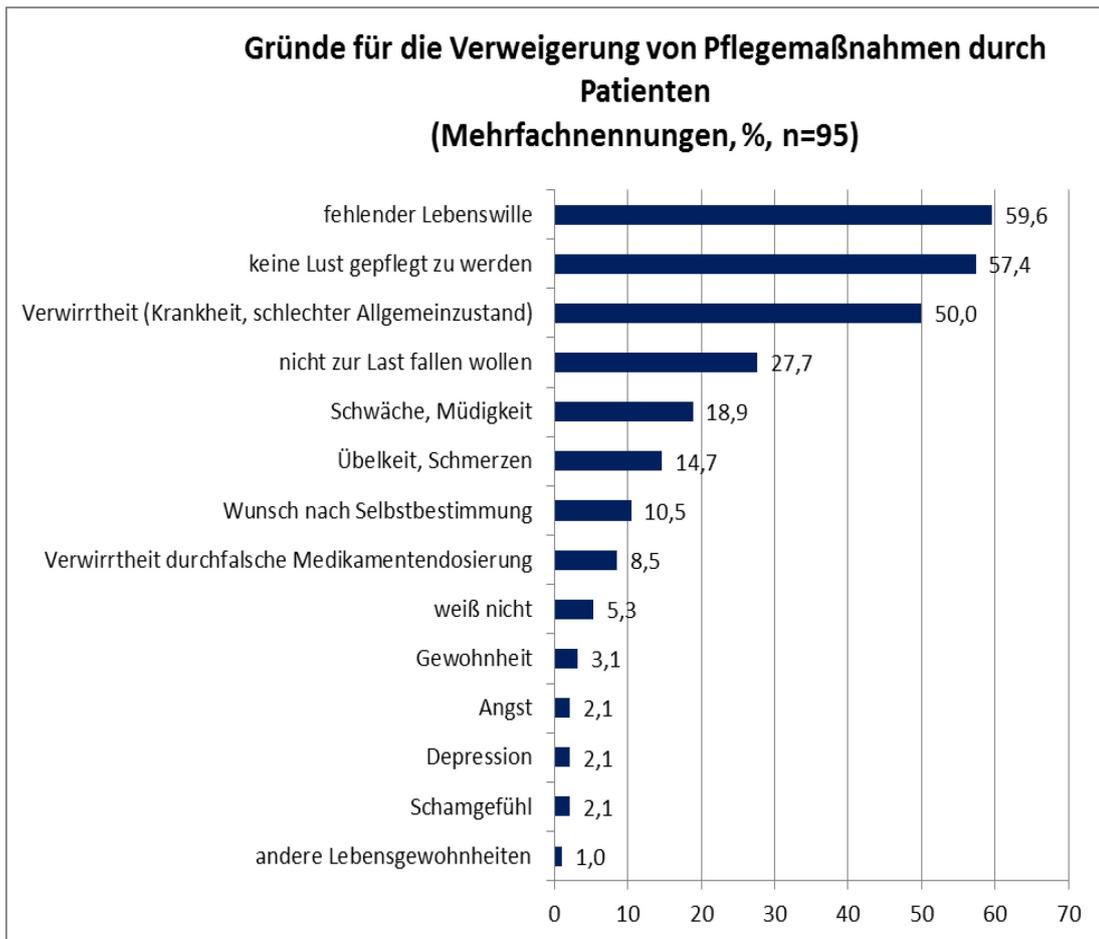


Abbildung 50: Gründe für die Verweigerung von Pflegemaßnahmen durch Patienten

4.2.5.4 Vorgehensweise bei der Verweigerung von Pflegemaßnahmen durch Patienten

Nur 20,4% der Befragten geben an, dass es auf ihrer Station eine standardisierte Vorgehensweise gibt, wie gehandelt werden soll, wenn ein Patient Pflegemaßnahmen verweigert. 3,2% geben an, es nicht zu wissen (n=93).

20,0% der Befragten wählen aus, dass dieses standardisierte Vorgehen in der Praxis ausreichend ist („ja“), 4,2% meinen „eher ja“, 2,1% „eher nein“, niemand „nein“ oder „weiß nicht“. 73,7% machen keine Angabe zu dieser Frage.

Nur knapp jeder 10. (9,5%) gibt an, dass diese standardisierten Vorgehensweisen vom ihm in der Praxis „häufig“ umgesetzt werden, jeder 20. (5,3%) wählt „eher häufig“. 9,5% geben „selten“ an und die übrigen (75,8%) beantworten diese Frage nicht.

96,8% der Befragten sind der Ansicht, dass der Patient das Recht hat, die Ernährung zu verweigern, die übrigen 3,2% machen entweder keine Angabe zu dieser Frage oder kreuzen „weiß nicht“ an. Niemand gibt „nein“ an, siehe folgende Abbildung.

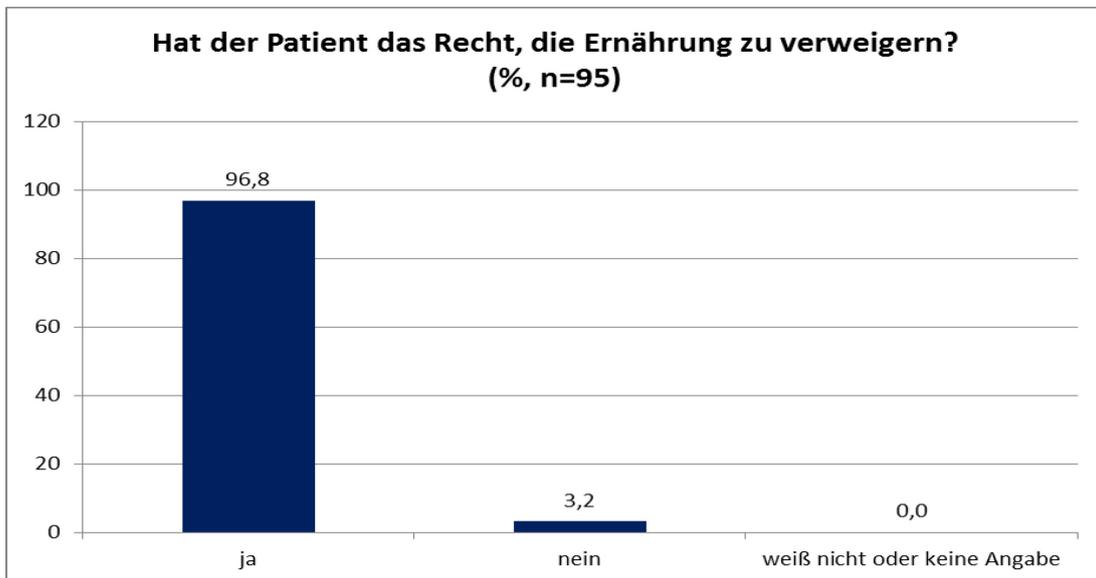


Abbildung 51: Hat ein Patient das Recht, die Ernährung zu verweigern

87,4% geben an, dass keine Verpflichtung besteht, bei Ablehnung der Nahrungsaufnahme eine künstliche Ernährung einzuleiten – 3,2% meinen, dass diese Verpflichtung besteht. Die übrigen 9,5% machen entweder keine Angabe zu dieser Frage oder kreuzen „weiß nicht“ an, vgl. Abbildung 52.

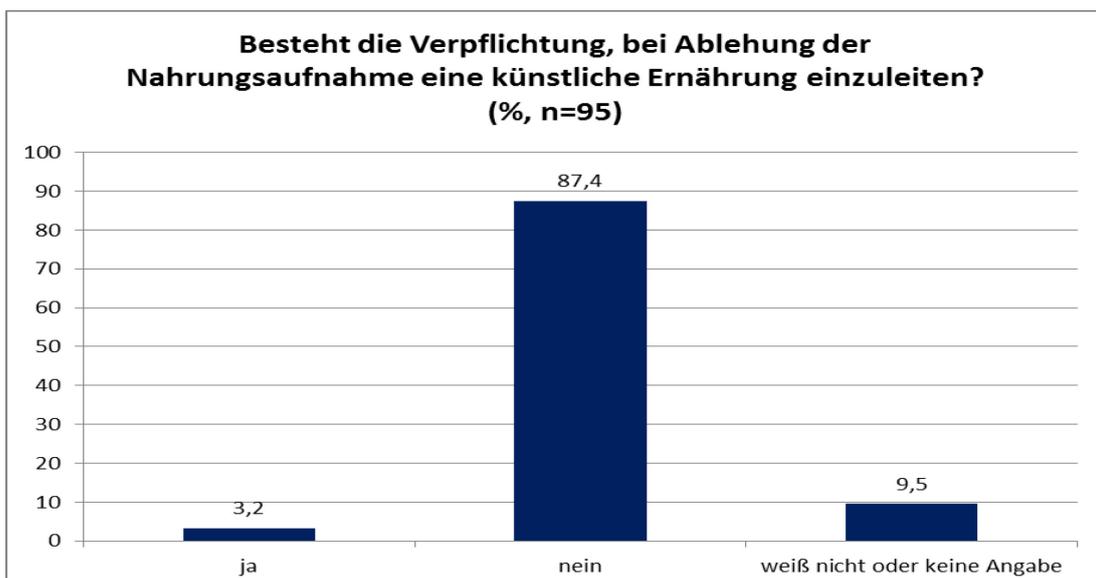


Abbildung 52: Verpflichtung, eine künstliche Ernährung einzuleiten?

89 der befragten Pflegepersonen (93,7%) sind der Ansicht, dass der Patient das Recht hat, die künstliche Ernährung abzulehnen. Die restlichen 6,3% machen keine Angabe zu dieser Frage.

4.2.6 Aufgaben einer Palliativstation

Die Pflegenden wurden gebeten, aus 7 Alternativen, die 3 für sie am wichtigsten Aufgaben einer Palliativstation auszuwählen. Abbildung 53 zeigt, von wie vielen der Befragten, die einzelnen Alternativen ausgewählt wurden (als „Top-Drei“). Am häufigsten wurden „Lebensqualität der Patienten verbessern“ (80,0%), „würdevolles Sterben ermöglichen“ (67,4%) und „Recht auf Selbstbestimmung der Patienten im Vordergrund“ (52,6%) ausgewählt.

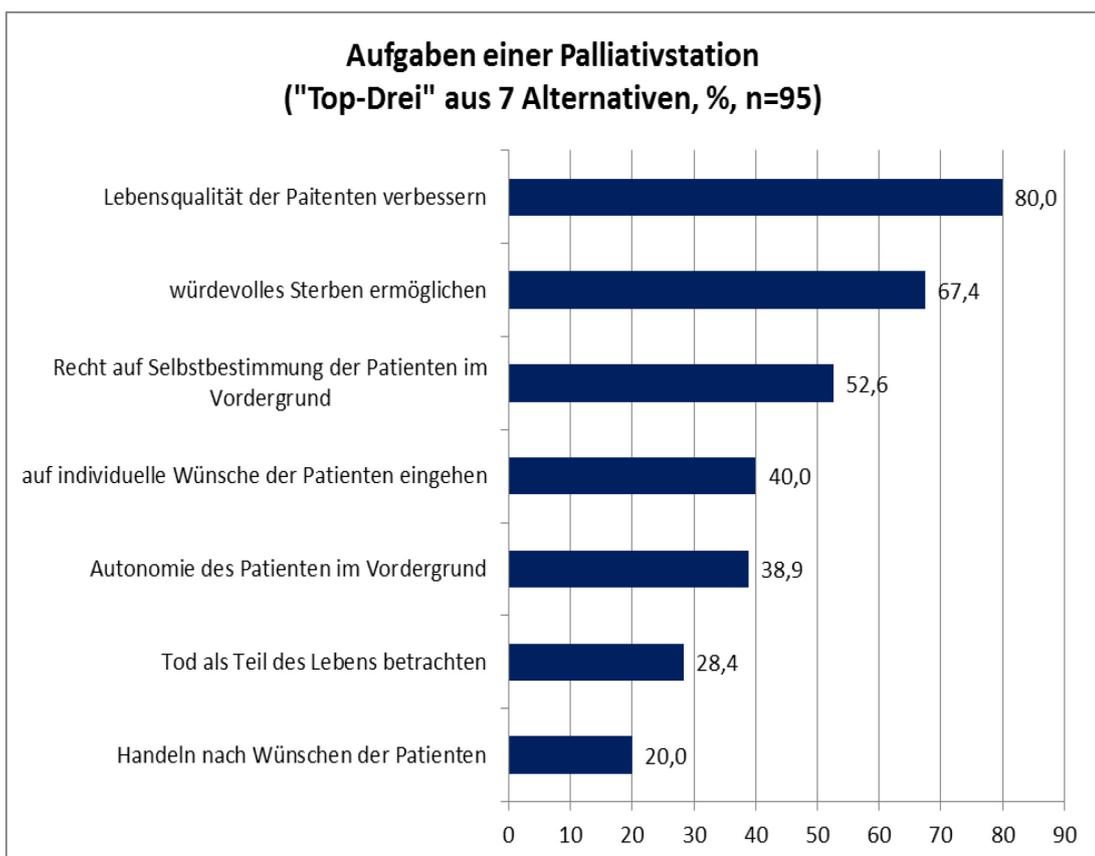


Abbildung 53: Aufgaben einer Palliativstation

Der Wunsch eines Patienten, „keine Nahrung mehr zu sich zu nehmen“, wird von rund drei Viertel (75,8%) erfüllt („ja“), von einem guten Fünftel (22,1%) „eher ja“, siehe Abbildung 54.

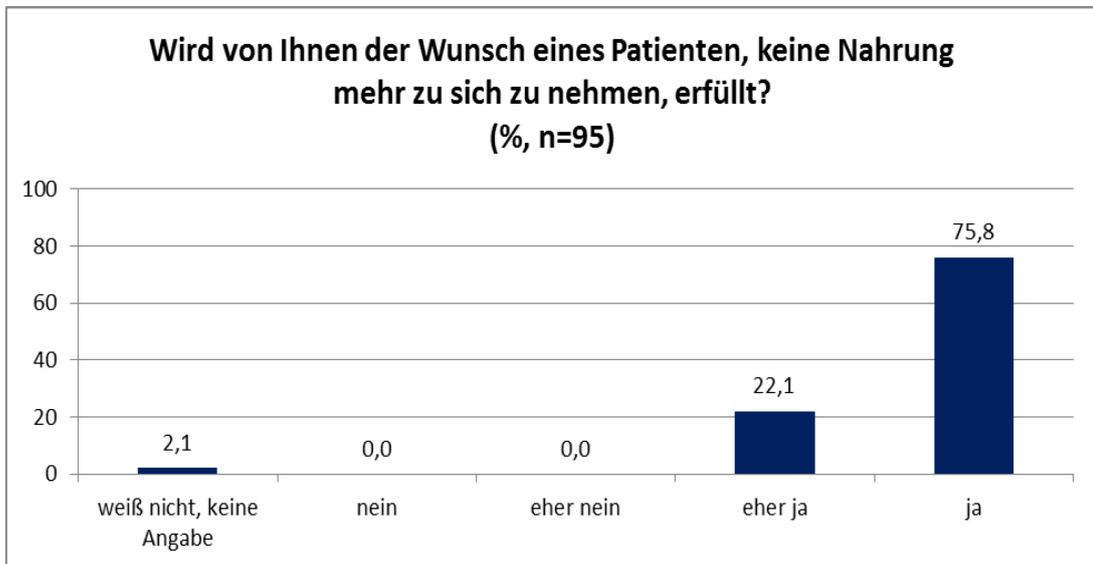


Abbildung 54: Wird von Ihnen der Wunsch eines Patienten, keine Nahrung mehr zu sich zu nehmen, erfüllt?

Wie die folgende Abbildung zeigt, sind die Angaben für den Wunsch, „keine Getränke mehr zu sich zu nehmen“, vergleichbar mit der obigen Fragestellung. 68,4% meinen „ja“, 28,4% „eher ja“.

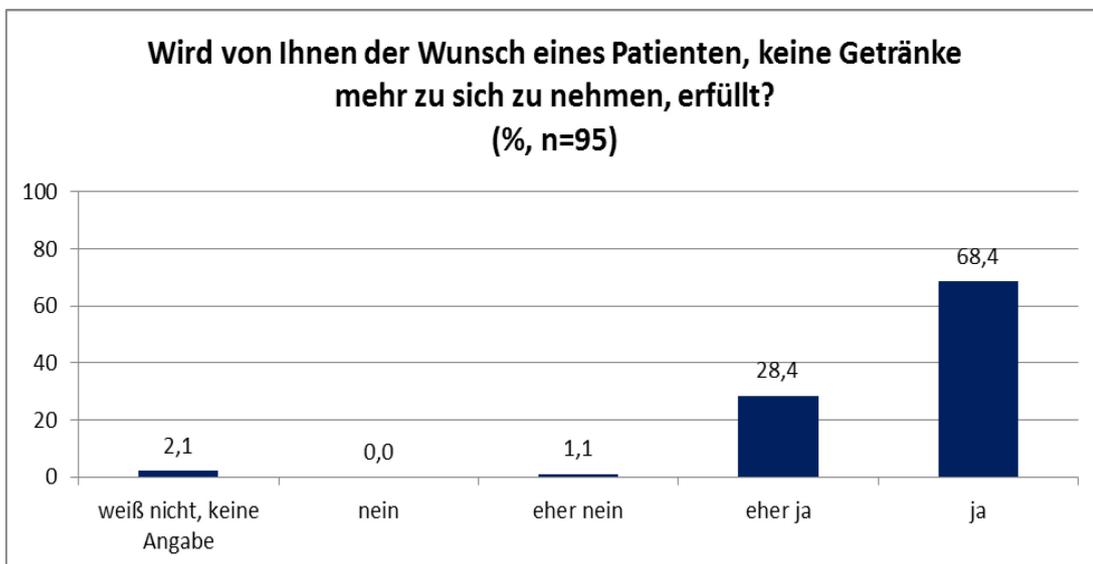


Abbildung 55: Wird von Ihnen der Wunsch eines Patienten, keine Getränke mehr zu sich zu nehmen, erfüllt?

Zwischen diesen beiden dargestellten Fragestellungen besteht ein signifikanter positiver Zusammenhang von $\phi=0,83$ (Kreuztabelle mit Kontingenzkoeffizient, $p=,000^*$).

Wie aus der folgenden Abbildung ersichtlich ist, geben rund drei Viertel (75,8%) der Befragten an, dass die Erhöhung der Lebensqualität (z. B. durch Schmerzlinderung) höchste Priorität hat. Ein Fünftel (22,1%) wählt „eher ja“.

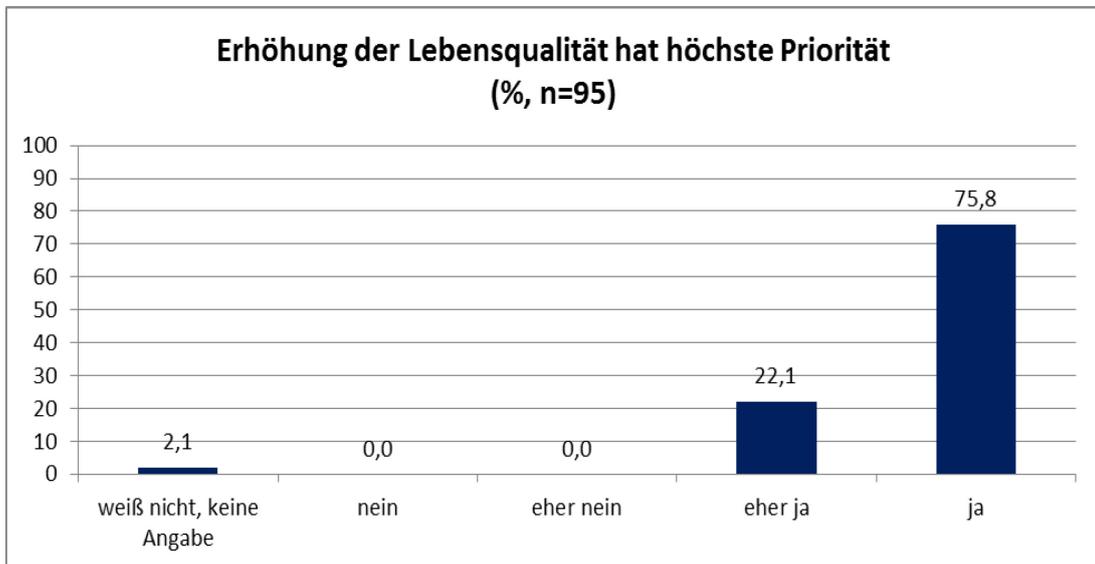


Abbildung 56: Hat die Erhöhung der Lebensqualität, höchste Priorität?

Etwa neun von zehn Befragten (91,6%) meinen, es sei wesentlich, Patienten über die Möglichkeiten zur Symptomkontrolle (Schmerzen, Übelkeit, Atembeschwerden, Verdauungsprobleme, etc.) zu informieren. 6,3% geben „eher ja“ an und die übrigen machen keine Angabe. Siehe folgende Abbildung.

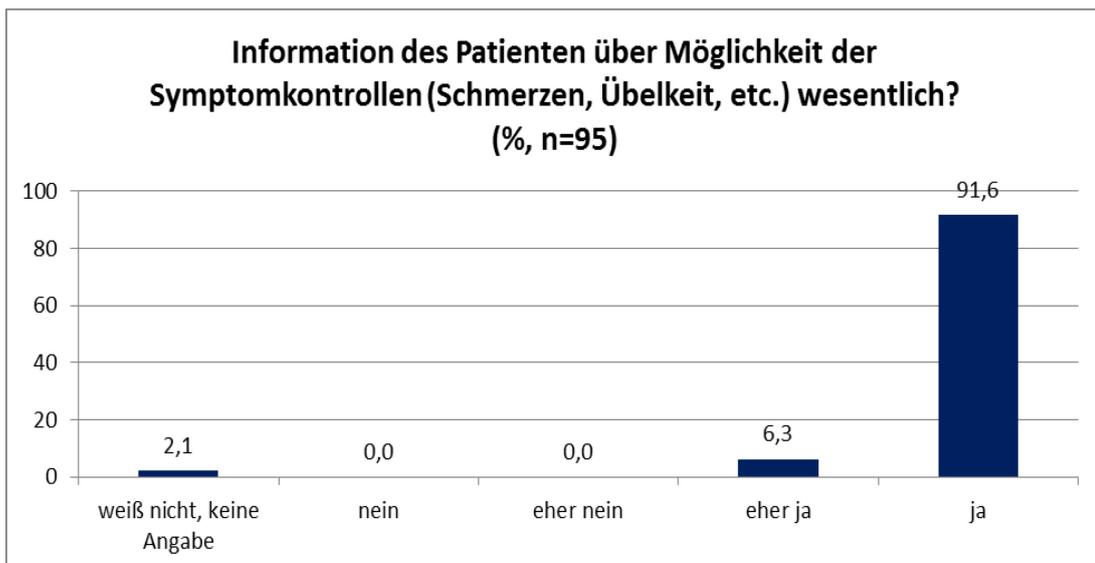


Abbildung 57: Information des Patienten über Symptomkontrollen, wesentlich?

4.2.7 Verzicht auf pflegerische Maßnahmen durch die Pflegeperson

Bei der Frage, ob die Pflegeperson auf pflegerische Interventionen verzichten darf, stimmen über 80% eher oder völlig zu. Wie in der folgenden Abbildung ersichtlich ist, meinen 31,6% „eher ja“ und 50,5% „ja“.

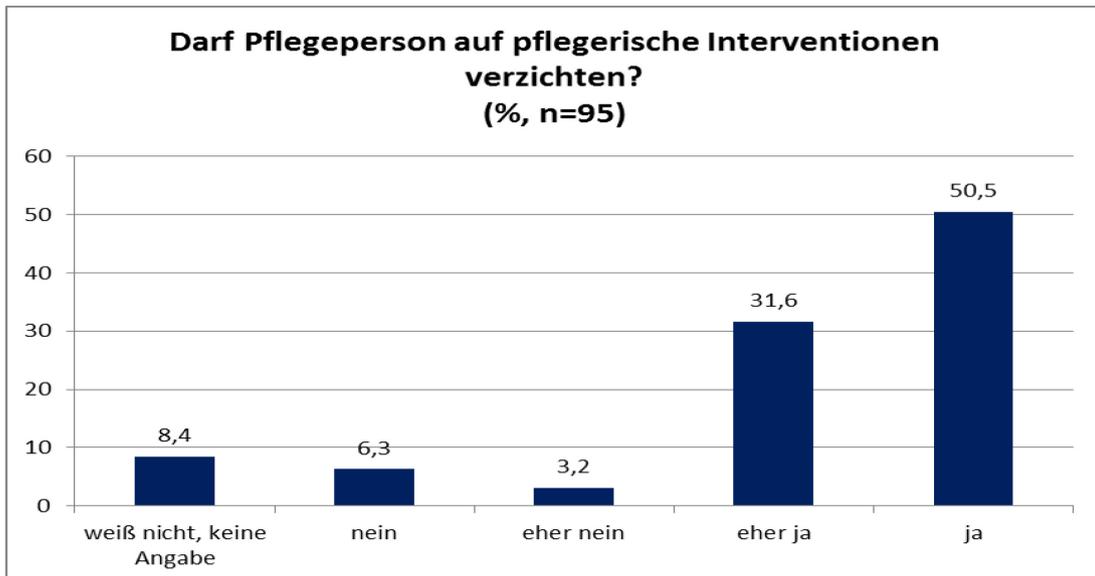


Abbildung 58: Darf die Pflegeperson auf pflegerische Interventionen verzichten?

Zwischen dieser Frage und der Einschätzung, ob jeder Patient das Recht haben sollte, Pflegemaßnahmen zu verweigern, besteht ein signifikanter positiver Zusammenhang: *Wer der einen Frage eher zustimmt, stimmt auch der anderen Frage eher zu* (Kreuztabelle mit Kontingenzkoeffizient: $\phi=0,43$; $p=,013^*$).

Unterschiedliche Meinungen zeigen sich bei der Frage, ob es im Krankheitsverlauf eines Palliativpatienten Zeitpunkte gibt, ab denen generell auf eine pflegerische Intervention verzichtet wird, vgl. Abbildung 59. Fast jeder Zehnte (9,5%) weiß es nicht oder macht keine Angabe. Jeder Fünfte (21,1%) meint „nein“, 9,5% „eher nein“, 28,4% „eher ja“ und 31,6% „ja“.

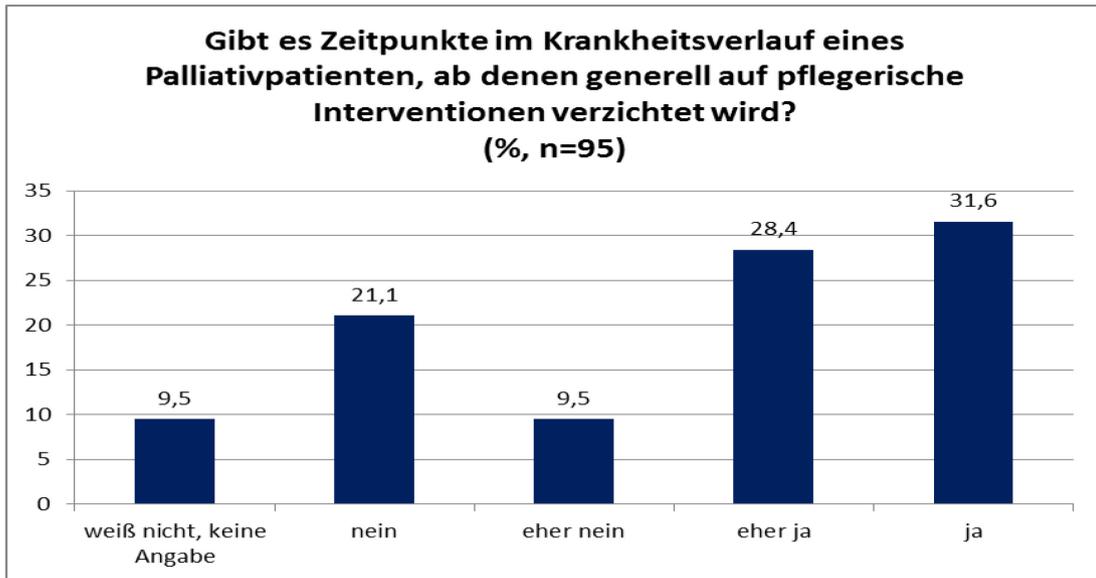


Abbildung 59: Gibt es Zeitpunkte im Krankheitsverlauf eines Palliativpatienten, ab denen generell auf pflegerische Interventionen verzichtet wird?

Die diplomierten Pflegepersonen wurden gebeten anzugeben, welche Interventionen es sind, auf die ab einem bestimmten Zeitpunkt im Krankheitsverlauf generell verzichtet wird, und zwar ungestützt (d. h. die Befragten konnten ohne Vorgaben von sich aus Interventionen nennen). Die genannten Interventionen finden sich in Abbildung 60 in alphabetischer Reihenfolge mit der Angabe der Häufigkeit ihrer Nennung. Am häufigsten finden sich Lagerung (48,7%) und Körperpflege (36,5%).

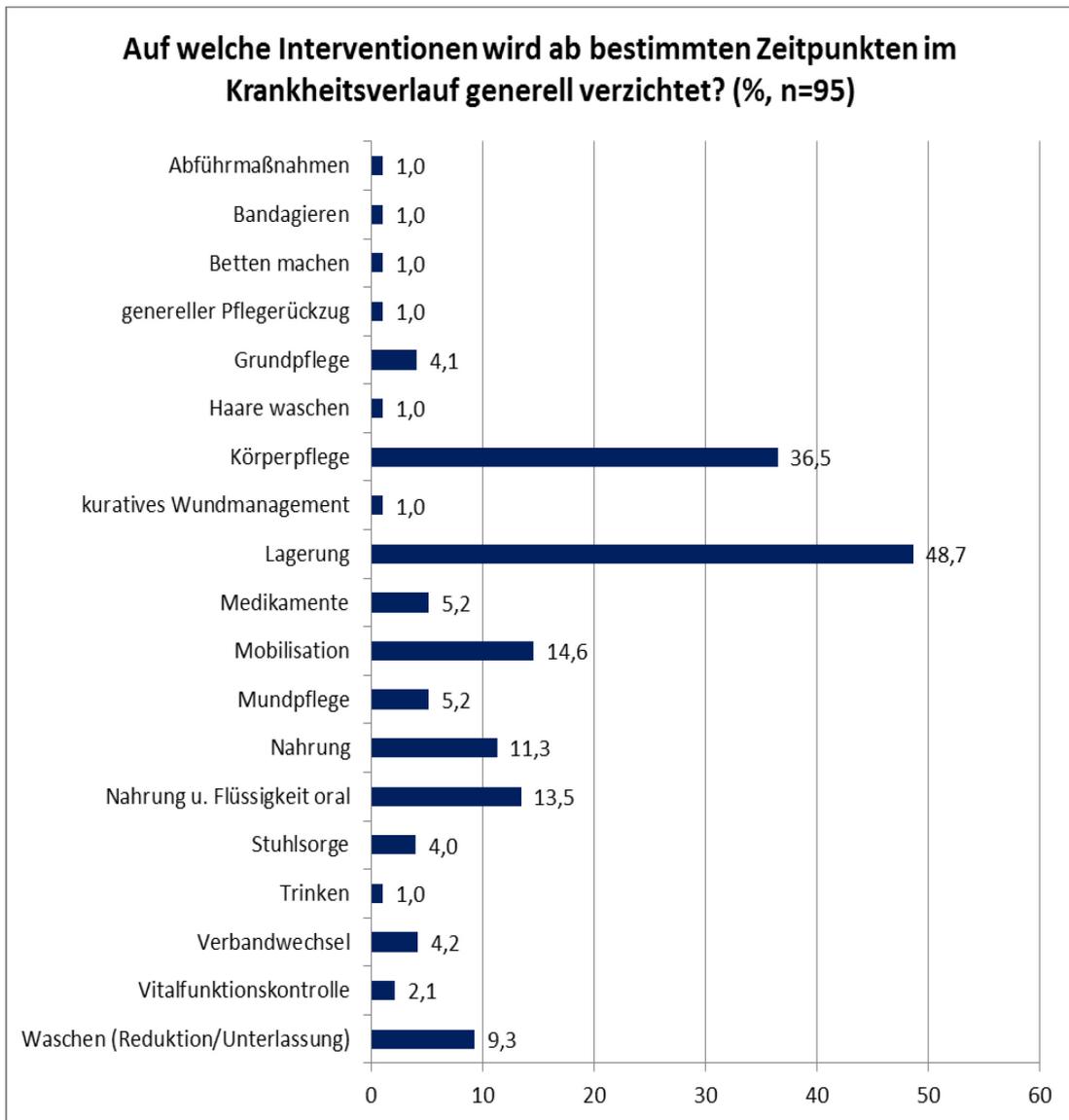


Abbildung 60: Auf welche Interventionen wird verzichtet?

Auch die Zeitpunkte, ab denen generell auf bestimmte Pflegemaßnahmen verzichtet wird, wurden ungestützt abgefragt. Abbildung 61 zeigt (in alphabetischer Reihenfolge) die gemachten Angaben mit der jeweiligen Häufigkeit. Bei Weitem am öftesten wurde „Finalphase“ genannt (46,3%).

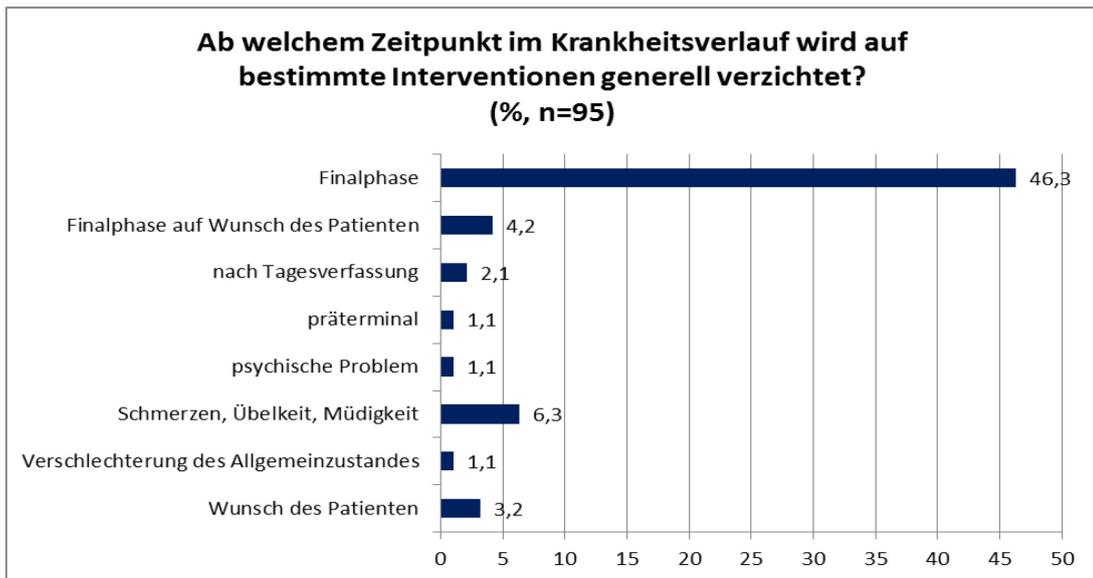


Abbildung 61: Ab welchem Zeitpunkt wird auf bestimmte Interventionen verzichtet?

4.2.7.1 Standardisierte Anweisungen zum Verzicht auf pflegerische Maßnahmen

72,6% der Befragten geben an, dass ihnen keine standardisierten Anweisungen bekannt sind, die einen Verzicht auf pflegerische Maßnahmen regeln. 78,9% meinen, dass es in ihrem stationären Bereich dazu keine schriftlichen Anweisungen gibt. Interessanterweise würden fast 70% hierzu aber auch keine schriftlichen Anweisungen haben wollen (37,9% „nein“, 29,5% „eher nein“), und nur 11,6% „eher ja“ und 5,3% „ja“ (15,8% „weiß nicht“ oder keine Angabe).

4.2.7.2 Verzicht auf pflegerische Maßnahmen als Thema in der Ausbildung

Wie die folgende Abbildung zeigt ist in der Pflegeausbildung der Aspekt „Verzicht auf pflegerische Maßnahmen“ weitgehend kein Thema. 47,4% meinen „nein“, 13,7% „eher nein“, 10,5% wissen es nicht oder machen keine Angabe. Nur 8,4% sagen, dass dies „eher“ Thema war und 20,0% antworten mit „ja“.

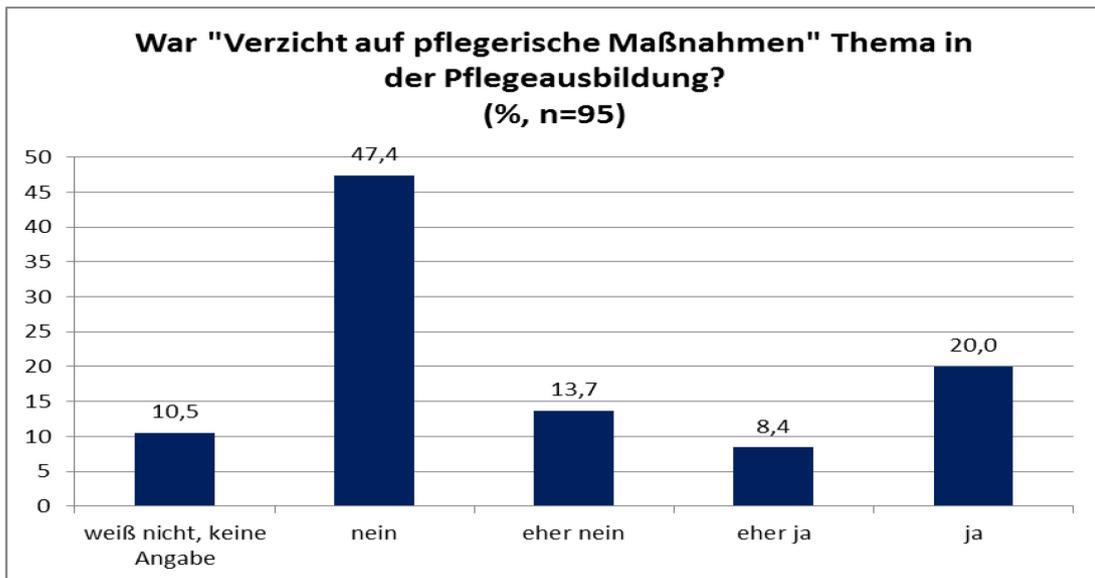


Abbildung 62: War „Verzicht auf pflegerische Maßnahmen“ Thema in der Ausbildung?

Noch deutlicher wird der Mangel an Information in der Ausbildung, wenn man danach fragt, ob in der Ausbildung konkrete Anweisungen zum Verzicht auf pflegerische Maßnahmen gemacht wurden. Die Abbildung 63 verdeutlicht, dass nur etwas mehr als jeder 10. angibt, dass er solche Anweisungen erhalten hat (5,3% „eher ja“, 6,3% „ja“).

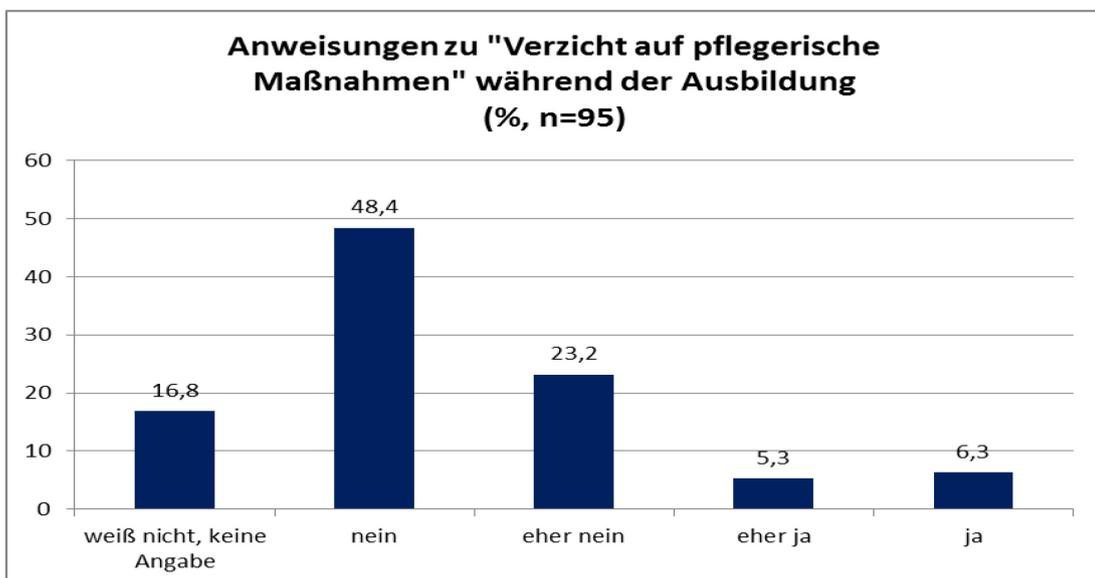


Abbildung 63: Gibt es Anweisungen zu „Verzicht auf pflegerische Maßnahmen“ während der Ausbildung?

Fast die Hälfte der Befragten meint, dass solche Anweisungen in der Ausbildung wichtig wären (18,9% „eher ja“, 29,5% „ja“). Siehe dazu Abbildung 64.

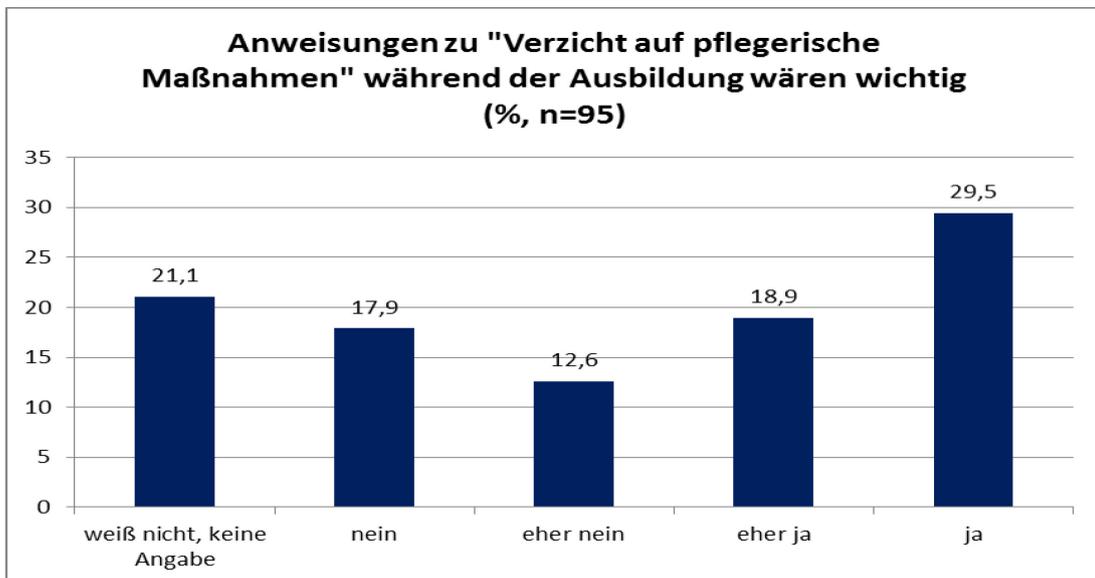


Abbildung 64: Anweisungen zu „Verzicht auf pflegerische Maßnahmen“ während der Ausbildung, wären wichtig?

4.2.7.3 Fallbeispiel „Verweigerung von Pflegemaßnahmen“

Am Ende des Fragebogens wurde den Pflegenden ein Fallbeispiel vorgestellt, in dem einer ihrer Patienten den Wunsch äußert, dass er die alltäglichen Pflegemaßnahmen nicht mehr über sich ergehen lassen will. Der Patient lehnt es unter anderem ab, alle zwei Stunden umgelagert zu werden, weil er seine Ruhe haben will und schlafen möchte. Die Pflegenden wurden gebeten, aus drei Antwortmöglichkeiten ihr Vorgehen zu wählen und hatten zusätzlich die Möglichkeit „Gedanken und Vorgehensweisen in dieser Situation“ frei anzugeben.

- Antwortmöglichkeit A: Ich versuche den Patienten durch weitere Gespräche von der Notwendigkeit dieser Pflegemaßnahmen zu überzeugen: 12,5% Zustimmung.
- Antwortmöglichkeit B: Ich verrichte meine Arbeit laut der vorhandenen Pflegeplanung und erkläre dem Patienten, dass ich diese Maßnahmen durchführen muss: 1,0% Zustimmung.
- Antwortmöglichkeit C: Ich spreche mit dem Patienten über die Bedeutung seiner Wünsche. Falls ich durch dieses Gespräch den Eindruck erhalte, dass sich der Patient darüber bewusst ist, welche

Folgen seine Wünsche mit sich bringen, akzeptiere ich diese: 85,4% Zustimmung.

An offenen Kommentaren finden sich unter anderem:

- Aufklärung und Dokumentation (1,0%)
- Diese Fragen stellen sich nicht, weil Patientenwunsch zählt! (1,0%)
- Dokumentieren (5,2%)
- Dokumentieren, im Team besprechen (1,0%)
- Empathie 1,0%
- Gesamtsituation einschätzen (5,2%)
- Mikrolagerung, Kompromisse 14,5%)

5. Diskussion

Diese Befragung von Pflegepersonen, welche auf einer Palliativstation tätig sind, hatte mehrere Ziele, die nun im Folgenden beschrieben werden. Primär sollte mit dieser Umfrage festgestellt werden, ob es auf einer Palliativstation Zeitpunkte gibt, ab denen auf pflegerische Interventionen verzichtet wird und wenn ja, welche Maßnahmen das sind. Weiters war von Interesse, ob es Pflegemaßnahmen gibt, welche von den Patienten verweigert werden und wie damit seitens der Pflegenden umgegangen wird, falls es zu solchen Ablehnungen kommt. Im Gegensatz dazu wurde auch nach Wünschen gefragt, mit welchen die Patienten an das diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal herantreten. Gibt es Wünsche und wenn ja, welche sind das? Hat das Pflegepersonal die Möglichkeit auf die geäußerten Wünsche einzugehen?

- **Individuelle Wünsche der Patienten**

Fast 93% der befragten Pflegepersonen haben angegeben, dass es für sie sehr wichtig ist, auf individuelle Wünsche ihrer Patienten einzugehen. Da die individuelle Pflege eine Grundeinstellung von Pflegepersonen sein sollte bzw. die bedürfnisorientierte Betreuung eine Grundvoraussetzung des Palliativgedankens darstellt, war mit dieser hohen Zustimmung zu rechnen. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass nur 30% der Befragten mit einem „JA“ geantwortet haben, als sie danach gefragt wurden, ob sie auch genügend Zeit zur Verfügung haben, auf individuelle Wünsche der Patienten einzugehen.

Auf die Frage, welche Wünsche die Patienten am häufigsten äußern, wurde der Wunsch nach „bestimmter Nahrung bzw. Essen“ am zahlreichsten genannt. Bemerkenswert ist, dass der Wunsch nach Ruhe und der Wunsch nach Nikotin, also der Möglichkeit zu rauchen, gleich oft erwähnt wurde. Mit 64,5% sind diese beiden Wünsche am zweithäufigsten genannt worden. Auch ein individuell strukturierter

Tagesablauf stellt oft einen Patientenwunsch dar. Mit fast 54% reiht sich dieser Wunsch an der dritten Stelle ein.

- **Verweigerung von Pflegemaßnahmen durch Patienten**

Der häufigste Grund, warum Patienten Pflegemaßnahmen verweigern, ist laut den Befragten „fehlender Lebenswille“, gefolgt von „keine Lust gepflegt zu werden“ und „Verwirrtheit“ (durch die Krankheit bzw. dem schlechten Allgemeinzustand).

Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass Körperpflege die am häufigsten abgelehnte pflegerische Intervention darstellt. 90% der befragten Pflegepersonen haben angegeben, dass die Patienten diese Maßnahme am häufigsten ablehnen. Lagerungen, Mobilisation und Medikamente sind die am nächsthäufigsten abgelehnten Maßnahmen.

Durch die Umfrage wird deutlich, dass die Pflegepersonen eine Verweigerung der Pflegemaßnahmen eher selten wahrnehmen.

Auf jeden Fall interessant ist der festzustellende Aspekt, dass, wer dem Recht der Patienten, Pflegemaßnahmen zu verweigern, deutlicher zustimmt, auch eher angibt, dass die Verweigerung von Pflegemaßnahmen vorkommt.

Bei der Frage nach standardisierten Vorgehensweisen, welche bei der Verweigerung von Pflegemaßnahmen durch Patienten zur Anwendung kommen, gaben lediglich 20,4% der Befragten an, solch eine standardisierte Vorgehensweise auf ihrer Station zu haben. Durch die Befragung wird deutlich, dass die diplomierten Pflegepersonen auf Palliativstationen solchen Standards eher skeptisch gegenüberstehen und nicht daran glauben, dass solche Sinn machen würden. Das zeigt, dass diese ablehnende Einstellung gegenüber Standards sowohl in Lehrbücher (vgl. Zitat auf S. 26 (Nagele und Feichtner)), als auch in der Praxis zu finden ist. Die Ablehnung wird zusätzlich durch

Kommentare² wie „jeder Patient reagiert anders, daher Standards nicht sinnvoll“, oder „jede Anweisung würde eine individuelle Pflege beeinträchtigen“, deutlich.

Auf Stationen, welche eine standardisierte Vorgehensweise definiert haben, werden diese Standards nur von ungefähr jedem Zehnten häufig in der Praxis angewendet.

Bei dem Thema „Verweigerung von Nahrung“ lässt sich eine positive Tendenz im Handeln der Pflegepersonen feststellen. Fast 97% der befragten Pflegepersonen sind der Ansicht, dass die Patienten das Recht haben, die Ernährung zu verweigern. Etwas bedenklich stimmt jedoch die Tatsache, dass die Frage, ob bei Ablehnung der Nahrungsaufnahme durch den Patienten eine Verpflichtung besteht, künstliche Ernährung einzuleiten, nur von 87,4% der Befragten negiert wurde. Bei dieser Frage lässt sich auch eine gewisse Unsicherheit feststellen, da diese Frage von knapp über 10% mit „weiß nicht“ oder gar nicht beantwortet wurde. Dazu ein Kommentar³ einer befragten Pflegeperson: „Manche Patienten haben einfach kein Hungergefühl oder die Beschwerden (wenn sie was essen) sind mehr. Nichts essen wollen wird von der Pflege meist gut akzeptiert, selten von den Angehörigen. Da sind viele Gespräche notwendig, damit die Angehörigen nicht das Gefühl haben, der Patient müsste verhungern. Meist primär ein Thema zwischen Arzt und Angehörigen; seltener zwischen Arzt und Patienten. Für Patienten ist diese Frage meist sehr viel klarer.“

- **Verzicht auf pflegerische Maßnahmen durch die Pflegeperson**

Die Frage, ob Pflegepersonen auf pflegerische Interventionen verzichten dürfen, wurde von der Hälfte der Befragten mit einem „JA“ beantwortet. Fast 32% stimmten mit „eher ja“ zu. Ein definitives NEIN gab es von knapp 6% der befragten Pflegepersonen. Eine gewisse

² aus den retournierten Fragebögen

³ ebd.

Unsicherheit wird bei der Frage, ob es Zeitpunkte gibt, ab denen auf Pflegemaßnahmen verzichtet wird, deutlich. Fast jeder Zehnte kann oder will diese Frage nicht beantworten. Ungefähr jeder Fünfte ist der Meinung, dass es solche Zeitpunkte nicht gibt. 28,4% beantworten diese Frage mit „eher ja“ und 31,6% stimmen dieser Frage völlig zu. Diese, bei dieser Frage festgestellte Unsicherheit könnte daraus resultieren, dass das Thema „Verzicht auf pflegerische Maßnahmen“, laut den befragten diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, in der Ausbildung weitgehend nicht angesprochen und behandelt wurde. Über 48% der Befragten gaben an, dass solche Fragestellungen nicht thematisiert wurden und daher auch keine Anweisungen gemacht wurden, wie in solchen Situationen gehandelt werden sollte. Ein weiterer Hinweis für die Unsicherheit könnte sein, dass fast die Hälfte der Befragten meint, dass solche Anweisungen während der Ausbildung wichtig wären.

Die häufigsten genannten Interventionen, auf welche von den Pflegepersonen verzichtet wird, sind Lagerung, Körperpflege, Mobilisation und orale Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr. Als Zeitpunkt, ab wann auf diese pflegerischen Interventionen verzichtet wird, wurde die „Finalphase“ am öftesten genannt. Dazu wieder ein Kommentar⁴ einer befragten Pflegeperson: „Meist sind es die Angehörigen, die mit einer Verweigerung einer Pflegemaßnahme (z.B. Essen) nicht gut zurechtkommen. Es muss ihnen der Grund, warum ein Patient nicht mehr essen kann und will, oftmals erklärt werden.“

In diesem Themenabschnitt „Verzicht auf pflegerische Maßnahmen durch die Pflegeperson“, wurde ebenfalls nach standardisierten Vorgehensweisen und Anweisungen gefragt. Auch hier zeigt sich ein ähnliches Bild wie bei der weiter oben gestellten Frage nach Standards. Mehr als drei Viertel der Befragten (78,9%) bringen zum Ausdruck, dass auf ihrer Station keine standardisierten Anweisungen

⁴ aus den retournierten Fragebögen

vorhanden sind, die den Verzicht auf pflegerische Interventionen regeln. Auch hier wird deutlich, dass die befragten Pflegepersonen Standards nicht sinnvoll finden, da fast 80% keine schriftlichen Anweisungen haben möchten.

Zusammenfassend kann erwähnt werden, dass es auf Palliativstationen Zeitpunkte gibt, ab denen von pflegerischer Seite ein Rückzug stattfindet und diverse pflegerische Interventionen hintangestellt werden. Die Wünsche der Patienten werden von den Pflegepersonen großteils erfüllt. Es wird einerseits die Ablehnung diverser Pflegemaßnahmen akzeptiert und andererseits wird auch versucht, auf die individuellen Bedürfnisse und „Forderungen“ einzugehen...soweit die vorhandene Zeit dies erlaubt.

6. Literaturverzeichnis und Internetquellen

Aulbert Eberhard/Nauck Friedmann/Radbruch Lukas (Hrsg.). (2007). Lehrbuch der Palliativmedizin. Mit Beiträgen von Albrecht Gisela, Albrecht Helmut, Albrecht Stephan et. al. Mit einem Geleitwort von Heinz Pichlmaier. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart, New York: Schattauer.

Bulayumi Espérance-François Ngayibata. (2001). Sterbebegleitung als Lebensbegleitung. Eine imperative ethische Notwendigkeit. Linz: edition pro mente.

Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich. 105. Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens. Jahrgang 2008. Ausgegeben am 14. Juli 2008. Teil I. Zugriff am 23. März 2013 unter http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/2/7/1/CH1069/CMS1211801668459/bgbl_15a-vereinbarung_2008.pdf.

Bundesministerium für Gesundheit. Gesundheit Österreich GmbH (Hrsg.). (2012). Prozesshandbuch. Hospiz- und Palliativeinrichtungen. Wien. Zugriff am 16. März 2013 unter http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/3/6/7/CH1071/CMS1103710970340/prozesshandbuch_hospiz- und palliativeinrichtungen_02-11-2012.pdf.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.). (2012a). Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012. Inklusiver Großgeräteplan. Gemäß Beschluss der Bundesgesundheitskommission vom 23. November 2012. Verfasst von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG). Im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur. Wien. Zugriff am 18. März unter http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/0/1/CH1071/CMS1136983382893/oesg_2012_gesamt_inkl._matrizen.pdf.

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. (2012). Pflegeleitbild der Sektion Pflege in der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. Zugriff am 14. März 2013 unter

http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Leitbild%20Sektion%20Pflege_6_07_12.pdf.

Gartner Verena/Watzke Herbert. (2006). Palliativmedizin. Grundlagen und Symptomkontrolle. In: Wiener klinische Wochenschrift. The Middle European Journal of Medicine. Education. Vol. 1, Nr. 2 (Sept. 2006). (S. 123-134). Wien: Springer.

Gesundheit Österreich GmbH – Geschäftsbereich ÖBIG (Hrsg.). (2007). Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung. Wien. Zugriff am 04. November 2012 unter

http://www.goeg.at/cxdata/media/download/hos_pal_broschuere_2007.pdf.

Glaser-Hekman Agnes. (2000). Erfahrungen aus der Hospizarbeit. In: Brosch Werner, Denk Peter (Hrsg.). Sterben als Lebensabschnitt. Ethische Fragen im Spannungsfeld zwischen Selbst- und Fremdbestimmung. Mit Beiträgen von Bulayumi Espérance-François Ngayibata, Glaser-Hekman Agnes, Kampits Peter et. al. (S. 75-84). Linz: edition pro mente 2000.

Gronemeyer Reimer/Fink Michaela/Globisch Marcel/Schuhmann Felix. Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e. V. (Hrsg.). (2004). Helfen am Ende des Lebens. Hospizarbeit und Palliative Care in Europa. Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e. V., Band VII. Wuppertal: der hospiz verlag.

Hameter Ingrid. (2011). 100 Fragen zu Palliative Care. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.

Heller Andreas. (2007). Die Einmaligkeit von Menschen verstehen und bis zuletzt bedienen. Palliative Versorgung und ihre Prinzipien. In: Heller Andreas, Heimerl Katharina, Husebø Stein (Hrsg.). Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Wie alte Menschen würdig sterben können. 3., aktualisierte und erweiterte Auflage. (S. 191-208). Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

HOSPIZ Österreich. Dachverband Hospiz Österreich (DVHÖ). Wien. Zugriff am 17. März 2013 unter <http://www.hospiz.at/>

HOSPIZ Österreich. Dachverband von Palliativ- und Hospizeinrichtungen. Ergebnisse der Datenerhebung 2005 von Hospiz Österreich. Wien. Zugriff am 09. März 2013 unter

http://www.hospiz.at/DBSQL/download/2005/Ergebnisse_Datenerhebung_2005.pdf.

HOSPIZ Österreich. Dachverband von Palliativ- und Hospizeinrichtungen. Ergebnisse der Datenerhebung 2006 von Hospiz Österreich. Wien. Zugriff am 09. März 2013 unter

http://www.hospiz.at/DBSQL/download/2006/Ergebnisse_Datenerhebung_2006.pdf.

HOSPIZ Österreich. Dachverband von Palliativ- und Hospizeinrichtungen. Ergebnisse der Datenerhebung 2007 von Hospiz Österreich. Wien. Zugriff am 09. März 2013 unter

http://www.hospiz.at/pdf_dl/Ergebnisse_Datenerhebung_2007.pdf.

Höfler Anne Elisabeth. (2001). Die Geschichte der Hospizbewegung in Österreich. Zukunft braucht Vergangenheit. Wien: Kursbuch palliative care 2. Zugriff am 06. Februar 2013 unter

http://www.aehoefler.net/broschuere_hospizgeschichte.pdf.

Husebø Stein/Klaschik Eberhard. (2006). Palliativmedizin. Grundlagen und Praxis. 4., aktualisierte Auflage. Mit Beiträgen von Clemens Katri Elina, Sandgathe-Husebø Bettina, Zernikow Boris et. al. Bearbeitet von B. Jaspers. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Igsl – Internationale Gesellschaft für Sterbebegleitung und Lebensbeistand (o.J.). In der Hand eines anderen sterben: Bitten eines Sterbenden, Bingen. Zitiert nach: Monika Specht-Tomann, Doris Tropper. (2003). In: Specht-Tomann Monika, Tropper Doris. Hilfreiche Gespräche und heilsame Berührungen im Pflegealltag. 2. Auflage. (S. 161f.). Berlin, Heidelberg, New York: Springer.

Kloke Marianne. (2009). Einführung in die Palliativmedizin. Grundlagen der Palliativmedizin. In: Kloke Marianne, Reckinger Klaus, Kloke Otto (Hrsg.). Grundwissen Palliativmedizin. Begleitbuch zum Grundkurs Palliativmedizin. Unter Mitarbeit von C. Birkholz, M. Duddek-Baier, T. Fokking et. al. (S. 2-12). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH.

Kränzle Susanne. (2011). Wenn nichts mehr zu machen ist – Der Beginn der Therapie ist der Anfang von Palliative Care. Palliative Care in der Begleitung. In: Kränzle Susanne, Schmid Ulrike, Seeger Christa (Hrsg.). Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung. 4., überarbeitete und erweiterte Auflage. Mit 34 Abbildungen. (S. 18-21). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.

LEO. Onlinewörterbuch. Zugriff am 02. Februar 2013 unter <http://dict.leo.org/#/search=care&searchLoc=0&resultOrder=basic&multiword>ShowSingle=on>.

Mayer Hanna. (2011). Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung. 3., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Unter Mitarbeit von M. Nagl-Cupal, I. Hager, V. Kleibel. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

Medizinische Universität Wien. Vorlesungsverzeichnis. Zugriff am 26. März 2013 unter

[https://campus.meduniwien.ac.at/med.campus/wbsuche.durchfuehren?pSuchTyp=3&pOrgNr=.](https://campus.meduniwien.ac.at/med.campus/wbsuche.durchfuehren?pSuchTyp=3&pOrgNr=)

Medizinische Universität Wien. (2010). Palliativmedizin – „Der Mantel der Medizin“. Zugriff am 26. März 2013 unter

[http://www.meduniwien.ac.at/homepage/news-and-topstories/de/?tx_ttnews\[tt_news\]=1280&cHash=4f13db3419.](http://www.meduniwien.ac.at/homepage/news-and-topstories/de/?tx_ttnews[tt_news]=1280&cHash=4f13db3419)

Nagele Susanne/Feichtner Angelika. (2012). Lehrbuch der Palliativpflege. 3., überarbeitete Auflage. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

Nemeth Claudia/Rottenhofer Ingrid. (2004). Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG). Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen. Wien. Zugriff am 20. November 2012 unter

[http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/3/6/7/CH1071/CMS1103710970340/bericht_abgestufte_hospiz- und_palliativversorgung.pdf.](http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/3/6/7/CH1071/CMS1103710970340/bericht_abgestufte_hospiz- und_palliativversorgung.pdf)

Nemeth Claudia/Rottenhofer Ingrid/Schleicher Barbara. (2006). Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG). Arbeitsgruppe Hospiz- und Palliativversorgung. Bericht. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen. Wien. Zugriff am 24. März 2013 unter

[http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXIII/III/III_00157/imfname_113114.pdf.](http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXIII/III/III_00157/imfname_113114.pdf)

Nemeth Claudia. (2009). Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich. In: Werni-Kourik Michaela, Likar Rudolf, Strohscheer Imke, Zdrahal Franz, Bernatzky Günther (Hrsg.). Palliativmedizin – Lehrbuch für Ärzte, Psychosoziale Berufe und Pflegepersonen. 1. Auflage (S. 27-29). Bremen: UNI-MED Verlag AG.

Österreichische Palliativgesellschaft (OPG). Wien. Zugriff am 17. März 2013 unter <http://www.palliativ.at/>, <http://www.palliativ.at/die-opg/aufgaben-und-ziele.html>, <http://www.palliativ.at/die-opg/vorstand.html>.

Palliativstation der Universitätsklinik für Innere Medizin I, Medizinische Universität/AKH Wien (Hrsg.). Palliativbetreuung – was bedeutet das für mich? Für den Inhalt verantwortlich: Univ. Prof. Dr. Herbert Watzke. Unter Mitarbeit von A. Huber, A. Hähn-Danksagmüller, R. Jank et. al. Wien. Zugriff am 19. März 2013 unter <http://www.meduniwien.ac.at/innere-med-1/palliativstation/images/broschuere.pdf>.

Pelttari-Stachl Leena/Zottele Peter. Datenerhebung 2008 von Hospiz Österreich. Wien. Zugriff am 09. März 2013 unter http://www.hospiz.at/pdf_dl/Ergebnisse_Datenerhebung_2008.pdf.

Pelttari-Stachl Leena/Zottele Peter/Pissarek Anna H. Datenerhebung 2009. Hospiz Österreich. Wien. Zugriff am 09. März 2013 unter http://www.hospiz.at/pdf_dl/Ergebnisse_Datenerhebung_2009.pdf.

Pelttari Leena/Pissarek Anna H./Zottele Peter. Datenerhebung 2010. Hospiz Österreich. Wien. Zugriff am 09. März 2013 unter http://www.hospiz.at/pdf_dl/Ergebnisse_Datenerhebung_2010.pdf.

Pelttari Leena/Pissarek Anna H./Zottele Peter. Datenerhebung 2011. Hospiz Österreich. Wien. Zugriff am 09. März 2013 unter http://www.hospiz.at/pdf_dl/Ergebnisse_Datenerhebung_2011.pdf.

Pleschberger Sabine/Heimerl Katharina (2005). Palliativpflege lehren und lernen. Die Pflege schwer kranker und sterbender Menschen im Kontext der Pflegeausbildungen. In: Pleschberger Sabine, Heimerl Katharina, Wild Monika (Hrsg.). Palliativpflege. Grundlagen für Praxis und Unterricht. 2., aktualisierte Auflage (S. 15-29). Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

Pribil Ulrike. (2005). Die letzten Stunden – sterbende Menschen begleiten und pflegen. In: Pleschberger Sabine, Heimerl Katharina, Wild Monika (Hrsg.). Palliativpflege. Grundlagen für Praxis und Unterricht. 2., aktualisierte Auflage (S. 189-200). Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

PONS. Globalwörterbuch. Schulausgabe Englisch-Deutsch. (1995). 1. Auflage. Bearbeitet von: J. Flechsenhar, V. Schnorr et. al. Wien: ÖBV Pädagogischer Verlag.

Pschyrembel. Klinisches Wörterbuch 2011. (2010). 262., neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Berlin, New York: Walter de Gruyter GmbH & Co. KG.

Religious Sisters of Charity Ireland. Zugriff am 09. März 2013 unter <http://religioussistersofcharity.ie/>, <http://religioussistersofcharity.ie/about-us/who-we-are/>, <http://religioussistersofcharity.ie/about-us/history/>.

Schulte Ottilie. (2006). Herausforderungen an die palliative Pflege. In: Koch Uwe, Lang Klaus, Mehnert Anja, Schmeling-Kludas Christoph (Hrsg.). Die Begleitung schwer kranker und sterbender Menschen. Grundlagen und Anwendungshilfen für Berufsgruppen in der Palliativversorgung. Mit Beiträgen von L. Baider, F. Balck, H. Berth et. al. Mit 4 Abbildungen und 35 Tabellen. (S. 123-133). Stuttgart: Schattauer GmbH.

Simon-Jödicke Angela. (2011). Palliativpflege. In: Menche Nicole (Hrsg.). Pflege Heute. Lehrbuch für Pflegeberufe. 5., vollständig überarbeitete Auflage. Mit Textbeiträgen von M. Asmussen-Clausen, I. Brandt, A. Bürger-Mildenberger et. al. (S. 237-264). München: Elsevier Urban & Fischer.

Steffen-Bürgi Barbara. (2007). Reflexionen zu ausgewählten Definitionen der Palliative Care. In: Knipping Cornelia (Hrsg.). Lehrbuch der Palliative Care. 2., durchgesehene und korrigierte Auflage. Unter Mitarbeit von A. Abt-Zegelin, Sr. M. Benedicta Arndt, D. Baer et. al. Mit einem Geleitwort von Reimer Gronemeyer. (S. 30-38). Bern: Verlag Hans Huber, Programmbereich Pflege.

Stowasser J. M./Petschenig M./Skutsch F. (1987). Der kleine Stowasser. Lateinisch-Deutsches Schulwörterbuch. 2., unveränderte Auflage. Bearbeitet und erweitert von R. Pichl, H. Reitterer, E. Sattmann et. al. Gesamtedaktion: H. Reitterer und W. Winkler. Wien: Verlag Hölder-Pichler-Tempsky.

Student Johann-Christoph/Napiwotzky Annedore. (2011). Palliative Care. Wahrnehmen – verstehen – schützen. Mit einem Geleitwort von Liliane Juchli. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.

Watzke Herbert. (2009). Symptomkontrolle. Best Supportive Care und Palliative Care. In: Werni-Kourik Michaela, Likar Rudolf, Strohscheer Imke, Zdrahal Franz, Bernatzky Günther (Hrsg.). Palliativmedizin – Lehrbuch für Ärzte, Psychosoziale Berufe und Pflegepersonen. 1. Auflage (S. 91-92). Bremen: UNI-MED Verlag AG.

Watzke Herbert. (2012). Vorwort. In: Bundesministerium für Gesundheit. Gesundheit Österreich GmbH (Hrsg.). (2012). Prozesshandbuch. Hospiz- und Palliativeinrichtungen. Wien. Zugriff am 16. März 2013 unter http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/3/6/7/CH1071/CMS1103710970340/prozesshandbuch_hospiz- und_palliativeinrichtungen_02-11-2012.pdf.

Werni-Kourik Michaela. (2009). Einführung und Allgemeines. Grundsätze der Palliativmedizin. In: Werni-Kourik Michaela, Likar Rudolf, Strohscheer Imke, Zdrahal Franz, Bernatzky Günther (Hrsg.). Palliativmedizin – Lehrbuch für Ärzte, Psychosoziale Berufe und Pflegepersonen. 1. Auflage (S. 24-25). Bremen: UNI-MED Verlag AG.

Wied Susanne/Warmbrunn Angelika (Hrsg.). (2012). Pschyrembel. Pflege. 3., überarbeitete Auflage. Berlin, Boston: Walter de Gruyter GmbH & Co. KG.

Wiener Krankenanstaltenverbund. (2012). Zugriff am 26. März 2013 unter <https://www.wienkav.at/kav/ZeigeAktuell.asp?id=19785>.

WHO – World Health Organization. Definition of Palliative Care. Zugriff am 02. Februar 2013 unter <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.

7. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: vorausberechnete Bevölkerungsstruktur für Österreich 2011-2075.....	29
Abbildung 2: Bausteine der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung	36
Abbildung 3: Strukturqualitätskriterien einer Palliativstation	38
Abbildung 4: Prozessbeschreibung bei der Aufnahme auf eine Palliativstation.....	40
Abbildung 5: Prozessbeschreibung während des Aufenthalts auf einer Palliativstation	41
Abbildung 6: Prozessbeschreibung bei der Entlassung von einer Palliativstation	42
Abbildung 7: Anzahl der Hospiz- und Palliativeinrichtungen 2005	43
Abbildung 8: Anzahl der betreuten Personen im Jahr 2005	44
Abbildung 9: Anzahl der Patientenbetten im Jahr 2005	45
Abbildung 10: Anzahl der Palliativstationen in Österreich 2005	45
Abbildung 11: Anzahl der Palliativstationen in Österreich 2006	46
Abbildung 12: Anzahl der Patientenbetten im Jahr 2006	47
Abbildung 13: Anzahl der Palliativstationen in Österreich 2007	48
Abbildung 14: Anzahl der Patientenbetten im Jahr 2008	49
Abbildung 15: Anzahl der betreuten Personen im Jahr 2008	50
Abbildung 16: Anzahl der Palliativstationen in Österreich 2009	51
Abbildung 17: Anzahl der Patientenbetten im Jahr 2009	51
Abbildung 18: Anzahl der Patientenbetten 2010	52
Abbildung 19: Anzahl der Patientenbetten 2010.....	53
Abbildung 20: Anzahl der Palliativstationen in Österreich 2011	54
Abbildung 21: Bettenanzahl im Hospiz- und Palliativbereich in Österreich 2011.....	55
Abbildung 22: Anzahl der betreuten Personen im Jahr 2011	55
Abbildung 23: hauptamtliche Mitarbeiter im Jahr 2011	56
Abbildung 24: prozentuelle Aufteilung der hauptamtlichen Mitarbeiter nach Berufsgruppen 2011	57

Abbildung 25: Durchschnittsalter der Patienten auf Palliativstationen 2010-2011 (eigene Darstellung).....	57
Abbildung 26: Geschlechterverteilung der Patienten auf Palliativstationen 2010-2011 (eigene Darstellung).....	58
Abbildung 27: Geschlechterverteilung der Patienten im Jahr 2011	59
Abbildung 28: Entwicklung der Palliativstationen von 2005 bis 2011 (eigene Darstellung).....	59
Abbildung 29: In Österreich vorhandene Palliativstationen inkl. Neueröffnungen, im Vergleichszeitraum 2005-2011 (eigene Darstellung).....	60
Abbildung 30: Entwicklung der Patientenzahlen auf Palliativstationen von 2005 bis 2011 (eigene Darstellung)	61
Abbildung 31: Hospiz- und Palliativeinrichtungen in Österreich 2011	61
Abbildung 32: Patientenrelevante Unterschiede: Palliativstation versus stationäres Hospiz	64
Abbildung 33: Finanzierungssituation der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung.....	65
Abbildung 34: Ausbildungsstufen – Universitätslehrgang „Palliative Care“	68
Abbildung 35: Bundesland der Einrichtung	73
Abbildung 36: Ausbildung für Palliativpflege	74
Abbildung 37: Regelmäßige Fortbildung	75
Abbildung 38: Fortbildung – Wo?	76
Abbildung 39: Fortbildung – Welche?.....	77
Abbildung 40: Verwendung von Fachliteratur	78
Abbildung 41: Fachliteratur – Welche?.....	79
Abbildung 42: Fachliteratur – Wie viele Artikel?	80
Abbildung 43: Empathisches Verhalten.....	80
Abbildung 44: Einfühlungsvermögen	81
Abbildung 45: Rücksicht auf Patientenwünsche	81
Abbildung 46: Zeitaufwand für pflegerische Tätigkeiten	82
Abbildung 47: Patientenwünsche	84

Abbildung 48: Häufigkeit der Verweigerung von Pflegemaßnahmen durch Patienten	85
Abbildung 49: Art der von den Patienten verweigten Pflegemaßnahmen.....	86
Abbildung 50: Gründe für die Verweigerung von Pflegemaßnahmen durch Patienten	87
Abbildung 51: Hat ein Patient das Recht, die Ernährung zu verweigern.....	88
Abbildung 52: Verpflichtung, eine künstliche Ernährung einzuleiten?	88
Abbildung 53: Aufgaben einer Palliativstation	89
Abbildung 54: Wird von Ihnen der Wunsch eines Patienten, keine Nahrung mehr zu sich zu nehmen, erfüllt?	90
Abbildung 55: Wird von Ihnen der Wunsch eines Patienten, keine Getränke mehr zu sich zu nehmen, erfüllt?	90
Abbildung 56: Hat die Erhöhung der Lebensqualität, höchste Priorität?	91
Abbildung 57: Information des Patienten über Symptomkontrollen, wesentlich?.....	91
Abbildung 58: Darf die Pflegeperson auf pflegerische Interventionen verzichten? ...	92
Abbildung 59: Gibt es Zeitpunkte im Krankheitsverlauf eines Palliativpatienten, ab denen generell auf pflegerische Interventionen verzichtet wird?	93
Abbildung 60: Auf welche Interventionen wird verzichtet?	94
Abbildung 61: Ab welchem Zeitpunkt wird auf bestimmte Interventionen verzichtet?	95
Abbildung 62: War „Verzicht auf pflegerische Maßnahmen“ Thema in der Ausbildung?	96
Abbildung 63: Gibt es Anweisungen zu „Verzicht auf pflegerische Maßnahmen“ während der Ausbildung?	96
Abbildung 64: Anweisungen zu „Verzicht auf pflegerische Maßnahmen“ während der Ausbildung, wären wichtig?	97

8. Anhang

Der Fragebogen zum Thema „Pflege von Sterbenden“

ABSCHNITT A: „Allgemeine Fragen“

Fragen zu Ihrer Person:	
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>
männlich	
Alter in Jahren:	_____
Höchstabgeschlossene schulische Ausbildung:	
<input type="checkbox"/> Pflichtschule	<input type="checkbox"/> Matura
<input type="checkbox"/> Universität	<input type="checkbox"/> FH
(Studium:.....)	(Studium:.....)

In welchem Jahr fand Ihre Diplomierung statt?

Seit wie vielen Jahren arbeiten Sie auf einer Palliativstation?

In welchem Bundesland befindet sich Ihre Einrichtung?

Haben Sie eine spezielle Ausbildung für Palliativpflege absolviert?

ja

nein

Wenn ja, welche? (mehrere Antworten möglich)	
<input type="checkbox"/> Universitätslehrgang - Palliative Care	Stufe.....
<input type="checkbox"/> Basislehrgang Palliativpflege	
<input type="checkbox"/> Interdisziplinärer Palliativ-Basislehrgang	
<input type="checkbox"/> Interprofessioneller Palliativlehrgang	
<input type="checkbox"/> Lehrgang Hospizorientierte Lebens-, Sterbe- und Trauerbegleitung und Palliative Care	
<input type="checkbox"/> sonstige:.....	

Besuchen Sie regelmäßig Fortbildungsangebote?

- ja eher ja eher nein nein

Wenn ja, wo? (mehrere Antworten möglich)

- Kardinal König Akademie
 Internationale Gesellschaft für Sterbebegleitung und Lebensbeistand Hospizinitiative
 Pflegeakademie Barmherzige Brüder Österreich
 Caritas Bildungszentrum
 VHS Bildungszentrum für Gesundheit und Pflege
 sonstige:.....

Wenn ja, welche? (mehrere Antwortmöglichkeiten)

- Weiterbildung nach § 64 GuKG „Palliativpflege“
 Die Aromatherapie in der Palliativ- und Altenpflege
 Spezialisierte Palliativpflege - Wundpflege in Palliative Care
 sonstige:.....

Informieren Sie sich in Fachliteratur über neue wissenschaftliche Erkenntnisse?

- ja eher ja eher nein nein

Wenn ja, in welcher?

Wie viele Artikel lesen Sie pro Monat?

- 0-1
 2-5
 5-8
 8-10
 mehr

Wie viele Patientenbetten stehen auf Ihrer Palliativstation zur Verfügung?

Wie viele Pflegepersonen sind insgesamt auf Ihrer Station tätig?

Personalstand gesamt: _____

tagsüber im Dienst: _____

nachts im Dienst: _____

Wie viele Patienten betreuen Sie durchschnittlich pro Dienst?

Tagdienst: _____

Nachtdienst: _____

Für welche pflegerischen Tätigkeiten benötigen Sie durchschnittlich die meiste Zeit? (Reihen Sie bitte die angeführten Beispiele von 10 = benötigt die meiste Zeit bis 1 = benötigt die wenigste Zeit.)

___ Pflegeplanung

___ Gespräche mit dem Patient

___ Essen/Getränke verabreichen

___ Körperpflege

___ Mobilisation

___ Lagerungen

___ Angehörigenbetreuung

___ Wundversorgung (Dekubitus)

___ Pflegedokumentation

___ Pflegeevaluation

Ist die Pflegeplanung bzw. die Erstellung der Pflegediagnosen auf Ihrer Station

ressourcenorientiert

oder

problemorientiert?

Wie wichtig ist es Ihnen, auf individuelle Wünsche Ihrer Patienten einzugehen?

sehr wichtig

wichtig

fast unwichtig

ganz unwichtig

Haben Sie genügend Zeit, auf individuelle Wünsche Ihrer Patienten einzugehen?

ja

eher ja

eher nein

nein

Welche Wünsche werden von den Patienten am häufigsten genannt? Wünsche bezüglich (Mehrfachnennungen möglich):

- Körperpflege (Vollbad, duschen, Körperpflege im Bett, Körperpflege beim Waschbecken)
- Lagerungen
- Gespräche
- Medikamente (z.B. Analgetika)
- der Möglichkeit, durch eine andere Pflegeperson betreut zu werden
- spezieller Zimmereinrichtung, Zimmerausstattung
- spezieller Getränke
- Tagesablauf (später schlafen, später frühstücken)
- Ausflüge oder Aktivitäten außerhalb der Station
- bestimmter Nahrung bzw. Essenswünsche
- Mobilisation aus dem Bett
- der Möglichkeit zu rauchen
- Sterbebegleitung
- "in Ruhe gelassen zu werden" (Pat. wünscht momentan keine Betreuung)
- andere:.....

ABSCHNITT B: „Verweigerung von Pflegemaßnahmen durch Patienten“

Wie oft kommt es vor, dass Patienten Pflegemaßnahmen verweigern?

- häufig eher häufig eher selten nie weiß nicht

Welche Maßnahmen oder Angebote sind das? (Mehrfachnennungen möglich)

- Körperpflege (Vollbad, duschen, Körperpflege im Bett, Körperpflege beim Waschbecken)
- Lagerungen
- Gespräche
- Medikamente (z.B. Analgetika)
- der Möglichkeit, durch eine andere Pflegeperson betreut zu werden
- spezieller Zimmereinrichtung, Zimmerausstattung
- spezieller Getränke
- Tagesablauf (später schlafen, später frühstücken)
- Ausflüge oder Aktivitäten außerhalb der Station
- bestimmter Nahrung bzw. Essenswünsche
- Mobilisation aus dem Bett
- der Möglichkeit zu rauchen
- Sterbebegleitung
- "in Ruhe gelassen zu werden" (Pat. wünscht momentan keine Betreuung)
- andere:.....

Sind Sie der Meinung, dass Patienten das Recht haben, Pflegemaßnahmen zu verweigern?

- ja eher ja eher nein nein weiß nicht

Welche Gründe glauben Sie führen dazu, dass Patienten Pflegemaßnahmen verweigern?
(Mehrfachnennungen möglich)

- Verwirrtheit bedingt durch schlechte oder falsche Medikamentendosierung
- Wollen nicht zur Last fallen
- Zum Zeitpunkt der geplanten Durchführung keine Lust gepflegt zu werden
- Kein Lebenswillen mehr – Patient hat sich „aufgegeben“
- Verwirrtheit bedingt durch Krankheit bzw. schlechten Allgemeinzustand
- Weiß ich nicht
- Sonstiges:.....

Gibt es auf Ihrer Station eine standardisierte Vorgehensweise wie gehandelt werden soll,
wenn ein Patient Pflegemaßnahmen verweigert?

- ja
- nein
- weiß nicht

Wenn ja:

- Halten Sie diese in der Praxis für ausreichend?
 - ja
 - eher ja
 - eher nein
 - nein
 - weiß nicht
- Wie häufig werden diese von Ihnen in der täglichen Routine eingesetzt?
 - häufig
 - eher häufig
 - selten
 - nie
 - weiß nicht

Stellen Sie sich bitte folgende Situation vor und beantworten Sie bitte im Anschluss die
folgenden Fragen:

...ein Palliativpatient auf Ihrer Station verweigert die Nahrungsaufnahme...

- Ab wann definieren Sie auf Ihrer Station die Ablehnung von Nahrung als
Nahrungsverweigerung? (in Tagen)
nach _____
- Hat der Patient das Recht, die Ernährung zu verweigern?
 - ja
 - nein
 - weiß nicht
- Besteht die Verpflichtung, bei Ablehnung der Nahrungsaufnahme durch den
Patienten, eine künstliche Ernährung einzuleiten?
 - ja
 - nein
 - weiß nicht
- Hat der Patient das Recht, die künstliche Ernährung abzulehnen?
 - ja
 - nein
 - weiß nicht

Empathisches Verhalten ist für mich:

- sehr wichtig
- wichtig
- teilweise wichtig
- fast unwichtig
- ganz unwichtig

Auf einer Palliativstation sollte in erster Linie (wählen Sie bitte, die für Sie 3 wichtigsten Antworten aus)

- die Lebensqualität der Patienten verbessert werden
- ein würdevolles Sterben ermöglicht werden
- auf individuelle Wünsche der Patienten eingegangen werden
- die Autonomie des Patienten im Vordergrund stehen
- der Tod als Teil des Lebens betrachtet werden
- nach den Wünschen der Patienten gehandelt werden
- das Recht auf Selbstbestimmung der Patienten im Vordergrund stehen

Würden Sie sich als Person mit hohem Einfühlungsvermögen einschätzen?

- ja eher ja eher nein nein weiß nicht

Nehmen Sie Rücksicht auf Patientenwünsche?

- ja eher ja eher nein nein weiß nicht

Hat ein Patient das Recht, über seine **Pflege** selbst zu entscheiden?

- ja nein weiß nicht

Hat ein Patient das Recht, über seine **medizinische Behandlung** selbst zu entscheiden?

- ja nein weiß nicht

Sollte jeder Patient die Möglichkeit haben, über seine **medizinische Behandlung** selbst zu bestimmen?

- ja eher ja eher nein nein weiß nicht

Sollte jeder Patient die Möglichkeit haben, über die **Pflegemaßnahmen** selbst zu bestimmen?

- ja eher ja eher nein nein weiß nicht

Wird von Ihnen der Wunsch eines Patienten, keine Nahrung mehr zu sich nehmen zu wollen, erfüllt?

- ja eher ja eher nein nein weiß nicht

Wird von Ihnen der Wunsch eines Patienten, keine Getränke mehr zu sich nehmen zu wollen, erfüllt?

- ja eher ja eher nein nein weiß nicht

Sind Sie der Meinung, dass die Erhöhung der Lebensqualität (z.B. durch Schmerzlinderung) die höchste Priorität hat?

- ja eher ja eher nein nein weiß nicht

Wird, falls schwerkranke und sterbende Patienten den Wunsch äußern, Angehörige Tag und Nacht bei sich haben zu wollen, die Möglichkeit geschaffen?

- ja eher ja eher nein nein weiß nicht

Ist es Ihrer Meinung wesentlich, dass Patienten über die Möglichkeiten zur Symptomkontrolle (Schmerzen, Übelkeit, Atembeschwerden, Verdauungsprobleme, etc.) informiert werden?

- ja eher ja eher nein nein weiß nicht

ABSCHNITT C: „Verzicht auf pflegerische Maßnahmen“

Darf die Pflegeperson auf pflegerische Interventionen verzichten?

- ja eher ja eher nein nein weiß nicht

Gibt es Zeitpunkte im Krankheitsverlauf eines Palliativpatienten, ab denen generell auf pflegerische Interventionen verzichtet wird?

- ja eher ja eher nein nein weiß nicht

Wenn ja, welche Interventionen bzw. Zeitpunkte sind das genau?	
Welche Interventionen:	Zu welchem Zeitpunkt:
.....
.....
.....
.....
.....

Sind Ihnen standardisierte Anweisungen bekannt, welche den Verzicht regeln?

- ja nein weiß nicht

Sind in Ihrem stationären Bereich dazu schriftliche Anweisungen vorhanden?

- ja nein weiß nicht

Falls nein, würden Sie solche schriftlichen Anweisungen haben wollen?

- ja eher ja eher nein nein weiß nicht

Wurde in der Pflegeausbildung dieses Thema („Verzicht auf pflegerische Maßnahmen“) besprochen?

- ja eher ja eher nein nein weiß nicht

Gibt es für das Vorgehen „Verzicht auf Pflegemaßnahmen“ Anweisungen, welche während der Ausbildung besprochen werden?

- ja eher ja eher nein nein weiß nicht

Falls nein, wäre das Ihrer Meinung nach wichtig?

- ja eher ja eher nein nein weiß nicht

Stellen Sie sich bitte folgende Situation vor: Einer Ihrer Patienten äußert den Wunsch, dass er die alltäglichen Pflegemaßnahmen nicht mehr über sich ergehen lassen wolle. Der Patient lehnt es unter anderem ab, alle 2 Stunden umgelagert zu werden, weil er seine Ruhe haben und schlafen möchte. Wie gehen Sie in dieser Situation vor?

- Ich versuche den Patienten durch weitere Gespräche von der Notwendigkeit dieser Pflegemaßnahmen zu überzeugen.
- Ich verrichte meine Arbeit laut der vorhandenen Pflegeplanung und erkläre dem Patienten, dass ich diese Maßnahmen durchführen muss.
- Ich spreche mit dem Patient über die Bedeutung seiner Wünsche. Falls ich durch dieses Gespräch den Eindruck erhalte, dass sich der Patient darüber bewusst ist, welche Folgen seine Wünsche mit sich bringen, akzeptiere ich diese.

Weitere Gedanken und Vorgehensweisen in dieser Situation:

Sonstige Gedanken oder Meinungen, welche Sie generell zu diesem im Fragebogen bearbeitetem Thema, anmerken möchten:

Lebenslauf

DAVID BRAMERDORFER

Geburtsdatum	Geburtsort	Nationalität
06.04.1980	Vöcklabruck, Österreich	Österreich

AUSBILDUNG

Seit März 2011	Wien	Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe, Otto Wagner-Spital <ul style="list-style-type: none">• Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege
Seit März 2005	Wien	Universität Wien <ul style="list-style-type: none">• IDS Pflegewissenschaften
Okt. 2000 – März 2005	Wien	Medizinische Universität Wien <ul style="list-style-type: none">• Humanmedizin, Zahnmedizin (beides nicht abgeschlossen)
Sept. 1994 – Juni 1999	Neumarkt am Wallersee	Bundeshandelsakademie
Sept. 1990 – Juli 1994	Frankenmarkt	Hauptschule
Sept. 1986 – Juli 1990	Pöndorf	Volksschule

SONSTIGE AUSBILDUNG

Sept. 1996 – Dez. 1996	Vöcklabruck	Österreichisches Rotes Kreuz – Landesverband Oberösterreich <ul style="list-style-type: none">• Sanitätshelfer
------------------------	-------------	---

PRAKTISCHE ERFAHRUNG

01.07.2010 – 30.09.2010	Wien	Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe, Otto Wagner Spital und Pflegezentrum 2. Geriatrische Abteilung, Pav. 9/3 <ul style="list-style-type: none">• Ferialpraktikum
15.07.2009 – 14.09.2009	Wien	Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe, Otto Wagner Spital und Pflegezentrum 2. Geriatrische Abteilung, Pav. 9/3 <ul style="list-style-type: none">• Ferialpraktikum
Seit Sept. 1996	Frankenmarkt	Österreichisches Rotes Kreuz – Landesverband Oberösterreich – Ortsstelle Frankenmarkt <ul style="list-style-type: none">• ehrenamtlicher Sanitäter

SPRACHKENNTNISSE

Deutsch (Muttersprache), **Englisch** (sicher in Wort und Schrift), **Spanisch** (Grundkenntnisse), **Französisch** (Grundkenntnisse)

INTERESSEN

Rotes Kreuz, Pferdesport, Reisen