tirol institut für qualität
im gesundheitswesen

Evaluationsbericht

Evaluierung der integrierten Palliativbetreuung (IPB) im Rahmen der Hospiz- und Palliativversorgung Tirol

Autorinnen:
Eva Maria Jabinger, MBA MSc MSc BSc
Mag. Daliborka Milićević-Avramović, BSc
Dr. Mag. Christine Rungg
Simone Vitzthum, MA, MSc

Stand: Jänner 2022

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis 4
1. Hintergrund und Ziele des Projektes 6
2. Fragestellung 7
3. Methodik 8
3.1. Fragebogenuntersuchung der Stakeholder 8
3.1.1. Design 8
3.1.2. Datenerhebung 9
3.1.3. Datenauswertung 9
3.2. Leitfadeninterviews mit Stakeholdern 9
3.2.1. Design 9
3.2.2. Datenerhebung 10
3.2.3. Datenauswertung 11
3.3. Interviews mit ehemals pflegenden Angehörigen 12
3.3.1. Design 12
3.3.2. Datenerhebung 12
3.3.3. Datenauswertung 13
4. Ergebnisse 14
4.1. Zusammenfassung der Ergebnisse 14
4.2. Soziodemographische Daten 20
4.2.1. Fragebogenuntersuchung der Stakeholder 20
4.2.2. Leitfadeninterviews mit Stakeholdern 25
4.2.3. Interviews mit ehemals pflegenden Angehörigen 26
4.3. Detailergebnisse Fragebogenuntersuchung der Stakeholder 27
4.4. Detailergebnisse Leitfadeninterviews mit Stakeholdern 42
4.5. Limitationen 100
Literaturverzeichnis 102

Abbildungsverzeichnis 104

Tabellenverzeichnis 105

Anhang i

A. Fragebogen i

B. Interviewleitfaden Stakeholder xx

C. Interviewleitfaden pflegende Angehörige xxiii

D. Kategoriensystem Interviews Stakeholder xxvi

E. Vollständige Auswertung Fragbogenerhebung xxxi

Abkürzungsverzeichnis

DGKS/DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger*in
HaHo	Hospice assist at home
HÄ	Hausärzt*innen
IPB	Integrierte Palliativbetreuung
MPT	Mobile Palliativteams
PA	Pflegeassistent*innen
PFA	Pflegfachassistent*innen
PDL	Pflegedienstleitung
SGS	Sozial- und Gesundheitssprengel
THG	Tiroler Hospiz-Gemeinschaft
VAGET	Verbund Außerstationärer Gerontopsychiatrischer Einrichtungen Tirols
WHO	World Health Organization

Zusammenfassung

Nahezu 80 % der Menschen wünschen sich als Sterbeort das eigene Zuhause (siehe u.a. Klie 2016; Graaf et al. 2016). Die Realität zeigt jedoch, dass ein Großteil der Menschen in der westlichen Welt in Institutionen wie Krankenhäusern und Alten- oder Pflegeheimen versterben (Radbruch und Payne 2011). Das Modell der Integrierten Palliativbetreuung Tirol (in Folge kurz IPB) setzt genau hier an und möchte auch Menschen mit schwerwiegenden Erkrankungen im fortgeschrittenen Stadium das Sterben zu Hause ermöglichen.

Im vorliegenden Evaluationsbericht wird versucht, die Fragestellungen zu beantworten, ob die gewünschten Ergebnisse und Wirkungen der IPB aus Sicht der Stakeholder erreicht werden können und wie die strukturellen und organisatorischen Gegebenheiten der IPB, insbesondere die Koordination, Vernetzung, Kommunikation und Zusammenarbeit, von den Stakeholdern eingeschätzt und wahrgenommen werden.

Methodisch wurden für die Evaluierung sowohl quantitative als auch qualitative Verfahren der Datenerhebung herangezogen. Das Modell der IPB wurde zweistufig anhand einer Fragebogenerhebung und anschließenden, vertiefenden Leitfadeninterviews mit den Stakeholdern evaluiert. Zusätzlich flossen die Ergebnisse der Studie zur Perspektive der pflegenden Angehörigen auf die IPB aus dem Jahr 2019 in die Evaluierung mit ein.

Die Ergebnisse der angewandten Methoden zeigen, dass das Versorgungsmodell der IPB von den Stakeholdern sehr gut angenommen und ihm eine Schlüsselrolle für das Sterben zuhause zugeschrieben wird. Jedoch konnten auch einige Empfehlungen in Hinblick auf einen Informationsbedarf, einer Erweiterung der IPB auf unterschiedlichen Ebenen (bspw. Berufsgruppen, Verordnungsakteur*innen, Dauer) sowie in Bezug auf den Betreuungsstart der IPB abgeleitet werden.

In Summe wurde versucht die IPB möglichst genau und umfassend zu evaluieren. Von einem Ranking der erhobenen Optimierungspotentiale und einer Interpretation der Ergebnisse wurde seitens des Projektteams aber Abstand genommen.

1. Hintergrund und Ziele des Projektes

Im Rahmen des „Versorgungsprogramms Hospiz- und Palliativversorgung Tirol“ stellt die Integrierte Palliativbetreuung daheim und im Pflegeheim einen eigenständigen Teil dar, um Menschen mit komplexem palliativen Betreuungsbedarf das Sterben zu Hause zu ermöglichen.

Seit 2019 besteht flächendeckend in allen Bezirken in Tirol die Möglichkeit das Angebot der IPB zu nutzen. Vertragsärzt*innen, Ärzt*innen für Allgemeinmedizin und Ärzt*innen für Kinder- und Jugendheilkunde können die IPB für einen Zeitraum von 28 Tagen bei Vorliegen bestimmter Kriterien (fortschreitende Erkrankung im fortgeschrittenen Stadium mit komplexem Symptomgeschehen) verordnen. Im Wesentlichen besteht die IPB aus der Erstellung eines ganzheitlichen Betreuungs- und Behandlungskonzeptes und der Koordination der Patient*innenbetreuung durch die niedergelassenen Ärzt*innen sowie der Hauskrankenpflege durch mobile Pflege- und Betreuungsorganisationen. Entwickelt wurde die IPB von den Tiroler Krankenversicherungsträgern, dem Tiroler Gesundheitsfonds und dem Land Tirol unter Mitwirkung der Tiroler Hospiz-Gemeinschaft (Tiroler Gesundheitsfond 2020).

Im Zuge vorangegangener Projekte wurden bereits die Modellregionen Osttirol und Reutte 2013 durch die Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik GmbH (UMIT TIROL), die Chancen und Grenzen der IPB mittels eines Evaluations-Workshops 2016 sowie das Erleben während der Betreuung im Rahmen der IPB mittels einer Angehörigenbefragung 2019 durch Frau Dr. Mag. Christine Rungg im Rahmen einer Dissertation (abzurufen unter https://netlibrary.aau.at/obvuklhs/content/titleinfo/6183005/full.pdf) erhoben und evaluiert.

In den Jahren 2014 bis 2019 fand der flächendeckende Ausbau der Versorgung aller Tiroler Bezirke mit Mobilen Palliativteams statt. Parallel zu diesem Ausbau wurde im jeweiligen Bezirk auch die IPB eingeführt. Im September 2019 wurde in den letzten beiden Bezirken, Landeck und Imst, die IPB eingeführt. Nach Vorliegen von Daten eines gesamten Jahres (von November 2019 bis Oktober 2020 flächendeckend ausgerollt) wurde nun eine Evaluierung der IPB durch das Tirol Institut für Qualität im Gesundheitswesen (TiQG) der fh gesundheit durchgeführt. Vorrangiges Ziel der Evaluierung zur Sicherstellung der Qualität, war die Erhebung und Bewertung des strukturellen Aufbaus, der organisatorischen Umsetzung der IPB und damit verbunden das Aufzeigen von Optimierungspotentialen. Zusätzlich flossen auch die Ergebnisse der Angehörigenbefragung aus dem Jahr 2019 in die Evaluierung mit ein.

Zu den Zielen des Projektes gehörten:

- Ist-Stand-Erhebung und Analyse der strukturellen und organisatorischen Gegebenheiten der IPB,
- Ist-Stand-Erhebung und Analyse der Einschätzung und Wahrnehmung der Kommunikation, Zusammenarbeit und Koordination aus Sicht der Stakeholder,
- Identifizierung von Verbesserungs- und Weiterentwicklungspotential in Bezug auf die Koordination, Vernetzung und Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Stakeholdern.

Es wird hervorgehoben, dass der Fokus des Projektes nicht auf dem durch die IPB resultierenden subjektiven Auswirkungen, Wahrnehmungen oder subjektiven Erleben der Betroffenen und deren An- und Zugehörigen lag. Stattdessen standen bei der aktuellen Evaluierung die Erhebung und Bewertung struktureller und organisatorischer Aspekte, wie die Koordination und Vernetzung der beteiligten Stakeholder, im Mittelpunkt.

2. Fragestellung

Abgeleitet von den Projektzielen und basierend auf dem Hintergrund des Projektes waren folgende Fragen zentral für die Evaluierung:

- Wie ist der derzeitige Stand von strukturellen und organisatorischen Gegebenheiten der IPB? Inwiefern ist die IPB zielführend aufgebaut und organisiert?
- Wie gestalten sich die Koordination, Vernetzung, Kommunikation und Zusammenarbeit im Rahmen von IPB bzw. wie werden diese von den Stakeholdern eingeschätzt und wahrgenommen? Werden die gewünschten Ergebnisse und Wirkungen der IPB aus Sicht der Stakeholder erzielt?
- Welche Maßnahmen zur Optimierung werden aufgrund der Ergebnisse für die IPB empfohlen?

Um diese Fragen beantworten zu können, wurde ein Methodenmix gewählt, der im folgenden Kapitel näher beschrieben wird. Dabei wurde die IPB zweistufig anhand einer Befragung mittels Fragebogen sowie anhand von leitfadengestützten Interviews evaluiert.

3. Methodik

Die Evaluierung der IPB besteht aus einem Methodenmix, der sowohl quantitative als auch qualitative Verfahren zur Datenerhebung heranzieht, um eine möglichst detaillierte aber auch breite Perspektive sowie umfassende Ergebnisse hinsichtlich der Qualität der IPB zu erlangen. Hierbei wurde auf ein explanatives Design zurückgegriffen, bei dem auf das quantitative Vorgehen zur Vertiefung und für ein besseres Verständnis der einzelnen Ergebnisse eine qualitative Untersuchung folgte (Kuckartz 2014).
Im Zuge der Evaluierung wurden auch die Ergebnisse der Angehörigenbefragung aus dem Jahr 2019 zur Ergänzung herangezogen. Das methodische Vorgehen wird im Kapitel 3.3. näher beschrieben.
Die gewonnenen Einschätzungen und Ergebnisse bilden die Grundlage für Weiterentwicklungs- und Verbesserungsmaßnahmen für die IPB und zielen auf die Verbesserung der Qualität ab.

3.1. Fragebogenuntersuchung der Stakeholder

3.1.1. Design

In einem ersten Schritt wurden mittels Fragebogen die Einschätzung der Stakeholder hinsichtlich der Organisation, Zusammenarbeit, Vernetzung, Kommunikation und Koordination der IPB erhoben und ausgewertet. Im Zuge der Befragung sollten außerdem Themenbereiche identifiziert werden, welche für die Erstellung des Leitfadens für die Expert*inneninterviews essentiell waren.
Da für diese Evaluierung kein standardisierter Fragebogen verfügbar war, der zur Beantwortung der Fragen führen konnte, wurde ein elektronischer Fragebogen mithilfe der Software Qualtrics erstellt. Dieser umfasste 49 Items. Der Fragebogen wurde am Tirol Institut für Qualität im Gesundheitswesen (TiQG) der fh gesundheit im Rahmen von explorativen Interviews mit Projektbeteiligten entwickelt. Die Orientierung lag dabei auf den Leitsätzen der fh gesundheit zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis. Darüber hinaus wurde darauf Wert gelegt, dass die Konzeptualisierung und Erstellung des Fragebogens den Gütekriterien der quantitativen Forschung (Validität, Reliabilität und Objektivität) entsprechen.
Es wurde ein Pre-Test mit Mitarbeiter*innen an der fh gesundheit durchgeführt, wodurch der Fragebogen auf seine Struktur, Sinnhaftigkeit und Funktionstüchtigkeit (Filterfragen) überprüft wurde. Das Hauptaugenmerk des Pre-Tests lag auf der kritischen Überprüfung des Fragebogens durch Außenstehende. Dadurch sollten aussagekräftige Ergebnisse erreicht werden.

3.1.2. Datenerhebung

Für die Teilnahme an der Befragung wurde die aktive Stichprobenziehung gewählt (Döring und Bortz 2016), wobei gezielt Stakeholder der IPB eingeschlossen werden sollten. Diese waren:

- Vertragsärzt*innen (mit IPB-Vertrag)
- Mobile Pflegedienste (Sozialsprengel, Hauskrankenpflege)
- Pflegeheime
- Mobile Palliativteams und krankenhauskonsiliarisch tätige Teams

Die Rekrutierung erfolgte durch ein aktives Vorgehen (Döring und Bortz 2016) mittels Aussendung einer E-Mail an alle verfügbaren Adressen mit einer kurzen Beschreibung zur Befragung und dem Hinweis auf die freiwillige und anonyme Teilnahme an der Befragung.

Im Zeitraum von 30. Juli 2021 bis 10. September 2021 sind online 295 Fragebögen über die Befragungssoftware Qualtrics eingegangen.

3.1.3. Datenauswertung

Die Auswertung der erhobenen Daten für die geschlossenen Fragen als auch offenen Fragen erfolgte vorwiegend quantitativ und deskriptiv direkt aus der verwendeten Software Qualtrics heraus. Offene Antwortformate wurden inhaltlich analysiert und zu Kategorien zusammengefasst.

3.2. Leitfadeninterviews mit Stakeholdern

3.2.1. Design

Im nächsten Schritt wurden die Ergebnisse des Fragebogens mittels Interviews noch vertiefend hinterfragt, um die einzelnen Ergebnisse der Fragebogenuntersuchung besser zu verstehen. Als eine Form der teilstrukturierten, qualitativen Interviewtechnik wurde ein Leitfaden mit einem Fragenkatalog entwickelt, der zur Orientierung für die Interviews diente. Für die Entwicklung des teilstrukturierten Leitfadens wurden insbesondere die Ergebnisse aus den Fragebögen herangezogen. Es wurde ein Pre-Test mit dem Lehr- und Forschungsteam des Masterstudiengangs Qualitäts- und Prozessmanagement im Gesundheitswesen an der fh gesundheit durchgeführt, um den Interviewleitfaden hinsichtlich Verständlichkeit der Fragen,

Kontinuität des Interviewablaufs, Wirkung der Strukturierung des Leitfadens sowie die Befragungsdauer zu überprüfen. Dies ermöglichte einerseits einen angenehmen Ablauf der Leitfadeninterviews und andererseits aussagekräftige Ergebnisse.
Ziel dieser qualitativen Interviews war es, die Wirklichkeitsdeutungen der Befragten nachvollziehend verstehbar zu machen. Insbesondere die subjektiven Wahrnehmungen und Einschätzungen der Stakeholder wurden so in Bezug auf die IPB ermittelt.
Im Rahmen dieser qualitativen Erhebung wurden online Leitfadeninterviews mit Einzelpersonen durchgeführt.

3.2.2. Datenerhebung

Für die Teilnahme an den Interviews wurde ebenfalls die aktive Stichprobenziehung gewählt (Döring und Bortz 2016), wobei gezielt Stakeholder der IPB eingeschlossen wurden. Diese waren:

- Vertragsärzt*innen (mit IPB-Vertrag),
- Mobile Pflegedienste (Sozialsprengel, Hauskrankenpflege),
- Pflegeheime,
- Mobile Palliativteams und
- krankenhauskonsiliarisch tätige Teams.

Ausgehend von den Fragebogenergebnissen sowie von den Rekrutierungsmöglichkeiten der Interviewpartner*innen wurde die Anzahl der Interviews pro Stakeholder-Gruppe gewählt.

Insbesondere bei den mobilen Palliativteams (MPTs), die sich interdisziplinär aus Ärzt*innen, Gesundheits- und Krankenpflegpersonal des gehobenen Dienstes, Sozialarbeiter*innen, Psycholog*innen und/oder Seelsorger*innen zusammensetzen, wurde darauf abgezielt, möglichst unterschiedliche Berufsgruppen zu interviewen. Darüber hinaus wurde versucht, Interviewpartner*innen aus möglichst vielen und unterschiedlichen Regionen und Bezirken Tirols zu rekrutieren. Ziel des Stichprobensamplings war es, eine maximal kontrastierende Gruppe von Befragten zu erhalten, um dadurch eine möglichst informative Gruppe von Personen für die Untersuchung zu interviewen.

Im Zeitraum von September 2021 bis Dezember 2021 fanden insgesamt 16 Interviews mit 18 Interviewpartner*innen statt.

3.2.3. Datenauswertung

Die Interviews wurden nach erfolgter Einverständniserklärung aufgenommen und angelehnt an Kuckartz (2018) wörtlich und vollständig transkribiert, korrekturgelesen sowie pseudonymisiert.
Die Daten wurden angelehnt an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2016) mit Hilfe der Textanalysesoftware MAXQDA (VERBI Software 2018) ausgewertet.
Wesentlich bei der qualitativen Inhaltsanalyse sind die systematische Vorgehensweise sowie die methodologischen Gütekriterien (Mayring 2016; Kuckartz 2018). Das Kernstück bildet das sogenannte Kategoriensystem, das vorwiegend deduktiv und theoriegeleitet gebildet wurde (Mayring 2016), und zum Teil auch induktiv aus dem Material herausentwickelt wurde (vgl. bspw. Kuckartz 2018; Schreier 2014). Im Fokus stand dabei die Bildung von deduktiven Hauptkategorien basierend auf den Themen des Interviewleitfadens, inklusive der Ergänzung dieser Hauptkategorien anhand eines induktiven Verfahrens aus dem Material heraus. Diese Erstellung eines gültigen Kategoriensystems geschah fortlaufend in mehreren Besprechungen von vier Projektmitarbeiter*innen.
Wichtiges Merkmal des Vorgehens der Kategorienbildung ist die systematische und regelgeleitete Vorgehensweise, die sich an den Gütekriterien der Validität (wesentliche Aspekte des Materials können durch das Kategoriensystem erfasst werden) und der Reliabilität (intersubjektives-konsensuales Textverständnis) orientiert (Schreier 2014).

Die Codierungen erfolgten für alle Interviews durch zwei Projektmitarbeiter*innen in wechselnder Zusammensetzung, die die Interviews codierten und anschließend die Codierungen abglichen. Die interpretativen Auswertungsschritte erfolgten jeweils in einem Team von vier Projektmitarbeiter*innen.

Die Qualität des Kategoriensystems wurde laufend anhand eines Codiervergleichs überprüft und bestätigt. Zusätzlich erfolgte der gesamte Forschungsprozess entsprechend der Gütekriterien qualitativer Forschung in gemeinsamer Abstimmung und Diskussion mit Fachkolleg*innen.

3.3. Interviews mit ehemals pflegenden Angehörigen

3.3.1. Design

Ziel der Befragung der pflegenden Angehörigen war, ihre Erfahrungen und ihr Erleben der Betreuung im Rahmen der IPB zu erfassen. Dazu wurden erwachsene Angehörige über 21 Jahre, die zu Hause einen in der IPB betreuten Menschen hauptverantwortlich gepflegt hatten, mündlich befragt. Interviewpartner*innen waren ehemals pflegende (Ehe)Partner*innen, ehemals pflegende Töchter/Söhne, ehemals pflegende Schwiegertöchter/Schwiegersöhne sowie ehemals pflegende Eltern erwachsener Kinder. Alle Personen lebten in den Bezirken Innsbruck Stadt und Innsbruck Land. Ausschlusskriterium war, wenn es sich bei dem verstorbenen Menschen um ein Kind unter 18 Jahren handelte.

Ort der Interviews war das Zuhause der pflegenden Angehörigen, da durch die Nähe zu alltäglichen Situationen eine größere (Praxis-)Relevanz der Ergebnisse zu erreichen ist (Lamnek 1995). Dies wurde zusätzlich durch eine möglichst alltagsnahe Gesprächsführung unterstützt. Die Kommunikation kam einem gewöhnlichen Gespräch zwischen Bekannten nahe, wodurch ein ungezwungener und authentischer Gesprächsverlauf möglich wurde.

3.3.2. Datenerhebung

Die Studie bediente sich einer Methode der qualitativen empirischen Sozialforschung. Als Erhebungsmethode diente das von Andreas Witzel in den 1980er Jahren entwickelte problemzentrierte Interview (Witzel 2000) in Form eines teilstandardisierten Leitfadeninterviews. Die zwölf Interviews mit vierzehn Interviewpartner*innen fanden im Zeitraum Dezember 2017 bis Mai 2018 statt. Zum Einstieg wurden die ehemals pflegenden Angehörigen mit Hilfe einer erzählgenerierenden Frage (Flick 2017) gebeten, von der Betreuungssituation zu erzählen. Die Teilstandardisierung anhand des Interviewleitfadens sollte gewährleisten, dass alle relevanten Aspekte angesprochen werden. Dies sicherte somit eine zumindest teilweise Vergleichbarkeit zwischen den Antworten der Befragten.

3.3.3. Datenauswertung

Die Interviews wurden mit Zustimmung aufgenommen und mithilfe der Software f4transkript, Version 6 (dr. dressing & pehl GmbH 2017), wörtlich und vollständig transkribiert, mehrfach korrekturgelesen sowie pseudonymisiert.

Das gesamte transkribierte Material wurde einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2016) unterzogen. Die Codierung wurde mithilfe der Software MAXDQA, Version 10.0.8., (VERBI Software 2018) durchgeführt. Codes und Subcodes wurden im Sinne der deduktiv-induktiven Kategorienbildung nach Kuckartz (2018) anhand sinnzusammenhängender Interviewpassagen gebildet: zum einen a-priori (deduktiv) auf Basis der Ziele von IPB sowie der Literaturrecherche, zum anderen anhand des darüber hinausgehenden vorliegenden Materials (induktiv). Dieses Wechselspiel von deduktivem und induktivem Vorgehen in der Auswertung spielgelt das Wechselspiel von Strukturierung und Offenheit (Witzel 2000) in der Erhebung wider.

Zur Sicherung der Qualität im Codierungsprozess (Kuckartz 2018) wurden vier Interviews nach den ersten Codierungsdurchgängen nochmals in einem Dreierteam codiert, zwei Interviews wurden von jeweils zwei Personen codiert. Die verbleibenden sechs Interviews wurden nach dem gemeinsamen Codieren noch einem weiteren Codierungsdurchgang unterzogen.

4. Ergebnisse

In den folgenden Kapiteln werden zunächst die Kernaussagen der Fragebogenuntersuchung und Leitfadeninterviews mit den Stakeholdern zusammenfassend dargestellt. Anschließend folgen zunächst die soziodemographischen Daten der Befragten und danach die Detailergebnisse der Befragungen der Stakeholder sowie Ergänzungen anhand der Studie zur Situation pflegender Angehöriger aus dem Jahr 2019.

4.1. Zusammenfassung der Ergebnisse

IPB als Schlüsselrolle für Sterben zuhause (siehe Kategorien 2, 7.2, 8, 8.2)
Eine der zentralen Aussagen der Interviews war, dass die IPB eine „Schlüsselrolle“ einnimmt, wenn es darum geht, Sterben zuhause zu ermöglichen, insbesondere für Patient*innen mit komplexer Betreuungssituation und zu einer Entlastung und Bereicherung auf mehreren Ebenen führt. So wurde hier mehrfach die finanzielle Entlastung für die Betroffenen und deren Angehörigen genannt sowie die Entlastung der SGS und HÄ durch die MPTs (siehe S.43, 71, 78, 82, 83). Analog war die in den Ergebnissen der Fragebögen zu sehen, Befragte schrieben der Entlastung von Angehörigen auch einen hohen Nutzen von 8 (Skala 0-10) zu (Anhang, Q 37).

Gute Zusammenarbeit und Kommunikation im Rahmen der IPB (siehe Kategorie 7)
Der Großteil der Befragten beschrieb die Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen den beteiligten Akteur*innen (SGS, MPT und HÄ) generell als gut und teils als sehr gut (siehe S.65). Ergebnisse aus der online Befragung bestätigten die generell positive Bewertung der Zusammenarbeit mit verschiedenen Akteur*innen innerhalb der IPB. Die meisten Befragten bewerteten die Zusammenarbeit mit MPTs (57 %), mit SGS (49 %) und mit HÄ (38 %) als sehr gut (Anhang, Q 31).
Vereinzelte Kommunikationsschwierigkeiten wurden im Zusammenhang mit HÄ beschrieben (bspw. Probleme mit der Erreichbarkeit und begrenzten zeitlichen Ressourcen der HÄ). Ein Anliegen der Befragten (insbesondere aus den SGS) war ein Netzwerktreffen oder ähnliches zu implementieren, um Erfahrungen in Bezug auf die IPB austauschen zu können. Ein weiterer Wunsch war die Implementierung einer/s Case Manager*in, der/die immer über den/die Patient*in Bescheid weiß (siehe S.66, 67). Laut den Ergebnissen der Befragung mittels Fragebogen, schien die Zusammenarbeit mit Krankenhäusern am schlechtesten zu sein, hier bewerteten nur 16 % der Befragten diese als sehr gut, 10 % als eher schlecht und 4 % als sehr schlecht (Anhang, Q 31).

Widerspruch hinsichtlich weiterer Informationsverbreitung (siehe Kategorien 3, 3.1)
Generell zeigte sich, dass zum Teil noch allgemeiner Informationsbedarf in Bezug auf die IPB bei den beteiligten Akteur*innen besteht.
Ein Newsletter wurde als Möglichkeit genannt diesem Informationsbedarf nachzukommen. Zusätzlich wurde der Wunsch nach einem Flyer für die Vertragspartner*innen bzw. die HÄ geäußert. Ebenso wurden in Fragebögen Vorschläge zu Optimierungen bezogen auf die Informationsvermittlung gemacht.
Demgegenüber standen jedoch auch mehrere Aussagen der Befragten, die sich darauf bezogen, dass die Kapazitäten der IPB (Ressourcen SGS und MPT) gesprengt werden würden, wenn alle HÄ diese verordnen würden oder die breite Öffentlichkeit über die IPB informiert wäre. So gaben auch Mitarbeitende der MPTs an, bereits jetzt vorsichtig damit umzugehen, Patient*innen über die IPB zu informieren und klären zunächst im Hintergrund ab, ob die SGS überhaupt Ressourcen für die Betreuung zur Verfügung haben (siehe S.46-50).

Informationsbedarf hinsichtlich Voraussetzungen, Zielgruppe, Verlängerung(en), Ablauf, Abrechnung und Ansprechpartner*innen (siehe Kategorien 3, 4, 5, 8.1)
Der Informationsbedarf seitens der beteiligten Akteur*innen zeigte sich unter anderem hinsichtlich der genauen Zielgruppe der IPB sowie der Voraussetzungen, (ab) wann IPB in Anspruch genommen werden kann. Auch in Bezug auf die Möglichkeit und Anzahl der Verlängerungen der IPB machten die Befragten sehr unterschiedliche Angaben. Die Aussagen reichten von einer bis fünf Verlängerungen sowie der Angabe, dass generell Informationen über die Möglichkeit und Anzahl von Verlängerungen fehlten.
Seitens der HÄ zeigte sich ein Informationsbedarf insbesondere hinsichtlich der Abrechnungsmodalitäten, dem Ablauf sowie der Ansprechpartner*innen (Land Tirol und ÖGK). So wurde beispielsweise die Aktualität der Kontaktdaten, die die HÄ von der ÖGK erhalten haben, infrage gestellt. Außerdem gaben Interviewpartner*innen an, dass es Unklarheiten hinsichtlich des genauen Ablaufes bei einer Verordnung der IPB gäbe wie bspw. ob der SGS und die MPTs automatisch informiert und/oder involviert werden. Seitens der HÄ wurde darüber hinaus der Wunsch nach einem Leitfaden sowie nach mehr Transparenz hinsichtlich der erbrachten Leistungen und Abrechnung geäußert (siehe S.46-48, 50, 54, 58, 80).
Ergebnisse aus der online Befragung, bestätigten den Informationsbedarf. Der Aussage, ausreichend Informationen über Voraussetzungen zur Inanspruchnahme der IPB zu verfügen, stimmten 44 % voll bzw. 42 % teilweise zu. Näher betrachtet hinsichtlich Tätigkeitsfeldes in der IPB, schienen meistens HÄ am schlechtesten von allen Akteur*innen zu verschiedenen Bereichen informiert zu sein, wobei angemerkt die Verordnung durch HÄ zu erfolgen hat. Ein ähnlicher Informationsstand zeigte sich auch über den Ablauf der IPB, indem 38 % voll bzw. 43

% teilweise zustimmten ausreichend informiert zu sein. Der schlechteste Informationsstand besteht in Bezug auf die Abrechnungsmodalitäten der IPB. Der Aussage ausreichend über Abrechnungsmodalitäten der IPB informiert zu sein, stimmten nur 21 % voll, 35 % teilweise, 20 % weder noch, 8% teilweise nicht zu und 11 % überhaupt nicht zu (Anhang, Q 21-Q 24).
Unter den Vorschlägen zur Optimierung innerhalb der IPB wurde nach mehr Aufklärung und Information verlangt, wie auf der Seite der Angehörigen/Öffentlichkeit, so auch für die IPB Akteur*innen (Anhang, Q 43 – Q 44).

Erweiterung der IPB um Pflegeassistenz, Pflegefachassistenz und Heimhilfe (siehe Kategorien 2, 6, 6.1, 8.2, 8.5)
Von nahezu allen Befragten wurde die Erweiterung der IPB um die PA und PFA gewünscht und befürwortet. Argumentiert wurde einerseits mit dem Ressourcenproblem in der Pflege bzw. auch der Ressourcenverschwendung, wenn nur DGKS/DGKP im Rahmen der IPB betreuen dürfen. Andererseits wurde die gute Ausbildung bzw. Kompetenz der PA und PFA angesprochen, da insbesondere die Basisversorgung in ihren Kompetenzbereich fällt. Auch die Heimhilfe wurde in diesem Zuge genannt, die zur Entlastung und Unterstützung von Angehörigen durch bspw. Sitzwachen herangezogen werden könnte. Kritisiert wurde außerdem, dass die Betreuungskontinuität nicht gewährleistet werden könnte, wenn PA, PFA und Heimhilfen, die bereits vor Anlaufen der IPB Patient*innen betreuen, nicht in die IPB miteinbezogen werden. Durch das Einbeziehen dieser Berufsgruppen könnte zudem aufgrund reduzierter Personalkosten das Stundenausmaß zur Betreuung der Patient*innen erhöht werden (siehe S.44, 60, 62, 82, 94-95).
Auch bei der online Befragung mittels Fragebogen war der meist genannte Vorschlag zu Optimierung von Abläufen innerhalb der IPB, den Einsatz von PA und PFA zu ermöglichen. Aufgrund der allgemeinen Problematik der Ressourcen wurde dies als ein Lösungsvorschlag genannt (Anhang, Q 43 – Q 44).

Möglichkeit des Hinzuziehens einer zweiten Pflegeperson (siehe Kategorie 6)
Darüber hinaus zeigte sich, dass in manchen Betreuungssituationen eine zweite Pflegeperson benötigt wird, wie bspw. bei der Versorgung (und insbesondere Lagerung) von adipösen Patient*innen (siehe S.61).

Begrenzte Dauer der IPB als „Bremsklotz“ – ausreichender Umfang an Betreuung (siehe Kategorien 4, 8.1, 8.2)
Die zeitliche Begrenzung der IPB sowie die Schwierigkeit zu erkennen, ab wann die IPB aufgrund des individuellen Verlaufes eines Sterbeprozesses notwendig ist, führte laut den Befragten in manchen Fällen dazu, dass die IPB zu spät verordnet bzw. zu lange mit der Verordnung

zugewartet wurde. Die begrenzte Dauer der IPB wurde als „Bremsklotz“ gesehen. Der Umfang der Betreuung im Rahmen der IPB wurde jedoch vom Großteil der Befragten als ausreichend wahrgenommen (siehe S.51, 79-81).
Aus der Befragung mittels Fragebogen konnten andere Perspektiven erhoben werden. Auf die Frage für wieviel Prozent der IPB-Patient*innen die Betreuungsdauer von 28 Tagen (inkl. Verlängerung) als zu wenig eingeschätzt wird, gaben gut ein Drittel der Befragten an, dass dies für 26 % - 50 % der Patient*innen zutreffen würde (Anhang, Q 38).

Bedeutung der Mobilen Palliativteams (siehe Kategorien 3, 7.2, 7.3)
Die Befragten waren sich weitestgehend einig darin, dass die MPTs eine sehr wichtige und zentrale Rolle im Rahmen der IPB einnehmen. Sie wurden als wichtige Ansprechpartner*innen bei Fragen genannt und sahen auch selbst ihre Rolle als Informationsvermittler. Vor allem in komplexen Situationen, aber auch bei begrenzten Ressourcen der SGS und HÄ werden sie darüber hinaus zur Unterstützung bei der Versorgung herangezogen. Gleichzeitig verwiesen manche der Interviewten jedoch auch auf die mangelnden Ressourcen der MPTs und wünschten sich hier eine Stärkung bzw. einen Ausbau der MPTs. Teilweise bestand die Auffassung, dass die IPB nur dann verordnet werden kann, wenn die MPTs beteiligt werden (siehe S. 48, 71-77).
Die Bedeutung der MPTs spiegelte sich auch in den Ergebnissen der online Befragung wider. Auf die Frage wie oft MPTs im Zuge der IPB miteinbezogen werden, gaben 13 % der Befragten immer und 46 % der Befragten meistens an (Anhang, Q 27). Die Hälfte der Befragten gab an, sich ausreichend durch MPTs unterstützt zu fühlen (Anhang, Q 29).

Unklarheiten hinsichtlich Unterscheidung IPB und MPT (siehe Kategorien 3, 5.1)
In den Interviews kristallisierte sich auch heraus, dass teilweise noch Aufklärungsbedarf bezüglich der Unterscheidung zwischen dem Modell der IPB und den MPTs besteht. Manche der Befragten scheinen unter IPB ausschließlich die Beteiligung eines MPTs zu verstehen (siehe S.46-47, 57).

Weitere gewünschte Verordnungsakteur*innen (siehe Kategorien 5.2, 7.3)
Ein genanntes Anliegen der Befragten ist die Erweiterung der Verordnungsakteur*innen für die IPB. Hierbei wurden Wahlärzt*innen, Fachärzt*innen sowie die MPTs genannt. Eine falsche Auffassung schien insofern zu bestehen, als dass mehrere Befragte angaben, dass auch Krankenhäuser die IPB für Patient*innen bei Entlassung verordnen (siehe S.59-60, 76).
Aus den Ergebnissen der online Befragung wurde auch der Wunsch nach weiteren Verordnungsakteur*innen genannt, vor allem nach MPTs (Anhang, Q 43 – Q 44).

Betreuungsstart und Entlassungen als Knackpunkt (siehe Kategorien 5, 5.1, 7.3)
In den Interviews wurde deutlich, dass der Betreuungsstart sozusagen als „Knackpunkt" für die IPB gesehen wird. Es besteht der Wunsch nach einem gemeinsamen Start (Runder-Tisch/Erstgespräche mit HÄ, SGS und MPTs), gleichzeitig wurden jedoch bestehende Ressourcenprobleme genannt, die einen solchen teilweise nicht realisierbar machen. Darüber hinaus wurden auch zu kurze Vorlaufzeiten sowie eine mangelhafte Informationsweitergabe bei der Entlassung von Patient*innen als hinderlich gesehen. Im Zuge der Entlassung wurde von manchen der Befragten auch ein zu frühes „Einschleusen" von Patient*innen in die IPB durch die Krankenhäuser angeführt (siehe S.53, 57, 75-77).

Divergierende Ansichten der Hausärzt*innen zur IPB (siehe Kategorien 2, 7 und 7.2)
Auffällig war, dass die Aussagen der befragten HÄ stark divergierten: Während ein Teil der befragten HÄ der IPB sehr positiv gegenüberstand und diese als Erleichterung und vorteilhaft ansah, äußerte sich der andere Teil der befragten HÄ eher kritisch zur IPB und verwies hierbei bspw. auf ein unzureichendes Angebot durch die IPB sowie auf Reibepunkte mit den MPTs. So schienen die Zuständigkeiten und Kompetenzen zwischen HÄ und MPT für einen Teil der Befragten nicht klar verteilt zu sein. Probleme wurden auch darin gesehen, dass die ärztlichen Ansichten zwischen HÄ und MPTs zum Teil divergierten. Hierbei wurde der Wunsch nach einem palliativmedizinischen Konzil bei Bedarf geäußert (siehe S.43-45, 67-68, 71, 73).

Unzureichende Nachtrufbereitschaft und –versorgung (siehe Kategorien 7.2, 8.3)
Generell wurde die Nachtrufbereitschaft und –versorgung für IPB-Patient*innen als unzureichend gesehen. Vielfach besteht nur ein Angebot seitens der MPTs, die ihre Notfallnummer an IPB-Patient*innen weitergeben. Hier wurde jedoch auch darauf verwiesen, dass die MPTs begrenzte Ressourcen haben und daher nur in Ausnahmefällen tatsächlich in der Nacht ausfahren, wodurch eine als teils notwendig gesehene Nachtversorgung für IPB-Patient*innen komplett fehlt (siehe S.73, 87-89). Ebenso sahen Befragte aus der online Befragung die Nachtrufbereitschaft als einen Aspekt an, der optimiert werden sollten (Anhang, Q 43 – Q 44).

Unzureichende Betreuung von Angehörigen nach Versterben des/der Patient*in (siehe Kategorie 8.2)
Darüber hinaus wurde auf eine mangelnde Unterstützung der Angehörigen nach dem Versterben eines*r Patient*in verwiesen, da eine Abrechnung von Leistungen im Rahmen der IPB nur bis einschließlich des Versterbetages eines/r Patient*in möglich ist. Im Zuge dessen wurde betont, dass eine zusätzliche Betreuung der Angehörigen am Folgetag oder eventuell auch darüber hinaus von großer Wichtigkeit wäre (siehe S.82-83). Aus der online Befragung ging hervor, dass sogar 75 % der IPB Akteur*innen nach Ableben von IPB Patient*innen noch Kontakt mit den

Angehörigen hätten. Die Versorgung von verstorbenen Patient*innen ist für 5 % teilweise bzw. für 3 % der Befragten überhaupt nicht möglich (Anhang, Q 41). Als Gründe dafür wurden fehlende Kapazitäten von DGPK/DGKS, fehlende Rufbereitschaft sowie die zeitlich begrenzte Verrechenbarkeit genannt (Anhang, Q42).

Ausbau psychologischer Unterstützung und Seelsorge (siehe Kategorien 6, 8.4)
In den Interviews kristallisierte sich generell der Wunsch nach dem Ausbau der psychologischen Unterstützung und Seelsorge heraus. Gleichzeitig wurde jedoch auf die oftmals fehlende Bereitschaft der Betroffenen verwiesen, die vorhandene psychologische Unterstützung und Seelsorge anzunehmen (siehe S.61, 89-90).

Therapeutische Berufe als mögliche Erweiterung (siehe Kategorie 6)
Ein Teil der Befragten wünschte sich die Erweiterung der IPB um therapeutische Berufe wie Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie. Argumentiert wurde dies insbesondere dadurch, noch möglichst viel Lebensqualität für die Patient*innen zu erreichen (siehe S.62).

Überbetreuung und Überforderung (siehe Kategorie 8.4)
Im Widerspruch zur Erweiterung der IPB um weitere Berufsgruppen und Leistungen stand das Argument der Überbetreuung und Überforderung der Patient*innen und Angehörigen, einerseits durch zu viele beteiligte Akteur*innen und „Fremde“ und andererseits durch zu viel Angebot in dieser sensiblen Phase eines Menschen und seiner/ihrer Angehörigen (siehe S.91).

Einbeziehen von Pflegeheimen (siehe Kategorie 6.2)
Patient*innen in Pflegeheimen werden zwar teils durch die MPTs betreut, jedoch nicht im Rahmen der IPB. Bisher hatten die Pflegeheime somit keinen Mehrwert durch die IPB und konnten ihre Leistungen auch nicht im Rahmen der IPB abrechnen. Hier bestand der Wunsch, dass Pflegeheime in die IPB miteinbezogen werden und damit zumindest die Kommunikations- und Koordinationspauschale abrechnen können sollten (siehe S.64-65).
Anknüpfend zu den Ergebnissen aus der online Befragung zum Austausch mit Pflegeheimen wurde das Dilemma erkennbar, dass die Pflegeheime nicht im Rahmen der IPB offiziell mitwirken können, wobei rund ein Fünftel der Befragten angab, dass kein Austausch stattfindet bzw. 9 % der Befragten keine Angaben machten. Für 72 % der Befragten findet ein Austausch statt, wobei unklar ist, in welcher Form dies geschieht (Anhang, Q 15).

Wunsch nach Informationen und Umsetzungen

Nahezu alle Interviewpartner*innen äußerten den Wunsch über die Ergebnisse der Evaluierung informiert zu werden. Gleichzeitig wurde auch mehrfach erwähnt, dass sie hoffen, dass die Ergebnisse auch zu Veränderungen im Sinne einer Verbesserung führen.

4.2. Soziodemographische Daten

Im folgenden Abschnitt werden die soziodemographischen Daten der befragten Personen der durchgeführten Interviews als auch der Fragebogenerhebung dargestellt.

4.2.1. Fragebogenuntersuchung der Stakeholder

Der Rücklauf des Fragebogens umfasste 295 Datensätze, wobei 223 Personen angaben, bereits Patient*innen im Rahmen des IPB betreut zu haben. Dies war die erste Frage im Fragebogen, welche eine Filterung vornahm, und nur Personen mit IPB Erfahrung (=Einschlusskriterium) die Teilnahme an der Befragung ermöglichte. Somit wurden für die weitere Auswertung 223 Datensätze verwendet. Auf die Frage, warum noch keine Patient*innen im Rahmen von IPB betreut wurden, können die Antworten folgend zusammengefasst werden: noch nicht vorgekommen, noch nicht im IPB tätig, nicht teilnahmeberechtigt bei IPB und Organisation unbekannt.

Von den Personen mit IPB Erfahrung sind 128 (62 %) DGKS/DGKP und 62 (30 %) Ärzt*innen (Abbildung 1). Insgesamt gaben acht Personen ihre Berufsgruppe mit „Sonstige“ an, und gaben konkret Tätigkeiten als Geschäftsführung, im Entlassungsmanagement, als Pflegeassistent*in und im Sekretariat an.

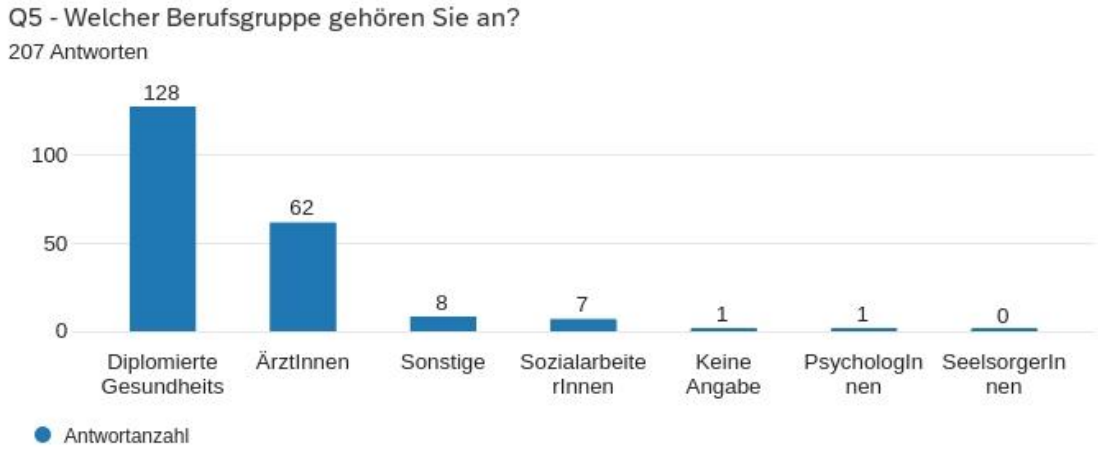


Abbildung 1: Zugehörigkeit Berufsgruppe

Die Verteilung der Berufsgruppen nach Geschlecht in unserer Stichprobe, vor allem die der Ärzt*innen und der DGKS/DGKP, entspricht zu hohem Maße der tatsächlichen Geschlechterverteilung im Gesundheitswesen.

Auf die Frage, in welchem Bereich der IPB die Befragten derzeit tätig sind, waren kohärent zur Verteilung der Berufsgruppen die meisten Nennungen bei SGS, gefolgt von HÄ mit IPB Vertrag, (MPT), Pflegeheim und krankenhauskonsiliarisches Team. Es wurden neun Nennungen für Sonstiges gemacht, welche als HÄ, Palliativstation/Tageshospiz, VAGET (Verbund Außerstationärer Gerontopsychiatrischer Einrichtungen Tirols) und angestellte Klinikärzt*in bezeichnet wurden. Die Hauptakteur*innen der IPB, die auch als Stichprobe festgelegt wurden, sind in den Ergebnissen der Umfrage gut repräsentiert (Abbildung 2). An der Befragung haben sich Akteur*innen aus allen Bereichen der IPB beteiligt, wodurch Ergebnisse aus verschiedenen Blickwinkeln gesammelt werden konnten.

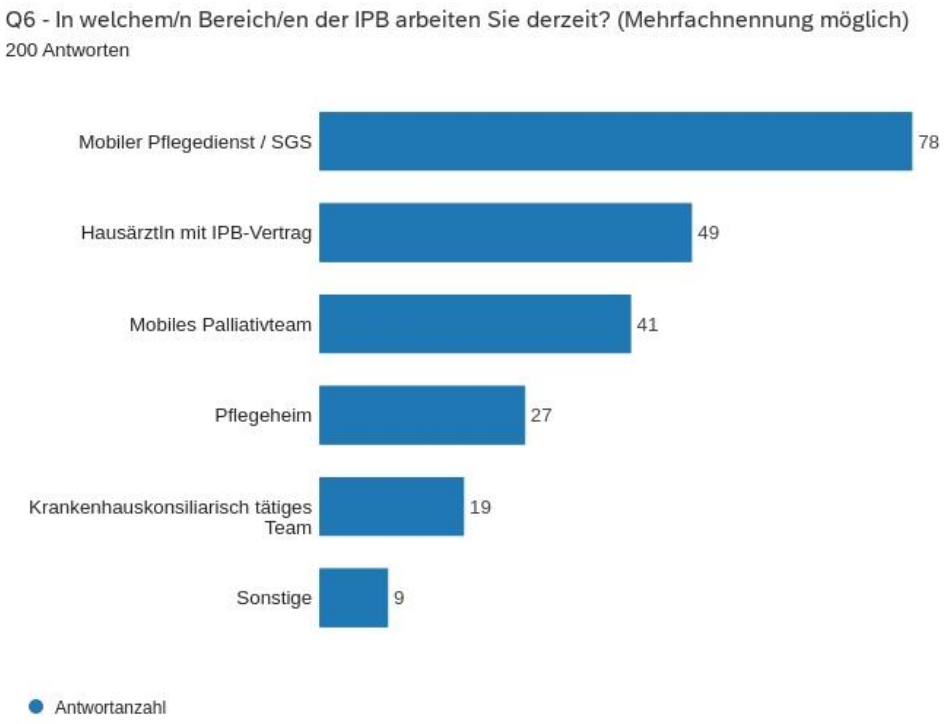


Abbildung 2: Zugehörigkeit IPB Bereich der Befragten

In der IPB tätige Personen haben sich aus allen Tiroler Bezirken beteiligt, wobei zehn Personen keine Angabe über den Bezirk machen wollten, in dem sie tätig sind.
Die Berufserfahrung von 70 % der Befragten lag im Bereich zwischen sechs und 30 Jahren. Etwa ein Drittel der Befragten gab an, eine Berufserfahrung zwischen 11-20 Jahren im derzeitigen Berufsfeld vorweisen zu können, was als ein Anhaltspunkt für die Expertise und einen aussagekräftigen Beitrag bei der Befragung gesehen werden kann (Abbildung 3).

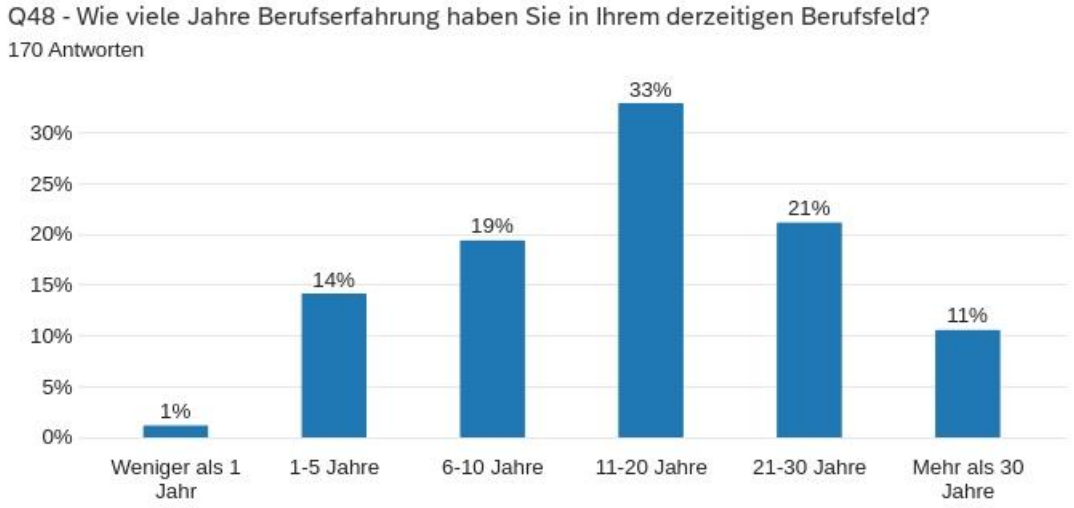


Abbildung 3: Berufserfahrung im derzeitigen Berufsfeld

Etwa ein Drittel der Befragten gab an, drei bis vier Patient*innen im Rahmen der IPB im letzten Jahr betreut zu haben. Dabei ist erkenntlich, dass die SGS großteils bis zu zehn Patient*innen im Jahr betreuen. Etwa ein Zehntel der Befragten gab an, mehr als 20 Patient*innen im vergangenen Jahr betreut zu haben. Meist gaben dies Befragte an, die derzeit in MPTs tätig sind. Dies bestätigt wiederum die beratende und unterstützende Funktion der MPTs entsprechend dem Konzept der IPB.

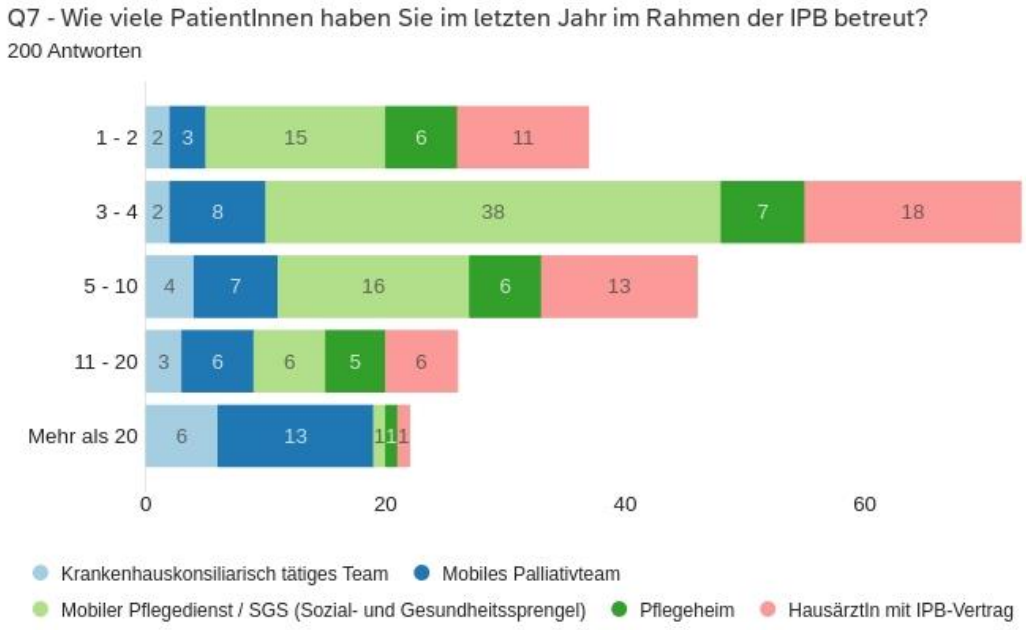


Abbildung 4: Anzahl betreute Patient*innen im letzten Jahr (nach Tätigkeitsfeld IPB)

Der Großteil der an der Fragebogenuntersuchung teilgenommenen Stakeholder stammt aus den Bezirken Innsbruck Land, Kitzbühel, Innsbruck und Kufstein (Abbildung 5).

Abbildung 5: Tätigkeit in Bezirk/en Tirols

4.2.2. Leitfadeninterviews mit Stakeholdern

Es nahmen 18 Personen an den sechszehn Leitfadeninterviews mit den Stakeholdern teil, bei zwei Interviews waren zwei Interviewpartner*innen beteiligt. Tabelle 1 gibt einen Überblick über das Sample der Studie und die jeweilige Dauer des Interviews.

Tabelle 1: Sample der Stakeholder (Leitfadeninterviews)

Interviewnummer	**Bereich**	**Position**	**Bezirk**	**Dauer**
1 (2 Personen)	MPT	Ärzt*innen	Innsbruck / Innsbruck Land	33 Minuten
2	SGS	PDL	Innsbruck Land	35 Minuten
3	SGS	PDL	Imst	19 Minuten
4	SGS	PDL	Kitzbühel	22 Minuten
5	SGS	PDL	Lienz	25 Minuten
6	HÄ	HÄ	Landeck	21 Minuten
7	MPT	DGKP	Kufstein	38 Minuten
8	SGS	PDL	Innsbruck Land	40 Minuten
9	SGS	DGKP	Imst	14 Minuten
10	HÄ	HÄ	Reutte	38 Minuten
11	HÄ	HÄ	Innsbruck Land	30 Minuten
12	SGS	PDL	Innsbruck Land	20 Minuten
13 (2 Personen)	MPT	DGKP	Landeck	26 Minuten
14	HÄ	HÄ	Lienz	18 Minuten
15	SGS	PDL	Imst	27 Minuten
16	Pflegeheim	stv. PDL	Innsbruck	30 Minuten

Acht der befragten Personen sind im mobilen Bereich in SGS tätig. Fünf der Befragten sind Teil eines MPTs. Vier Interviewpartner*innen sind als niedergelassene Allgemeinmediziner*innen mit einem Kassenvertrag sowie einem zusätzlichen IPB-Vertrag tätig. Eine*r der befragten Personen ist in einem Pflegeheim als stellvertretende PDL tätig. Die Dauer der Gespräche lag zwischen 14 und 40 Minuten, der Durchschnitt lag bei 27 Minuten.

4.2.3. Interviews mit ehemals pflegenden Angehörigen

Es nahmen 14 Personen an den zwölf Interviews mit ehemals pflegenden Angehörigen teil, bei zwei Interviews waren zwei Gesprächspartner*innen beteiligt. Tabelle 2 gibt einen Überblick über das Sample der Studie und die jeweilige Dauer des Interviews.

Tabelle 2: Sample der ehemals pflegenden Angehörigen

Pseudonym	**Geschlecht**	**Alter**	**Beziehung**	**Dauer**
Linda	weiblich	62	Ehefrau	42 Minuten
Finkenberg	männlich	73	Ehemann	54 Minuten
Leni	weiblich	60	Ehefrau	46 Minuten
Namlos	weiblich	72	Ehefrau	54 Minuten
Anna Tobias	weiblich männlich	64 66	Mutter Vater	54 Minuten
Elli	weiblich	50	Tochter	63 Minuten
Silvi	weiblich	77	Ehefrau	53 Minuten
Betty	weiblich	49	Tochter	77 Minuten
Veronika Susi	weiblich weiblich	86 60	Ehefrau Tochter	41 Minuten
Maria	weiblich	43	Tochter	52 Minuten
Margit	weiblich	37	Schwiegertochter	32 Minuten
Maria A. Herrgott	weiblich	49	Tochter	57 Minuten

Zwölf (85,7 %) der 14 Interviewpartner*innen waren Frauen, darunter fünf Ehefrauen, fünf Töchter und jeweils eine Mutter und eine Schwiegertochter des betreuten Menschen. Bei den beiden Männern handelte es sich um einen Ehemann und einen Vater. Das durchschnittliche Alter der pflegenden Angehörigen betrug 57,3 Jahre. Die Dauer der Gespräche lag zwischen 32 und 77 Minuten, der Durchschnitt lag bei 52 Minuten.

4.3. Detailergebnisse Fragebogenuntersuchung der Stakeholder

Ausgewählte Detailergebnisse aus dem Fragebogen werden in diesem Kapitel zusammengefasst. Die vollständige Auswertung ist dem Anhang zu entnehmen. Alle Ergebnisse von Personen, die angegeben haben im IPB Bereich als „Sonstige“ tätig zu sein (N=9), wurden im Anhang separat dargestellt.

Austausch und Kommunikation

Austausch mit den MPTs

Auf die Frage, ob ein Austausch mit dem MPT stattfindet, bejahten dies 88 % der Befragten und 5 % machten keine Angabe dazu. Laut 7 % der Befragten findet kein Austausch mit dem MPT statt. Die meist genannten Gründe dafür waren: Kein Bedarf, Termingründe, Austausch zwischen Pflege und Palliativteam, Qualifizierungen im palliativen Bereich vorhanden, Abdeckung durch SGS und HÄ sowie Möglichkeit einer PCA Pumpe im Haus.

Abbildung 6: Austausch mit Mobilen Palliativteams

Die Qualität des Austausches mit den MPTs wurde von allen Befragen (außer Befragte, welche selbst den MPTs angehörten) großteils als sehr gut und eher gut bewertet. Lediglich fünf Befragte bewerteten die Qualität des Austausches schlechter.

Austausch mit den SGS

96 % der Befragten (außer Befragte, welche den SGS und Pflegeheimen angehörten) gaben an, dass ein Austausch mit den SGS stattfindet (Abbildung 7).

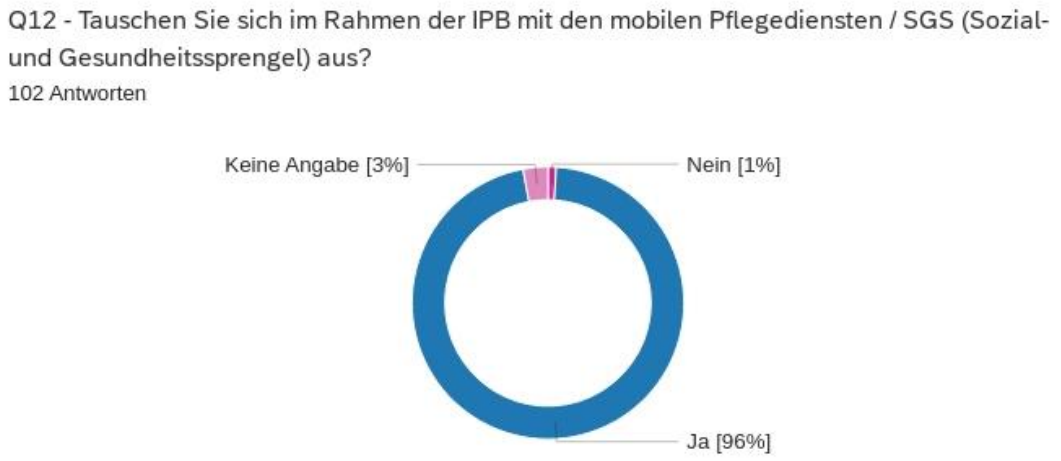


Abbildung 7: Austausch mit mobilen Pflegediensten/ SGS

Nur 3 % der Befragten machten keine Angaben zum Austausch und 1 % gab an, dass kein Austausch sattfindet, da dies durch das MPT abgedeckt wird. Die Qualität des Austausches mit den SGS bewerten 91 % der Befragten als sehr oder eher gut.

Austausch mit den Pflegeheimen

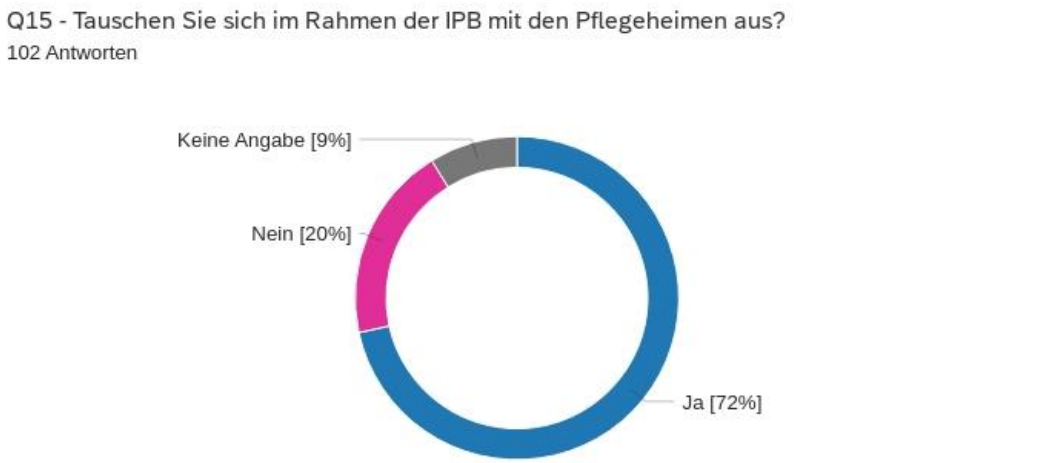


Abbildung 8: Austausch mit Pflegeheimen

Die Frage, ob ein Austausch mit Pflegeheimen im Rahmen der IPB stattfindet (Abbildung 8) bejahten nur etwa drei Viertel der Befragten. Rund ein Fünftel gab an, dass kein Austausch stattfindet. Der Großteil dieser Antworten stammte von Befragten, die in MPTs oder SGS tätig sind. Dabei fiel auf, dass die Frage missverstanden worden sein könnte, da als Gründe für den fehlenden Austausch folgende Angaben gemacht wurden: Klient*in war/ist nicht im Pflegeheim, kein Bedarf, wird durch Andere abgedeckt, wenig Kommunikation, keine Relevanz, Austausch nicht gewünscht, Klient*innenstatus unbekannt. Rund 14 % der Befragten machten keine Angaben zum Austausch mit Pflegeheimen.
Von den 90 Befragten, die sich mit den Pflegheimen austauschen, bewerteten 39 % den Austausch als sehr gut bzw. 46 % eher gut. 12 % der Befragten, die sich mit den Pflegeheimen austauschen, bewerteten den Austausch neutral, also weder gut noch schlecht. Die 3 % der eher schlechten bzw. sehr schlechten Bewertung der Zusammenarbeit mit den Pflegeheimen wurden von zwei HÄ mit IPB-Vertrag abgegeben.

Austausch mit HÄ

Der Austausch mit HÄ (Abbildung 9) findet laut den Antworten für 93 % der Befragten statt. Lediglich 2 % wollten keine Angaben dazu machen. Für 5 % der Befragten findet kein Austausch statt, was folgendermaßen begründet wird: wird durch Andere (Pflege, Pflegeheim) abgedeckt, kein Bedarf, HÄ melden ihren Austausch mit den SGS nicht zurück.

Abbildung 9: Austausch mit Hausärzt*innen

Die Qualität des Austausches mit den HÄ bewerteten 80 % der Befragten (die mit HÄ kommunizieren) als sehr oder eher gut, 14 % bewerteten den Austausch als weder gut noch schlecht und insgesamt 6 % als eher oder sehr schlecht. Aus diesen 6 % bewerteten vorwiegend in MPTs tätige Personen (Abbildung 10) die Qualität des Austausches als eher bzw. sehr schlecht.

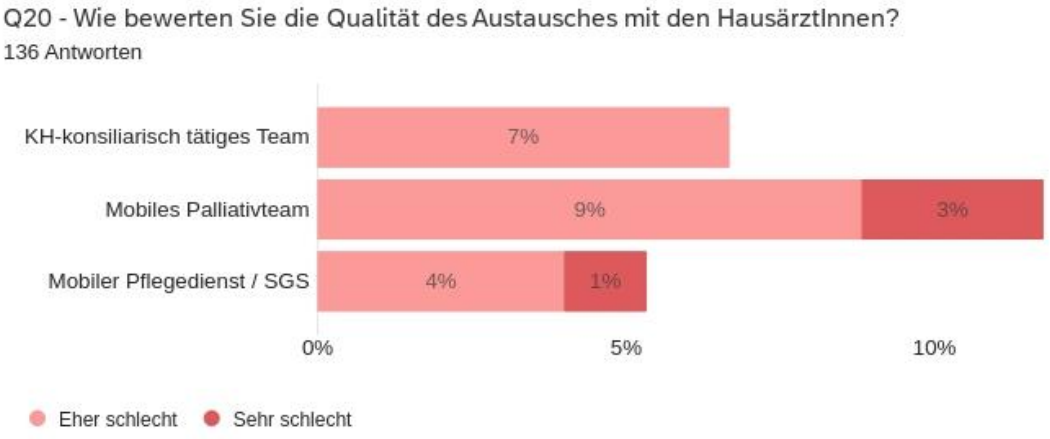


Abbildung 10: Qualität des Austausches mit Hausärzt*innen (nach Tätigkeitsfeld IPB)

Information

Der Aussage *„Ich fühle mich ausreichend über die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme der IPB (Grundvoraussetzungen und Symptomgeschehen) informiert“*, stimmen 44 % voll und 42 % teilweise zu, wobei 7 % teilweise bzw. überhaupt nicht zustimmen. Genauer betrachtet (Abbildung 11) haben am meisten HÄ mit IPB-Vertrag (11 % der befragten HÄ) angegeben, nicht so gut informiert zu sein. HÄ sind nach den Vorgaben der IPB die Einzigen, die IPB verordnen können und dürfen.

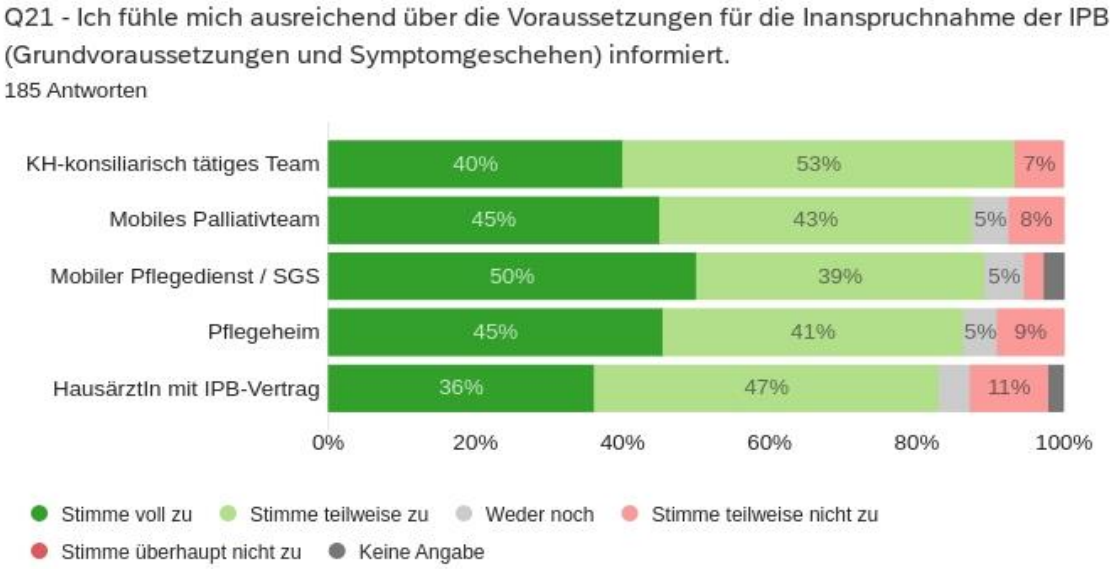


Abbildung 11: Informationsstand über Voraussetzungen der IPB (nach Tätigkeitsfeld IPB)

Der Aussage, dass sich die Befragten ausreichend über die Verordnung (Dauer der IPB, Leistungsumfang etc.) der IPB informiert fühlen, stimmten 34 % voll bzw. 45 % teilweise zu. Der Großteil fühlte sich gut informiert, wobei ein beträchtlicher Anteil von 12 % angab, sich nicht ganz gut informiert zu fühlen. Auch hier ist der Bedarf an mehr Informationen ersichtlich, den es zu decken gilt.

Genauer betrachtet, gaben auch hier am meisten HÄ mit IPB-Vertrag an, sich nicht ausreichend informiert zu fühlen. Befragte, die in MPTs tätig sind, schienen am besten informiert zu sein. Dies könnte auch damit erklärt werden, dass die im MPTs tätigen Akteur*innen stärker im Prozess eingebunden sind als die HÄ.

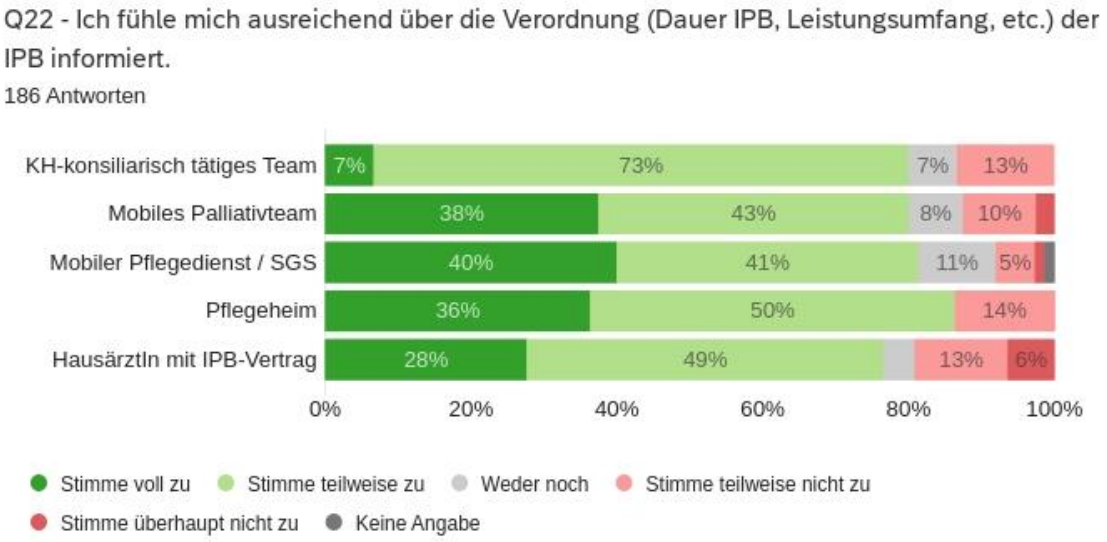


Abbildung 12: Informationsstand zur Verordnung der IPB (nach Tätigkeitsfeld IPB)

Der Aussage, dass sich die Befragten ausreichend über den Ablauf der IPB informiert fühlen, stimmten 38 % voll und 43 % teilweise zu. Der Großteil der Befragten fühlte sich über den Ablauf der IPB gut informiert, wobei ein nicht zu unterschätzender Anteil von 12 % sich nicht ganz bzw. überhaupt nicht informiert fühlte.

Aufgeteilt nach dem derzeitigen Tätigkeitsfeld in der IPB (Abbildung 13) fühlten sich Befragte, die in MPTs oder SGS tätig waren, am besten informiert. Auffallend war erneut, dass HÄ sich auch über den Ablauf der IPB nicht so gut informiert fühlten. Ebenfalls fühlten sich im Pflegeheim tätige Personen nicht ausreichend über den Ablauf der IPB informiert.

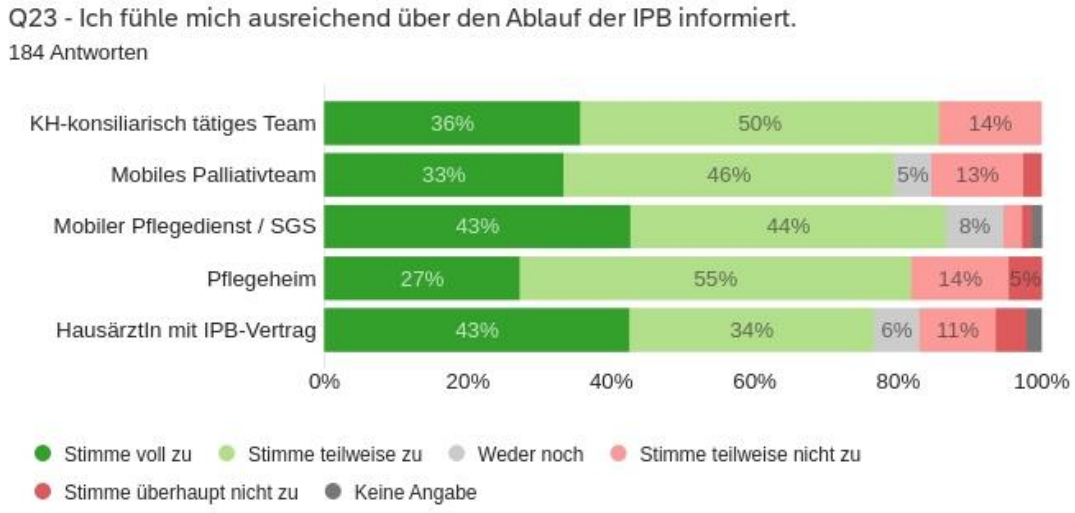


Abbildung 13: Informationsstand über Ablauf der IPB (nach Tätigkeitsfeld IPB)

Der Informationsstand der Befragten zu den Abrechnungsmodalitäten der IPB wurde im Vergleich zu anderen Bereichen am schlechtesten bewertet. Nur ein Fünftel der Befragten fühlte sich ausreichend über die Abrechnungsmodalitäten informiert, 35 % fühlten sich nur teilweise informiert (Abbildung 14).

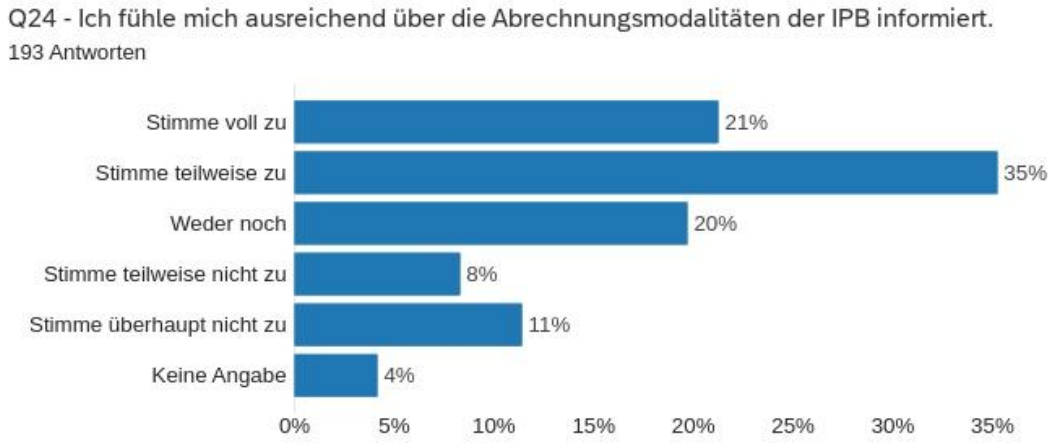


Abbildung 14: Informationsstand zu Abrechnungsmodalitäten der IPB

Aufgeschlüsselt nach den IPB Bereichen, in denen die Befragten tätig waren (Abbildung 15), zeigte sich, dass der schlechte Informationsstand bei allen Akteur*innen vorhanden ist. Ein Fünftel der Befragten, die in MPTs tätig sind bzw. 15 % der HÄ fühlten sich nicht ausreichend informiert. Befragte, die im MPT oder SGS tätig sind, wiesen dabei den geringsten Anteil an Personen mit schlechtem Informationsstand zur Abrechnung in der IPB auf.

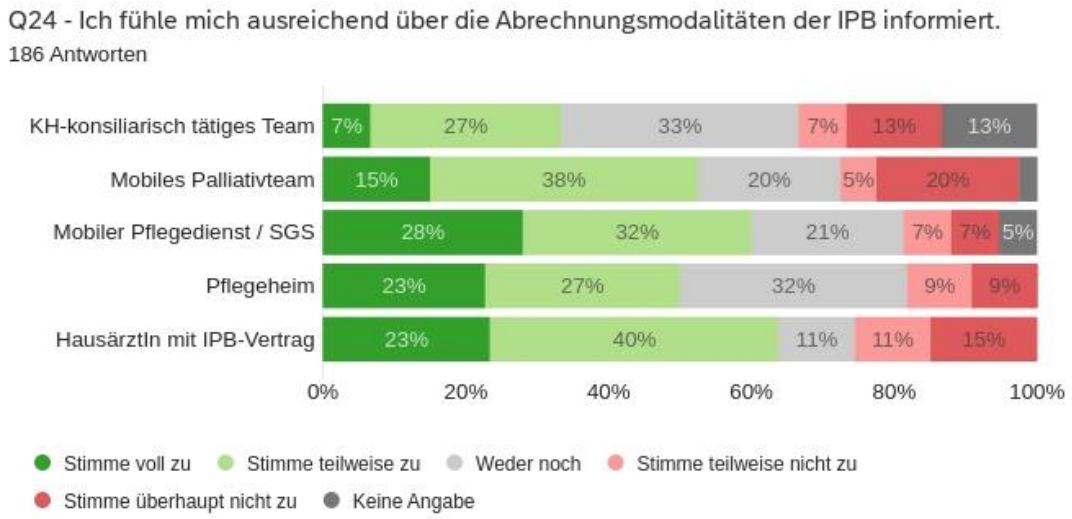


Abbildung 15: Informationsstand zu Abrechnungsmodalitäten der IPB (nach Tätigkeitsfeld IPB)

Bei Fragen und Unklarheiten stimmten 61 % der Befragten voll bzw. 22 % teilweise zu, sich an Kolleg*innen im eigenem IPB-Betreuungsteam wenden zu können (Anhang, Q25). Aufgeschlüsselt nach IPB-Tätigkeitsbereich wurde der Austausch innerhalb des IPB-Betreuungsteams von den in MPTs oder SGS tätigen Personen am besten bewertet.

Befragte sollten auch ihre Zustimmung zur Aussage, dass ihnen bei Unklarheiten in Bezug auf die IPB die Ansprechpartner*innen bekannt sind (Anhang, Q26) abgeben. Großteils waren die Ansprechpartner*innen bekannt (bei 65 %), jedoch war dies etwa einem Fünftel der Befragten nicht und 14 % der Befragten nur teilweise bekannt.

Aufgeteilt nach dem IPB Tätigkeitsbereich (Abbildung 16) waren Defizite in Bezug auf die Ansprechpartner*innen am häufigsten bei den HÄ (32 %), dem KH-konsiliarisch tätigem Team (20 %) und MPT bzw. SGS (19 %) zu beobachten. Analog zu vorherigen Fragen (Q21-Q24) zeigten die Ergebnisse auch hier wieder ein Optimierungspotential in Bezug auf die Informationsvermittlung, vor allem für HÄ mit IPB-Vertrag, auf.

Abbildung 16: Ansprechpartner*innen bekannt (nach Tätigkeitsfeld IPB)

Laut dem Modell der IPB sollte die Expertise der MPTs genutzt werden, um vor allem komplexeren Behandlungsbedarf angemessen abzudecken. Etwa die Hälfte (46 %) der Befragten gab an, dass das MPT meistens miteinbezogen wird, wohingegen nur 13 % der Befragten angaben, dass das MPT immer miteinbezogen wird. Als Begründung, wieso MPTs nicht miteinbezogen werden, wurden (zusammengefasst) folgende Aspekte genannt: nicht immer notwendig, Ausbildung zu Palliative Care vorhanden, gute Zusammenarbeit mit Wohnheim/Sozialsprengel/Ärzt*innen, wenn eigene Ressourcen ausreichen sowie zu wenig Information in der Bevölkerung (Anhang, Q28).

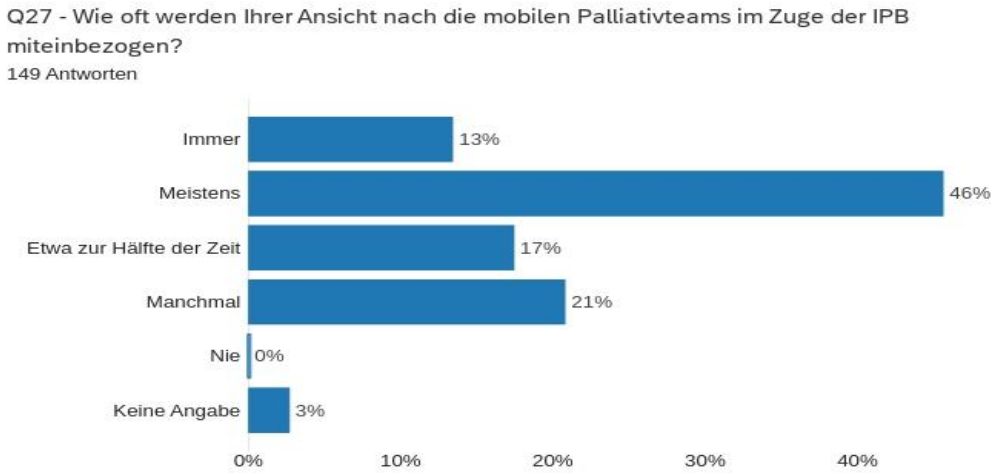


Abbildung 17: Häufigkeit Miteinbeziehung mobiler Palliativteams

Deutlich wird die Bedeutung der MPTs bei der Betreuung von Personen mit komplexen palliativem Behandlungsbedarf, indem mehr als die Hälfte der Befragten angab, sich ausreichend durch MPTs unterstützt zu fühlen. Vor allem stimmen drei Viertel der HÄ dieser Aussage voll zu (Anhang, Q29).

Zusammenarbeit mit verschiedenen Akteur*innen

Befragte sollten angeben, wie sie die Zusammenarbeit mit den verschiedenen Akteur*innen (außer ihrem angegebenen Tätigkeitsfeld bei der IPB) innerhalb der IPB bewerten. Zusammengefasst wurde die Zusammenarbeit mit den MPTs (57 %) und den SGS (49 %) als sehr gut bewertet. Etwa ein Viertel der Befragten bewerteten die Zusammenarbeit mit Pflegeheimen als sehr gut bzw. ein Drittel als gut. Die Zusammenarbeit mit Krankenhäusern wurde am schlechtesten bewertet, wobei 10 % der Befragten diese als eher schlecht und 4 % diese sogar als sehr schlecht ansahen. Eine detailliertere Darstellung der Bewertung nach Tätigkeitsfeld in der IPB ist dem Anhang zu entnehmen (Q31_1 bis Q31_5).

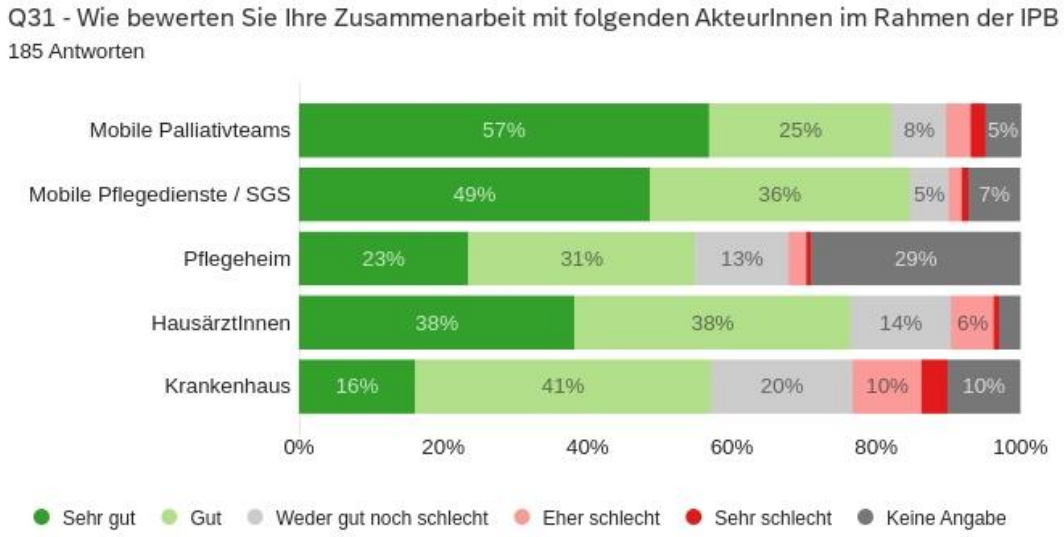


Abbildung 18: Bewertung der Zusammenarbeit

Auf die Frage, ob ein Austausch mit Pflegeheimen stattfindet (Q15), hat etwa ein Fünftel der Befragten (außer in Pflegheim Tätige) diese Frage mit „nein“ beantwortet und Gründe dafür angegeben, die ein Missverständnis betreffend diese Frage vermuten lassen. Dies könnte bei Frage Q31 ähnlich sein, da etwa ein Drittel der Befragten keine Angaben zur Zusammenarbeit mit Pflegeheimen machte. Ein runderes Bild lieferten hier die Ergebnisse aus den Interviews, wo auf die Zusammenarbeit genauer eingegangen wurde.

Organisation der IPB

Bei Aussage Q32 sollten die Befragten kundtun, inwieweit sie zustimmen, dass das Spektrum der palliativmedizinischen und -pflegerischen Tätigkeiten der IPB für sie klar definiert ist. Der Großteil der Befragten stimmte der Aussage voll (39 %) bzw. teilweise (43 %) zu. Neutral blieben 6 % der Befragten, 8 % stimmten nur teilweise und 2 % gar nicht zu (Anhang, Q32).
Aufgeschlüsselt nach dem Tätigkeitsfeld im Rahmen der IPB, gab es bei 8 % keine und bei 15 % nur teilweise Zustimmung von Befragten aus den KH-konsiliarisch tätigen Teams, wie auch wenig Zustimmung von in MPTs und in Pflegeheimen Tätigen (Abbildung 19).

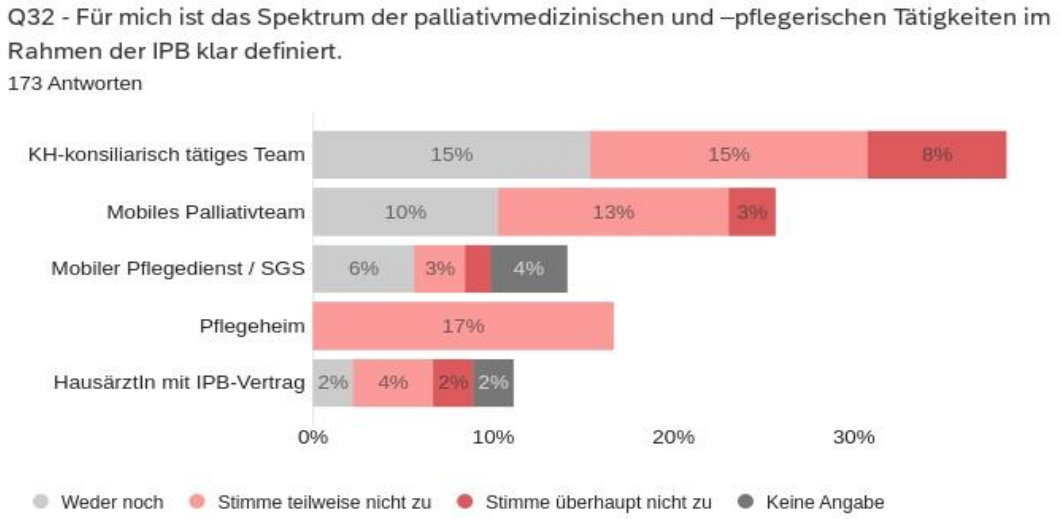


Abbildung 19: Spektrum der Tätigkeiten im Rahmen der IPB klar definiert?

Befragte aus den KH-konsiliarisch tätigen Teams sahen die Zuständigkeiten in der Versorgung im Rahmen der IPB am wenigsten klar definiert. Grundsätzlich gab es vom Großteil der Befragten eine hohe oder auch teilweise Zustimmung über klar definierte Zuständigkeiten.

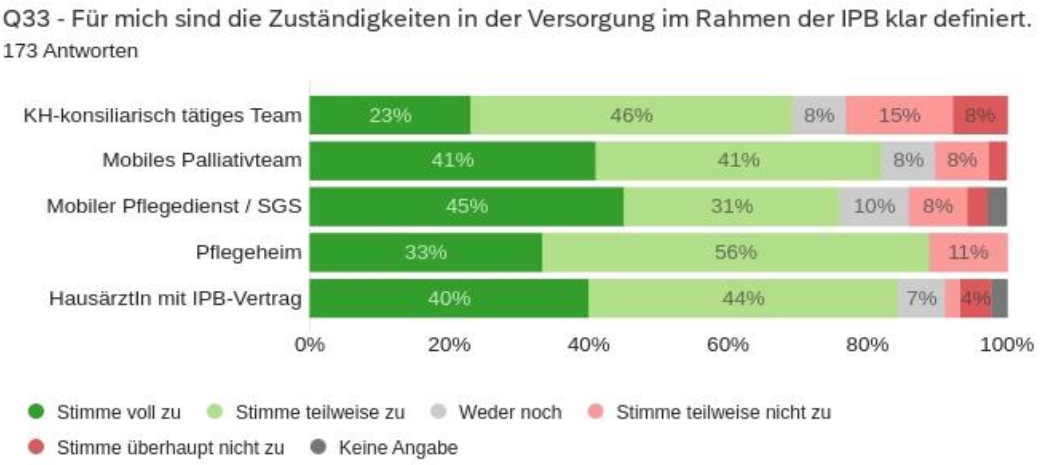


Abbildung 20: Zuständigkeiten im Rahmen der IPB klar definiert?

Befragte sollten angeben, welche der in der **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** aufgelisteten Elemente der Palliative Care sie im Rahmen von IPB einsetzen. Die Bedeutung der Angehörigengespräche wurde mit 153 Nennungen deutlich hervorgehoben. Weniger Einsatz fanden laut Antworten ethische Fallbesprechungen und Runde-Tisch-Gespräche (Abbildung 20).

Q34 - Welche Elemente der Palliative Care setzen Sie im Rahmen der IPB ein? (Mehrfachnennung möglich)
176 Antworten

Feld	Antwortanzahl
Angehörigengespräche	153
Erstellung einer vorausschauenden Betreuungsplanung / Plan für Krisen und Notfälle	118
Gemeinsame Verlaufsgespräche (zwischen HausärztInnen, mobilen Pflegediensten/SGS, Pflegeheimen, Mobilen Palliativteams)	111
Gemeinsames Erstgespräch (zwischen HausärztInnen, mobilen Pflegediensten/SGS, Pflegeheimen, Mobilen Palliativteams)	108
Versorgungsmanagement (Koordination zwischen ambulanter und stationärer Versorgung)	104
Runde-Tisch-Gespräche (interdisziplinäre Besprechung mit PatientIn und Angehörigen zur Informationsweitergabe mit dem Fokus auf die Bedürfnisse des/der PatientIn)	66
Ethische Fallbesprechungen (interdisziplinäre Besprechung von Handlungsoptionen bei ethischen Konflikten)	34

Abbildung 21: Einsatz Elemente Palliative Care im IPB

In einer weiteren Frage (Anhang, Q35) bewerteten Befragte den Nutzen der eingesetzten Elemente der Palliative Care. Der Nutzen aller Elemente wurde großteils (zwischen 62-85 %) als sehr hoch bewertet. Die Zielsetzungen der IPB (Anhang, Q36) wurden nach 24 % der Befragten vollkommen, nach 65 % eher erreicht.

Auf einer Skala von 0 bis 10 sollten Befragte den Nutzer der IPB hinsichtlich drei Aspekten (Abbildung 22) bewerten. Der Nutzen der IPB hinsichtlich der Lebensqualität der Patient*innen wurde mit einem durchschnittlichen Wert von 8,5 am höchsten bewertet. Pflegerische/medizinische Leistungen wurden im Durchschnitt mit 8,4 bewertet, wobei der Median von beiden genannten Aspekten bei 9 lag und somit der Nutzen als sehr hoch bewertet wurde. Die Entlastung von Angehörigen wurde mit einem durchschnittlichen Nutzen von 8 als eher hoch eingestuft (Anhang, Q37). Der Abbildung 22 ist die Verteilung der Bewertungen je Aspekt farblich Dargestellt zu entnehmen.

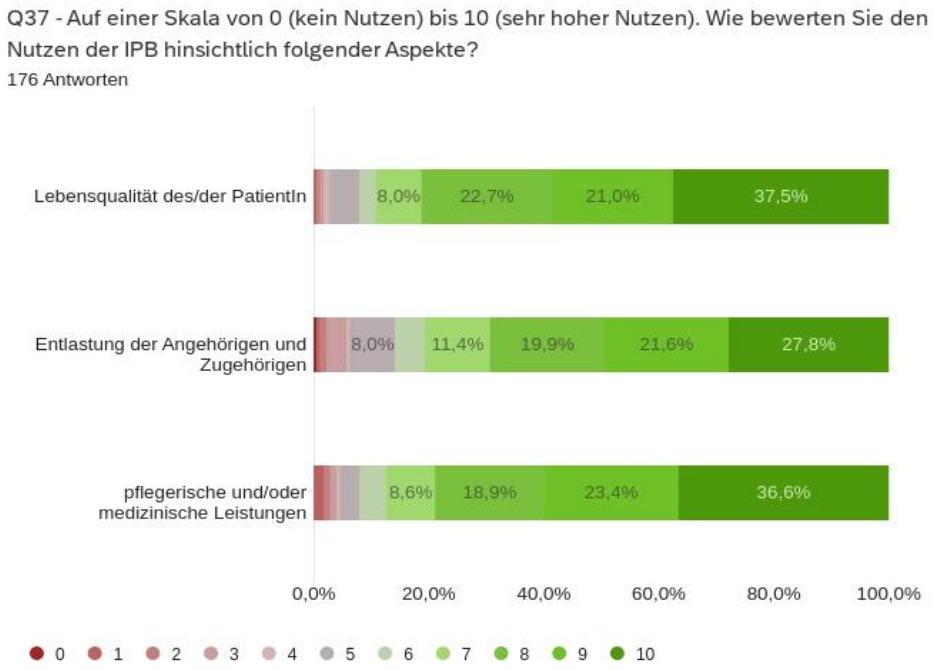


Abbildung 22: Bewertung Nutzen IPB

Befragte sollten angeben, für wieviel Prozent der IPB-Patient*innen sie die vorgesehene Betreuungsdauer zu gering einschätzen. 66 % der Befragten gaben an, dass dies für die Hälfte der IPB-Patient*innen zutreffe. Etwa ein Fünftel der Befragten gab an, dass sogar für bis zu 75 % der Patient*innen die Betreuungsdauer zu kurz sei (Abbildung 23).

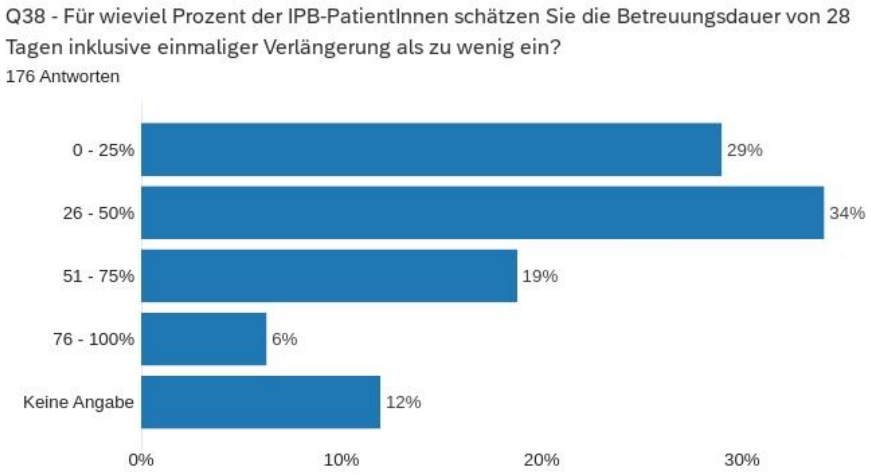


Abbildung 23: Betreuungsdauer für IPB-Patient*innen zu wenig?

Die Bewertungen wurden wie folgt begründet: Erfahrungswerte, IPB sollte früher beginnen, Einschätzung ist schwierig. Außerdem wurde der komplexere Betreuungsaufwand oft genannt, und vor allem die Betreuungsdauer jüngerer Patient*innen länger angegeben, sowie dass die Einschätzung für jüngere Patient*innen schwierig sei (Anhang, Q39).
Das soziale Engagement von in der IPB tätigen Personen wird durch das Ergebnis sichtbar, dass drei Viertel der Befragten angaben, nach dem Ableben der Patient*innen noch Kontakt zu den Angehörigen gehabt zu haben.

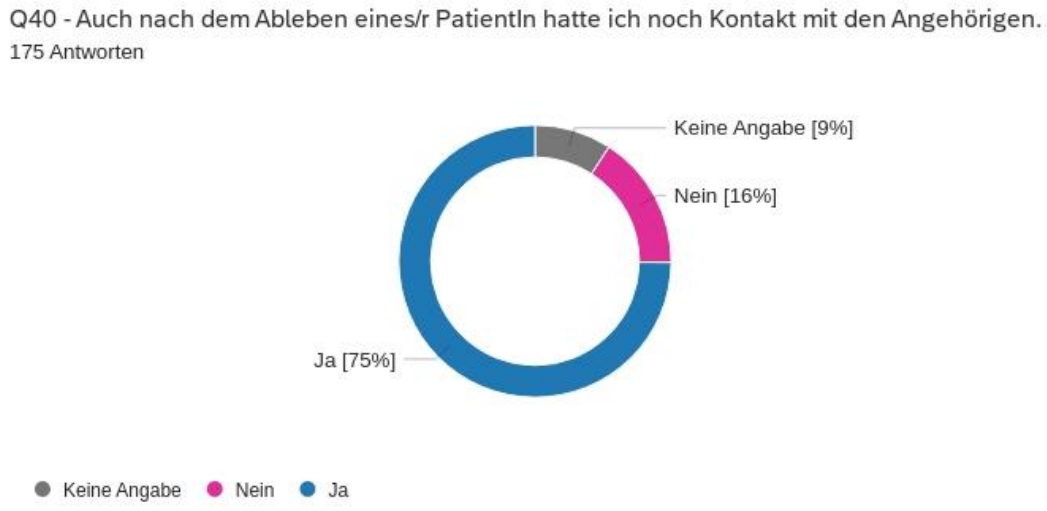


Abbildung 24: Kontakt mit Angehörigen nach Ableben der*s Patient*in

Ein Drittel der Befragten stimmte voll bzw. 43 % teilweise zu, dass die Versorgung verstorbener Patient*innen im Rahmen der IPB ausreichend möglich sei (Anhang, Q41).
Als Gründe dafür, dass dies manchmal nicht möglich war, wurden fehlende Kapazitäten der DGPK/DGKS, fehlende Rufbereitschaft sowie die mit dem Versterbetag zeitlich begrenzte Verrechenbarkeit genannt.

Beibehaltung und Optimierung von Abläufen

Auf die Frage, welche Abläufe der IPB unbedingt beibehalten werden sollten, gaben 16 Befragte an, dass alle Abläufe so beibehalten werden sollten. Fünf Befragte gaben an, dass keine Optimierung von Abläufen notwendig sei.
Wichtig fanden die Befragten im Bereich der Kommunikation und der Zusammenarbeit, dass Vernetzungsgespräche, Erstgespräche und der laufende Austausch mehr Platz finden sollten, bzw. Erstgespräche früher erfolgen sollten, was wiederum aufgrund von Ressourcenengpässen problematisch erschien. Der interdisziplinäre Austausch, Abstimmungen mit dem Entlassungsmanagement der Krankenhäuser, Vernetzung mit Betreuungspartner*innen sind nur ein paar Optimierungsvorschläge in Bezug auf Kommunikation und Austausch (mehr dazu siehe Anhang, Q44).
Das Einbeziehen von PA und PFA war der meist genannte Vorschlag zur Optimierung von Abläufen innerhalb der IPB, was sich auch mit der allgemeinen Problematik der Ressourcen deckt. Es wurde zudem nach mehr Aufklärung und Informationen verlangt, sowohl auf der Seite der Angehörigen/Öffentlichkeit, als auch auf Seiten der Betreuer*innen.
Betreffend die Rahmenbedingungen sollte die Möglichkeit zur Verlängerung beibehalten und mehr Flexibilität in der Organisation der Betreuung eingeräumt werden.
Unter organisatorischen Aspekten, die optimiert werden sollten, nannten die Befragten die Möglichkeit der Beantragung durch das MPT, Rufbereitschaft/Nachtbereitschaft, unkomplizierte Abläufe, Anpassung der Verrechnung (z.B. mehrere Visiten pro Tag, Einsatz PA/PFA verrechenbar) sowie eine Fallführung durch HÄ (Anhang, Q42-Q43)

4.4. Detailergebnisse Leitfadeninterviews mit Stakeholdern

Im folgenden Teil des Berichts werden die Detailergebnisse der Leitfadeninterviews mit den Stakeholdern der IPB dargelegt. Ergänzt wurden die Ergebnisse mit relevanten Schlüsselaussagen der Interviews mit den ehemals pflegenden Angehörigen.

Oberkategorie 1: Differenzierung Befragte

Im Rahmen der Evaluierung wurden 16 Interviews mit 18 Personen geführt. Von den insgesamt 18 Befragten arbeiteten acht Personen im mobilen Bereich, in sieben SGS in vier unterschiedlichen Bezirken Tirols (Interviews 2,3,4,5,8,9,12,15). Von diesen acht Personen waren sieben Personen als PDL tätig. Vier Personen haben dies auch während des Interviews erwähnt und zusätzlich angegeben, dass sie auch pflegerische Maßnahmen tätigen bzw. als betreuende DGKS/DGKP tätig sind (Interviews 4,5,8,15). Eine*r der Befragten gab an, dass er/sie bei 90 % der Erstgespräche im Rahmen der IPB dabei sei (Interview 15). Eine der genannten Personen ist erst im Jahr 2018 nach Implementierung der IPB in den Bereich der mobilen Pflege eingestiegen (Interview 8).

Des Weiteren waren vier von den 18 Befragten als niedergelassene Allgemeinmediziner*innen mit einem Kassenvertrag sowie einem zusätzlichen IPB-Vertrag tätig (Interview 6,10,11,14). Drei von den vier befragten HÄ haben die IPB bereits öfters verordnet (Interview 10,11,14). Eine Person verordnete die IPB bisher erst selten, arbeitet aber mit einem selbst aufgebauten Netzwerk mit dem SGS sehr viel in der Palliativbetreuung und nannte dies sein/ihr eigenes „Steckenpferd“ (Interview 6).

Fünf der 18 Befragten waren Teil eines MPT in Tirol (Interview 1,7,13). Eine*r der Befragten gab darüber hinaus an, dass er/sie von Anfang an und somit auch schon bei Implementierung der IPB 2017 dabei war und das Modell unter anderem auch bei HÄ und SGS vorgestellt hatte (Interview 7). Des Weiteren gab es bei mindestens einer*m der Befragten zusätzlich einen Palliativkonsiliardienst „im Haus“ (Interview 13).

Eine/r der 18 Befragten arbeitete als stellvertretende*r PDL sowie Bereichsleitung von zwei Wohngruppen in einem Pflegeheim. Bisher hatte der/die Befragte nur am Rande mit der IPB zu tun, da diese im Pflegeheim (bisher) nicht verordnet wurde.

Oberkategorie 2: Wirkung IPB auf eigene Arbeit

Entlastung der Beteiligten (6 Nennungen)

Die IPB wurde aufgrund der leichteren Zusammenarbeit mit den HÄ und den MPTs sowie der Absicherung bei Fragen und Anliegen (bspw. Organisation von Medikamenten) durch die MPTs, von einem Teil der Befragten als entlastend und hilfreich empfunden. Darüber hinaus wurde die Zeitersparnis für den SGS erwähnt, da die MPTs viel Arbeit (bspw. Aufgaben der HÄ) übernehmen. Auch zwei der HÄ sahen die IPB teilweise als Entlastung, da vor deren Einführung Hausbesuche bei Patient*innen häufiger notwendig waren und diese jetzt teilweise von den MPTs übernommen werden. Eine*r weitere*r Befragte*r eines MPT beschrieb das Hinzuziehen der „Netzwerkpartner“ (HÄ und SGS) als kleine Unterstützung in ihrer Arbeit.

> *„Ja also entlastend eigentlich, weil sie gewisse Arbeiten einfach sie (das MPT) übernehmen. Auch was Arzt mäßig anbetrifft, also das muss ich auch sagen. Sie übernehmen, weil natürlich der Arzt vor Ort ist brauchen wir natürlich oft nicht mehr zu den Hausärzten hingehen. Weil sonst muss dann wieder ein Hausarzt kommen, das ist oft so kompliziert. Und darum kommt ja da immer ein Arzt mit und der entscheidet das, schreibt das auf und dann kennen wir uns aus. Also es ist von der Zeit her auch viel weniger, also das muss ich schon auch sagen, also da brauchen wir weniger laufen. Weil das ist für uns natürlich, ich mein sicher, das können wir ja verrechnen aber da geht es einfach um das Prinzip. Da spart man sich viel Zeit und wir werden -auch wenn wir nicht da sind - angerufen. Also das funktioniert einwandfrei (…).“ (I 9, A 4)*

Zeit- und Kostenfaktor (5 Nennungen)

Die IPB hat die Arbeit eines Teils der Befragten insofern verändert, als dass nicht immer ein Zeit- und Kostendruck mitschwingt. Vor der Einführung der IPB wurde die Betreuung von Palliativpatient*innen durch das Pflegepersonal teilweise unentgeltlich in der Freizeit durchgeführt. Nun steht mehr Zeit für die Betreuung der Patient*innen aufgrund der Kostenübernahme der 3-stündigen pflegerischen Betreuung pro Tag zur Verfügung. Zusätzlich ermöglicht man Patient*innen mit weniger finanziellen Ressourcen oder sogar finanziellen Problemen die pflegerische Palliativbetreuung, was wiederum zu einer Entlastung der Patient*innen und Angehörigen führt. Dies führt dazu, dass die diplomierten Pflegekräfte mit einem „guten Gewissen“ und einem „besseren Gefühl“ zu den Patient*innen gehen können, da diese die Leistung kostenlos in Anspruch nehmen können.

Nichtsdestotrotz wurde seitens eines*r Befragten eines SGS erwähnt, dass die Zeit auch im Rahmen der IPB aufgrund zusätzlicher Angehörigengespräche sowie eines erhöhten Kommunikationsaufwands mit den HÄ und den MPTs begrenzt und knapp ist.

„Also, das finde ich ein total tolles Angebot, dass ich sie dann immer beruhigen kann, dass das jetzt kostenlos ist, dass man diese drei Stunden in Anspruch nehmen kann. Und man hat auch ein besseres Gefühl bei der Betreuung, dass man dann. Sonst hat man immer so auf die Uhr geschaut und man hat ähm eigentlich auch einfach oft haben wir auch eigentlich nicht mehr geschrieben und das dann in der Freizeit gemacht, usw. Muss ich auch sagen. Gerade Angehörigengespräche und so weiter, weil man muss ja ganz viele Angehörige betreuen, gerade im IPB. Da geht es nicht nur um die Grundpflege, da sind wir da und da brauchen wir auch oft mindestens nochmal eine Zeit mit Angehörige, Kinder, Mann, und so weiter. Und abgesehen. Die Betreuung zu optimieren mit Hausärzten, usw. also, da ist wirklich viel Zeit dahinter, wenn man das optimal machen möchte." (I 15, A 4)

Organisatorischer Mehraufwand aufgrund Unplanbarkeit (5 Nennungen)

Insbesondere die Befragten aus den SGS gaben an, dass die Betreuung von Palliativpatient*innen nicht planbar ist, da es zu spontanen Verschlechterungen kommen kann. Daher ist ihrer Meinung nach eine hohe Flexibilität von den Beteiligten und insbesondere den Mitarbeiter*innen in den SGS notwendig, beispielsweise müssen DGKS/DGKP aufgrund von IPB-Patient*innen teilweise auch Abenddienste übernehmen, die sonst eigentlich nicht geplant gewesen wären. Zusätzlich gestaltet sich das Schreiben von Dienstplänen im Vorhinein als schwierig und es kommt durch die IPB zu kurzfristigen Dienstplanänderungen. Insgesamt besteht ein erhöhter organisatorischer Mehraufwand insbesondere für die PDLs, die dadurch sehr gefordert sind.

„Hm, ich glaube schwierig für uns als Sprengel ist das einfach so das Nicht-planen-können beim Palliativpatienten. Das heißt, es braucht eine ganz, ganz hohe Flexibilität der Mitarbeiter, dass Palliativpatienten zu Hause auch gut betreut werden können. Denn wenn sich der verschlechtert und wir dann plötzlich dreimal, viermal täglich hinmüssen, dann muss das natürlich jeder Mitarbeiter mitmachen. Sonst wäre das nicht möglich. Und wenn ich am Monats oder im Vormonat den Dienstplan schreibe, dann weiß ich nicht, wer wann palliativ wird und wie sich die Situation entwickelt. Das ist sicher schwierig." (I 3, A 54)

Keine Wirkung / kein Einfluss auf eigene Arbeit (5 Nennungen)

Manche der Befragten und darunter insbesondere die HÄ sowie der/die Befragte des Pflegeheims sahen wenig oder keinen Einfluss der IPB auf die eigene Arbeit. So etwa gab eine*r der HÄ an, dass er/sie alleine „kämpft" und sieht insgesamt palliative Zusatzangebote und darunter auch die IPB als insuffizient, kompliziert und nicht zufriedenstellend. Ein*e andere*r HÄ beschrieb, dass die IPB kaum zu einer Erleichterung führt außer für die Patient*innen selbst. Stattdessen wurden von ihm/ihr Reibepunkte mit den MPTs beschrieben. Eine*r der befragten PDLs gab an, dass sich das Ausmaß der Betreuung durch die IPB nicht wirklich geändert hat,

dass die Kostenübernahme aber zu einer Entlastung und mehr Sicherheit für Palliativpatient*innen führt.

> *„Also, ich bin ähm, seit vielen Jahren ähm, bei der IPB dabei, bei der Betreuung. Ähm, (...) also, wenn ich es ganz ehrlich sagen darf, es hat sich kaum verändert oder es hat, also zumindest in meinem Bereich und auch im Bereich der Kollegen, es hat einige Reibepunkte mit dem Palliativteam gegeben. Und es war und ist mitunter, also von Erleichterung kann ich jetzt nicht wirklich sprechen. Zumindest einmal Erleichterung für die Patienten Erleichterung, ja. Natürlich also, das ist gar keine Frage." (I 10, A 5)*

Patient*innen mit komplexer palliativer Situation können zuhause betreut werden (3 Nennungen) Die IPB eröffnet laut Angaben der Interviewten neue Möglichkeiten, Palliativpatient*innen und insbesondere solche mit komplexerer Betreuungssituation sowie finanziell schlechter gestellte Patient*innen zu Hause zu betreuen.

> *„Ja, wir können komplexere Patienten zuhause betreuen. Äh, aber dadurch, dass auch der Sprengel mehr mitbetreuen kann ist es natürlich auch, äh, brauchen wir jetzt nicht für einen komplexen Patienten andere Betreuungen zurückfahren sozusagen, sondern, sondern äh es besteht, äh ergeben sich vielmehr Möglichkeiten daraus. Also, das hat eine deutliche Veränderung gebracht auch, ja. Viele hätten wir nicht betreut, die, oder einige hätten wir nicht betreuen können, die wären dann im Krankenhaus gewesen." (I 1, A 7)*

Kostenerstattung für Beteiligte (2 Nennungen)

Zwei HÄ gaben an, dass die einzige Auswirkung der IPB die Kostenerstattung bzw. Honorierung ihrer Leistungen ist.

> *„Die Arbeit selber nicht, aber es gibt eine Kostenerstattung." (I 11, A 4)*

Sinnstiftende Arbeit (1 Nennung)

Die Arbeit im Rahmen der IPB wurde aus Sicht eines*r Interviewten eines SGS auch als sinnstiftende und zufriedenstellende Arbeit beschrieben. In diesem Zusammenhang wurde von viel positivem Feedback von Patient*innen, aber insbesondere auch den Angehörigen gesprochen.

> *„Ähm. Eigentlich, die Betreuung. Ich habe das Gefühl, dass die Patienten sehr gut aufgehoben sind. Gibt auch uns sehr viel Sicherheit. Immer, weil man einfach rückfragen kann und so weiter und ich glaube, das übertragen wir ganz automatisch auf unsere Patienten. Wir bekommen ganz viel positives Feedback, dass es alles gut läuft, dass das gut gelaufen ist. Und das bestärkt uns dann immer wieder in dieser Arbeit. Und deswegen wollen wir es auch nicht missen. Das ist ein*

wichtiger Teil auch von uns. Und ja ähm macht einfach Sinn, finde ich. Eine sinnstiftende Arbeit. Weil man auch so – wenn man nach Jahren wieder die Angehörigen sieht und das dann immer noch spürt, dass das gut gelaufen ist, das. Ja, das stellt schon zufrieden, muss ich sagen." (I 15, A 38)

Oberkategorie 3: Informationsangebot

Informationsbedarf seitens der beteiligten Berufsgruppen (16 Nennungen)
Die Befragten gaben an, dass insbesondere dann ein Informationsbedarf bestünde, wenn Personal in den verschiedenen Bereichen neu dazukommt.

Alle befragten HÄ sowie auch andere Befragte gaben an, dass noch Informationsbedarf bei den HÄ besteht und zwar im speziellen in den Bereichen organisatorischer Ablauf, Voraussetzungen, Verordnung, beteiligte Berufsgruppen, Mehrwert für die HÄ sowie Übersicht über die Abrechnung. So erwähnten sie etwa, dass sie keine genaueren Informationen zum IPB-Vertrag im Vorhinein sowie zum organisatorischen Ablauf insgesamt erhalten hätten. Eine*r der befragten HÄ gab an, dass er/sie de facto gar keine Informationen zur IPB hat. Die Abrechnungsmodalitäten erscheinen ihnen unklar, bspw. wissen sie teilweise nicht, ob am Ende der IPB ein Honorar gestellt werden muss oder nicht. Darüber hinaus scheint unklar zu sein, ob der SGS und das MPT bei der Verordnung der IPB aktiviert werden müssen, automatisch informiert werden oder wer hier informieren muss und soll. Sie wünschen sich diesbezüglich mehr Transparenz und empfinden das vorhandene Informationsangebot als nicht ausreichend. Explizit genannt wurde auch der Wunsch nach Transparenz und Information darüber, was sie geleistet haben und honoriert bekommen haben. Außerdem besteht ein Bedarf an Aufklärung, welche Informationen an Patient*innen weitergegeben werden sollen und dürfen. Es scheint auch für die HÄ nicht klar zu sein, wer ihre Ansprechpartner*innen insbesondere beim Land Tirol sind und ob die Kontaktdaten, die sie seitens der ÖGK erhalten haben, noch aktuell sind.

„Es ist, es fehlen schon Informationen, muss ich sagen. Also, für mich ist es nicht ganz (..) also, ich weiß nicht am Ende des Tages, ok das habe ich geleistet, und dafür mache ich das. (I: Mhm) Für mich zählt, dass meine Patienten haben reduzierte Kosten und sind gut versorgt." (I 11, A 17)

Von den anderen Befragten wurde zudem erwähnt, dass es noch Aufklärungsarbeit bei den HÄ hinsichtlich des Mehrwertes der IPB in Bezug auf Zusammenarbeit und Qualitätssicherung benötigt sowie eine Aufklärung, dass „niemand ihnen hineinpfuscht". Darüber hinaus besteht auch noch Aufklärungsbedarf bezüglich der Unterscheidung zwischen dem Modell der IPB und

dem Hinzuziehen der MPTs, da es hier in zwei Interviews zu Verwechslungen bzw. zu einer Gleichsetzung von IPB mit den MPTs gekommen war. Vereinzelt herrscht laut MPTs außerdem noch die Auffassung, dass die IPB nur verordnet werden kann, wenn ein MPT involviert ist.

Ein*e Befragte*r der SGS gab an, dass er/sie noch Informationen zu den Voraussetzungen, ab wann IPB in Anspruch genommen werden kann (Kriterien) und die Dauer der IPB, wie lange man es wirklich einsetzen kann, benötigt bzw. dies noch unklar ist.

Laut des/der Befragten des Pflegeheims haben diese bisher nur wenig bis keine Informationen zur IPB erhalten und haben sich bisher auch wenig integriert gefühlt, da es sich um ein Modell für den häuslichen Bereich zu handeln scheint.

> *„Wir haben die Informationen. Nachdem wir schon lange genug damit arbeiten, wir haben die Informationen. Wir haben auch notfalls die Ansprechpartner*innen, mit denen wir reden können, wenn uns eine Information fehlt, ja. (B2: Inwieweit.) Gerade bei der österreichischen Kasse, äh die Hausärzte haben oftmals keine Informationen. (B2: Ja, inwieweit hier diese Informationen allen zu Verfügung steht ist natürlich schon, das können wir nicht hundertprozentig beurteilen, es fällt nur auf, dass doch da Defizite sind.) Also, ich erlebe immer wieder Hausärztinnen, Hausärzte, die (B2: Gar nicht wissen.) nicht mal wissen, dass es das gibt.“ (I 1, A 19-21)*

Informationsweise und –material (9 Nennungen)

Die Befragten gaben an, dass sie bei der Einführung der IPB über Informationsveranstaltungen bzw. einem Impulsvortrag informiert wurden, eventuell hat es auch E-Mails oder einen Postwurf für die HÄ gegeben. Hier wurde von einer*m Befragten erwähnt, dass nur etwa ein Drittel der HÄ bei dieser Veranstaltung anwesend war. Eine*r der befragten HÄ gab an, dass bei der Informationsveranstaltung nur informiert wurde, dass er/sie über die IPB verrechnen kann und dass es ein MPT gibt, ansonsten wurden keine Informationen bereitgestellt.

Die MPTs haben teilweise auch selbstständig die SGS sowie die HÄ informiert bzw. das Modell der IPB vorgestellt. Zusätzlich gibt es die Überlegung bei den MPTs weiterhin Informationsveranstaltungen zu machen. Es herrscht jedoch die Befürchtung, dass zu wenig Teilnehmer*innen kommen und Informationen dann in der Praxis verloren gehen.

Betreffend das Informationsmaterial erwähnten die Befragten, dass sie zu Beginn Informationen schriftlich in ausgedruckter Form erhalten haben, an denen sich seither nichts geändert hat.

Es wurde der Wunsch nach einem Leitfaden für HÄ geäußert, der den organisatorischen Ablauf nach Unterzeichnung des IPB-Vertrages hinsichtlich Anmeldung, Abmeldung, Honorarlegung sowie Zusammenarbeit mit den SGS beschreibt. Bisher haben sich die HÄ die Informationen bzw. den Ablauf selbst notiert und zusammengeschrieben.

Außerdem wird ein Flyer für die Vertragspartner*innen bzw. die HÄ gewünscht. Zusätzlich wurde erwähnt, dass es schwierig ist, wie man die Informationen am besten an alle beteiligten Berufsgruppen verteilen soll. Ein Newsletter wurde als Möglichkeit genannt.

> *„Es wäre fein, wenn wir da so eine Art Leitfaden bekommen würden, wenn man den Vertrag unterschreibt. Ich habe mir das, glaube ich, damals irgendwie zusammen getextet und hab dann also (..) eine to do Liste für meine Assistentinnen geschrieben, quasi wie füllt man das Formular vor ab (lachen) (I: lachen, mhm) aus.“ (I 11, A 21)*

Ansprechpartner*innen (6 Nennungen)

Die MPTs wurden als Ansprechpartner*innen für Fragen genannt und verstehen auch selbst ihre Rolle als Informationsvermittler*innen.

Die SGS fungieren laut eigener Auskunft oftmals als Vermittler*innen zu den HÄ und informieren diese. Darüber hinaus erwähnte eine*r Befragte*r eines SGS, dass sie sich fehlende Informationen direkt von der ÖGK und vom Land Tirol geholt und dort immer fundierte Auskünfte erhalten haben.

Die Mitarbeitenden der MPTs selbst erwähnten, dass Ansprechpartner*innen auch für sie zur Verfügung stehen, bei denen man auch immer die erforderlichen Informationen erhält. Sie erwähnten jedoch auch, dass es bei der Zusammenlegung der Sozialversicherungsträger zwischendurch schwierig war, Ansprechpartner*innen bei der ÖGK zu haben bei Fragen den IPB-Vertrag betreffend.

Ausreichende Informationen (5 Nennungen)

Von vier der Befragten wurde das Informationsangebot hinsichtlich der IPB als ausreichend betrachtet. Insbesondere die befragten Personen der SGS sowie der MPTs wissen größtenteils wie die IPB abläuft und sind informiert bezüglich Voraussetzungen, organisatorischem Ablauf und Verordnungsmodalitäten. Wenn Mitarbeiter*innen des SGS Informationen benötigen, wenden sie sich oft direkt an die MPTs. Ein Teil der Befragten der MPTs empfindet den organisatorischen Ablauf der IPB übersichtlich und auch klar kommuniziert.

> *„Also, ich finde schon, dass des so gut (I: Gibt es Informationen die Ihnen aber abgehen, oder würden Sie sagen.) Nein, wenn ich Informationen brauche, dann frage ich beim Palliativteam nach und bekomme die.“ (I 3, A 12)*

Regelmäßigkeit Informationen (4 Nennungen)

Regelmäßige Informationen bezüglich der IPB werden insbesondere nur dann gewünscht, wenn es Neuerungen gibt. Eine*r der Befragten gab an, dass er/sie sich regelmäßige Informationen auf breiter Ebene über große Medien wünscht. Explizit erwähnt wurde jedoch, dass eine regelmäßigere Information an HÄ gewünscht wird bzw. eine generelle neue Informationsrunde zur Verbreitung von Informationen über die IPB sinnvoll wäre. Die HÄ selbst wünschen sich auch regelmäßigere Informationen und betonten hier wiederum ihr Bedürfnis nach transparenter Darstellung der Abrechnung und der Anzahl der Patient*innen, die sie im Rahmen der IPB betreut haben. Die Mitarbeitenden der SGS gaben an, dass sie sich teilweise gegenseitig kontaktieren für einen Informationsaustausch bei Fragen zur IPB.

Unterkategorie 3.1: Informationen Öffentlichkeit

Generell gaben die befragten Personen an, dass die breite Bevölkerung und hier insbesondere die Angehörigen nicht oder nur sehr wenig über die IPB informiert sind bzw. die Informationen nicht transparent sind (5 Nennungen). Eine*r der Befragten empfand das Informationsangebot für die breite Bevölkerung als zu wenig.

> *„Besonders in der breiten Bevölkerung ist es, ist die Information nicht, eben gar nicht weit verbreitet, dass es das Angebot gibt, ja. Meiner Meinung nach.“ (I 8, A 14)*

Die SGS sehen sich selbst als Vermittler*innen, um das Angebot der IPB auch bei den Angehörigen vorzustellen.

Ein Teil der Befragten gab an, dass sie es als besser empfinden, dass die Angehörigen direkt informiert werden und es keine Informationen in der Öffentlichkeit gibt, damit die Betreuung im Rahmen der IPB nicht eingefordert werden kann (3 Nennungen). Eine*r andere*r Befragte*r der SGS wiederum gab an, dass er/sie die IPB auch bei Personen im Rahmen eines Erstgespräches vorstellt, die noch keinen Bedarf haben, um die Information zu verbreiten.

> *„Ich meine für die Angehörigen, die informieren wir natürlich. Das finde ich auch richtig, denn sonst geht es über fünf Ecken. Weil wenn die Angehörigen das von irgendwo auswärts hören würden, dass es das gibt, dann wird das wahrscheinlich aus dem Ruder laufen, also, das ist wichtig, dass wir alle informiert sind, dass es das gibt.“ (I 9, A 10)*

Auch die MPTs sehen sich in der Rolle, über das Angebot der IPB zu informieren und zu vermitteln. Die MPTs sind jedoch vorsichtig und klären zuerst im Hintergrund ab, ob die SGS Ressourcen zur Verfügung haben, bevor sie Patient*innen über die IPB informieren.

Darüber hinaus besteht ein Bedarf an Aufklärung, welche Informationen an Patient*innen weitergegeben werden sollen und dürfen. Dies wurde sowohl von den Befragten der MPTs als auch von den HÄ erwähnt.

Perspektive der pflegenden Angehörigen

Eine pflegende Angehörige gab an, dass sie sich selbst im Internet auf die Suche nach professioneller Unterstützung in der Betreuung gemacht hatte, und dabei auf die IPB gestoßen sei.

Oberkategorie 4: Voraussetzungen der IPB

Voraussetzungen verständlich und zweckmäßig (11 Nennungen)

Ein Großteil der befragten Personen sah die Voraussetzungen für die IPB als verständlich und zweckmäßig an. Eine*r der HÄ sah das ganze Spektrum durch die sechs Symptomgeschehen[1] abgebildet. Auch für Befragte eines der MPTs erschienen die Voraussetzungen sehr klar, weil sie laut ihren Angaben sowieso nur mit Patient*innen in komplexen palliativen Situationen arbeiten. Es wurden wenige/keine Änderungswünsche genannt. Eine*r der HÄ hatte keine Informationen zu den genauen Voraussetzungen, hat aber bisher erst zwei Mal die IPB verordnet.

Voraussetzungen / Kriterien nicht klar oder schwierig für die Praxis (6 Nennungen)

Als schwierig wurde die Benennung der Voraussetzung angesehen bzw. fehlte manchen der Befragten eine genaue Definition, ab wann bei einer*m Patient*in eine komplexe palliative Situation vorliegt und IPB in Anspruch genommen werden kann. Bei onkologischen Erkrankungen wurde dies als einfacher angesehen.

Außerdem wurde erwähnt, dass der Sterbeprozess sehr individuell und komplex ist und es daher auch schwierig zu erkennen ist, ab wann es die IPB braucht bzw. wie lange der Sterbeprozess

[1] Zu den sechs Symptomgeschehen, von denen mindestens eines erfüllt sein muss, damit die IPB verordnet werden kann, zählen: Schmerzsymptomatik; neurologische / psychiatrische Symptomatik; instabile respiratorische Symptomatik; gastrointestinale Symptomatik mit komplexen medizinischen Herausforderungen; ulzerierende Wunden oder Tumore; urogenitale Symptomatik mit medizinischem Interventionsbedarf

noch dauern wird. Daher wird die IPB in manchen Fällen zu spät verordnet, da zu lange zugewartet wird.

> *„Wo wir manchmal so ein bisschen das Problem haben ist ähm, dass wir zu spät dran waren. (I: Mhm) Aber das ist halt oft so schwer ähm erkennbar, wie lange es noch bei jemanden noch dauert oder ob jetzt schon der richtige Zeitpunkt ist oder ob man noch zuwartet. (I: Mhm) (..) Das war manchmal wo man eher ähm ja zu lang zugewartet haben." (I 12, A 24)*

Hier herrschte zum Teil auch Unklarheit darüber, wie lange die IPB maximal verordnet werden kann und darf. Manche der Befragten sind der Überzeugung, dass die IPB maximal drei Monate verordnet werden kann.
Bei den SGS werden alle Patient*innen mit chronischer Erkrankung oder in der Geriatrie, insbesondere, wenn sie multimorbid sind, in einem palliativen Setting bzw. als sterbend und palliativ gesehen. Es gibt hier auch Diskussionen zwischen den SGS sowie den HÄ darüber, wer die IPB in Anspruch nehmen darf.

> *„Das ist schwierig, weil eben, das konkret zu benennen: was muss jemand haben, der palliativ ist und der das in Anspruch nehmen darf? Das ist mit den onkologischen Erkrankungen und den komplexen Symptomen einfach einzuordnen und einzuschätzen. Aber bei jedem geriatrischen Klienten, der irgendwann in diese Richtung gehen wird, ist das schwierig: was ist dem sein Hauptsymptom?" (I 3, A 18)*

Auch Befragte der MPTs erwähnten, dass den Netzwerkpartner*innen oft nicht klar ist, was eine komplexe palliative Situation ist und oft, vermutlich aufgrund von Überforderung, bei ihnen angefragt wird (auch unabhängig von der IPB). Die Kriterien schienen daher für die Netzwerkpartner*innen nicht immer klar zu sein, es besteht aber die Möglichkeit beim MPT nachzufragen, ob jemand für die IPB infrage kommt oder nicht. Eine*r der HÄ erwähnte, dass Patient*innen vom Krankenhaus oft zu früh in die IPB eingeschleust werden. Hier ist unklar, ob der/die Befragte damit meinten, dass tatsächlich die IPB zu früh verordnet wird oder ob das MPT zu früh hinzugezogen wird.

Verordnung kein Problem (5 Nennungen)

Betont wurde, dass die Verordnung immer ohne Probleme verlaufen sei, wenn es bei einem/r Patient*in erforderlich war bzw. es diesbezüglich keine Hürden und Probleme gibt, auch nicht bei einer Verlängerung. Ansonsten wurde von den Befragten der SGS auch erwähnt, dass gegebenenfalls auf die medizinische Hauskrankenpflege umgestiegen wird.

Von einem*r Befragten der SGS wurde erwähnt, dass es auch Fälle gegeben hat, wo die IPB nicht verordnet wurde, obwohl sie notwendig gewesen wäre. Dies war jedoch auf den/die HÄ zurückzuführen, da er/sie es als nicht notwendig erachtet hat.

Verordnung ohne Erfüllung der Voraussetzungen (2 Nennungen)
Von den Befragten der MPTs wurde erwähnt, dass die IPB auch manchmal für Patient*innen in prekären Situationen verordnet wird, ohne dass die eigentlichen Voraussetzungen erfüllt sind, dies jedoch dann für maximal drei Monate, da die IPB laut ihres Wissens nur drei Monate verordnet werden kann. Sie sahen darüber hinaus Erfahrung als essentiell, um beurteilen zu können, ob jemand sich für die IPB qualifiziert. Genaue Informationen zu den Voraussetzungen wurden hierbei als hilfreich erachtet, um zu wissen, wer Anspruch darauf hat.

Unterkategorie 4.1: Erweiterte Zielgruppe für IPB

Als eine erweiterte Zielgruppe für die IPB wurden von den Befragten insbesondere geriatrische Patient*innen (3 Nennungen), die bspw. multimorbid sind, sowie Personen mit chronischer Erkrankung (1 Nennung) genannt, die bisher zumindest teilweise noch nicht beachtet wurden, obwohl auch sie palliativ sein könnten. Von einer*m Befragten eines SGS wurde außerdem der Wunsch nach einer generellen Erweiterung der IPB hinsichtlich einer kostenlosen Palliativbetreuung für alle Palliativpatient*innen durch die HÄ und den SGS geäußert.

> *„…allerdings fallen da für mich auch Klienten durch den Rost, die einfach jetzt nur- sag ich - geriatrisch alte Klienten sind. Ähm, die genauso palliativ sein können, aber einfach keine onkologische Diagnose vielleicht bieten. Ähm, mit denen ist es immer noch schwierig, die in den IPB aufzunehmen. Das finde ich schade.“ (I 13, A 14)*

Oberkategorie 5: Organisatorischer Ablauf IPB

Mehraufwand Kommunikation und Organisation SGS (6 Nennungen)
Die Befragten der SGS erwähnten den hohen Kommunikations- und Organisationsaufwand im Zusammenhang mit der IPB. Durch die Vernetzungen mit MPTS, HÄ, durch Telefonate mit Angehörigen, interne Besprechungen im Team sowie der zusätzlichen psychischen Begleitung einzelner Mitarbeiter*innen besteht ein großer Mehraufwand, der durch die Kommunikationspauschale nicht zur Gänze abgedeckt wird. Darüber hinaus sind die täglichen drei Stunden Betreuung vom Dienstplan her schwer zu organisieren und einzuteilen.

„Ja, zum Beispiel diese Kommunikationspauschalen, diese 180 Euro. Wir haben in viel ähm indirekten Aufwand, gerade im Team ist das ganz viel zum Absprechen. Und da ist viel zu machen und zu organisieren. Und es sind auch die einzelnen Mitarbeiter sehr zu begleiten, dass sie, dass es nicht an ihnen hängen bleibt und da ist einfach viel auch noch, was im Sprengel zu machen ist. Und das ist sicher nicht mit diesen 180 Euro abzudecken im ganzen Monat. Weil wenn das ein sehr komplexer Fall ist, dann berührt es einfach auch die Schwestern immer ganz intensiv, und man muss auch mit den Hausärzten und mit dem Palliativteam kommunizieren. Auch wir sind oft sogar das Bindeglied zwischen denen beiden, das muss man auch sagen. Weil wir sind vor Ort und die Leute sind jetzt bei den Ärzten immer ganz anders als bei uns, wenn wir jetzt wirklich eine Pflegetätigkeit übernehmen müssen. (…) Und dann ja sagt er, er war auf Besuch und hat sich so geschildert. Und dann sage ich ja, aber, wenn wir dann eine Pflegehandlung machen, hat er dann doch wieder Schmerzen und so weiter. Aber da haben wir wirklich eine ganz gute Zusammenarbeit, muss ich sagen, auf beide Seiten." (I15, A6)

Ablauf aus Sicht der SGS (5 Nennungen)

Die Befragten der SGS haben die Erfahrung gemacht, dass der „Runde Tisch" zu Beginn der Palliativbetreuung teilweise schon im stationären Bereich stattfindet. Ressourcentechnisch ist ihnen eine Teilnahme daran leider meist nicht möglich, daher gibt es dann Wissensdefizite, wenn sie die Betreuung starten. Der Wunsch war klar, dass das zuhause stattfinden soll. Außerdem findet er im häuslichen Setting oft zu spät (eine Woche nach Heimkommen des/der Patient*in) statt, er sollte jedoch gleich zu Beginn stattfinden. HÄ sind außerdem beim „Runden Tisch" oft nicht dabei, obwohl es wichtig wäre. Darüber hinaus verwiesen die Befragten auch darauf, dass es teilweise zu wenig Vorlaufzeit gibt, wenn Patient*innen nachhause entlassen werden, insbesondere freitags. Dies kann dann bei der rechtzeitigen Beschaffung von Medikamenten oder Hilfsmitteln zu Schwierigkeiten führen. Generell wurde auch der Wunsch geäußert, dass Formulare bei MPTs (bspw. PCA-Pumpe) gleich aussehen sollten. Die Befragten der SGS gaben auch an, dass sie teilweise nicht genügend informiert werden über Symptome oder Gegebenheiten des/der Patient*in (bspw. Wunden oder Sauerstoff). Dadurch, dass sie jedoch alles vorab bestellen müssen, ist es wichtig, dass sie im Vorhinein alle Informationen erhalten. Eine*r der Befragten gab an, dass der SGS nur dann starten kann, wenn es einen Behandlungsplan gibt. Des Weiteren erwähnten sie, dass es nachmittags oft schwierig ist, den/die HÄ zu erreichen.

Ablauf aus Sicht der MPTs (4 Nennungen)

Das MPT kontaktiert zuerst in Absprache mit dem/der Patient*in den SGS, ob und wann sie einsteigen können. Falls der/die HÄ noch nicht involviert ist, wird auch diese*r kontaktiert, es findet ein Austausch statt und Unterlagen werden ggf. weitergeschickt. Wenn die IPB dann

verordnet wird, dann gibt es ein Erstgespräch vor Ort zuhause bei dem/der Patient*in mit MPT, dem SGS und mit dem/der HÄ. Falls dies nicht möglich ist, wird telefoniert, gemailt und/oder gefaxt. Bei jedem Hausbesuch des MPT wird der SGS bspw. über Therapieänderungen informiert.
Aufgrund eines Ressourcenproblems haben die SGS laut Info der MPTs leider teilweise nicht die Möglichkeit, Leistungen im Rahmen der IPB zu erbringen.

Abrechnung (4 Nennungen)
Die HÄ verwiesen darauf, dass die Leistungen auch schon früher auf die gleiche Art und Weise von ihnen erbracht wurden, diese jetzt jedoch abrechenbar sind. Darüber hinaus wurde auch erwähnt, dass Patient*innen, die beispielsweise eine 24-Stunden-Betreuung haben, nun durch die IPB auch zusätzlich den SGS in Anspruch nehmen können, genauso wie Personen, die davor schon Hauskrankenpflege erhalten und bezahlt haben.
Wenn HÄ keinen IPB-Vertrag haben, dann wird das MPT herangezogen und die Betreuungsleistungen über die medizinische Hauskrankenpflege abgerechnet. In solchen Situationen haben die Palliativpatient*innen teilweise schon überlegt den/die HÄ zu wechseln.

> *„Hm, ich glaube verbesserungswürdig ist immer alles. (Lachen) Ähm, aber was mich jetzt im Besonderen stört ist, dass die IPB grundsätzlich ja nur starten kann, wenn der jeweilige Hausarzt mit dem Versicherungsnehmer den Vertrag abgeschlossen hat. Wir haben Hausärzte, die das nicht haben, das heißt, wir können von unserer Seite her dann IPB nicht anbieten. Und das finde ich jetzt irgendwo den nicht ganz richtigen Weg. Wir können schon das mobile Hospizteam miteinbeziehen und das Ganze dann über medizinische Hauskrankenpflege abrechnen. Aber das ist nicht wirklich sinnvoll, dass man das dann versucht so zu umgehen, nur, weil eben ein Hausarzt einfach keinen Vertrag abgeschlossen hat. Und dann haben wir schon auch die Situationen gehabt, wo sich dann der Klient in einer palliativen Situation überlegt den Hausarzt zu wechseln. Das finde ich dann auch nicht wirklich sinnvoll, wenn ein Klient über Jahrzehnte oftmals einen Hausarzt hat seines Vertrauens und dann nur aufgrund des Abrechnungsmodus irgendwie versucht, selber irgendwie aktiv zu werden. In einer Phase, wo er sich damit eigentlich nicht damit auseinander setzten sollte.“ (I2, A8)*

Generell wurden die Abrechnungsmodalitäten als nicht transparent und klar von einer*m HÄ und einer*m Befragten eines SGS angesehen. Der SGS hat sich daher selbst Informationen bei den zuständigen Stellen hinsichtlich der Abrechnungsmodalitäten beschafft.

Von einer*m Befragten eines SGS wurde gesagt, dass die Abrechnung seit Einführung der IPB gleich geblieben sei.

Geringer organisatorischer Aufwand (3 Nennungen)

Drei der Befragten sahen den bürokratischen Aufwand für die Verordnung der IPB als gering bzw. „human“ an, da das Formular kurz und knapp gehalten ist und nur dieses auszufüllen ist. Darüber hinaus wurde von einem*r Befragten auch erwähnt, dass sich der organisatorische Ablauf auch für die Patient*innen selbst bzw. für deren Angehörige einfach gestaltet.

> *„bin froh, ich muss sagen ich bin auch froh, dass dieses Formular wirklich kurz und knapp gehalten wird. Ich meine abgesehen davon, dass man es faxen und mailen und im Original schicken muss, ist es wirklich ein humaner bürokratischer Aufwand. Wenn man das mal verstanden hat, wo kommt was hin, ist es absolut schaffbar.“ (I11, A21)*

Flexible An- und Abmeldung (3 Nennungen)

Von drei Befragten wurde auf die flexible An- und Abmeldung der IPB bei einer Änderung des Gesundheitszustandes eines*r Patient*in verwiesen. In solchen Fällen wird laut der Befragten auf die medizinische Hauskrankenpflege umgestiegen. In manchen Fällen wird die IPB auch abgemeldet, wenn eine 24-Stunden-Betreuung hinzugezogen wird, weil die Betreuung dann mit ärztlichen Visiten abgedeckt werden kann.

> *„Weil wir haben jetzt auch schon mal einen gehabt, bei dem wir gemeint haben, ja das wird jetzt ein Palliativpflegefall, da haben wir es dann auch beantragt. Und als wir dann gesehen haben, dass es zu einer Verbesserung kommt, haben wir es halt wieder abgemeldet.“ (I4, A21)*

Ablauf aus Sicht der HÄ (2 Nennungen)

Der/die HÄ fährt zum Patient*in, füllt den IPB-Verordnungsschein aus (Angabe von Erkrankung und Zeitraum). Anschließend meldet er/sie den/die Patient*in über die Verordnung ein, diese geht dann in Kopie oder FAX an den Sozialversicherungsträger und in Kopie an den SGS oder das Pflegeheim. Das Original wird von der/dem HÄ abgelegt. Der Vorgang ist einheitlich bei allen Kassen. Für HÄ war teils unklar, was man dem/der Patient*in sagen kann bezüglich IPB, was das für ihn/sie bedeutet.

> *„Es ist auch vom Organisatorischen her manche Dinge nicht mir ganz klar, mir war auch nicht klar, oder ist immer noch nicht klar, IPB Anmeldung eines Patienten, IPB, ähm glaube ich gehört zu haben, dass irgendein Sozialsprengel aktiviert werden muss. Auch das weiß ich nicht, ob das so ist.“ (I10, A17)*

Hoher organisatorischer Aufwand (2 Nennungen)

Eine*r Befragte*r eines SGS empfand die Verordnung mit Verlängerung(en) als bürokratischen Aufwand. Eine*r Befragte*r eines MPT hat die Erfahrung gemacht, dass auch manche HÄ die IPB als bürokratischen Aufwand wahrnehmen und diese deshalb teilweise nicht verordnen.

Unterkategorie 5.1: Anregung Verordnung IPB

Anregung durch SGS (10 Nennungen)

Bei bereits vom SGS betreuten Patient*innen wird die Verordnung der IPB oftmals direkt vom SGS bei den HÄ angeregt bzw. wird dann auch gemeinsam mit dem/der HÄ entschieden, ob die IPB verordnet wird. Teilweise füllt der SGS die Verordnung für den/die HÄ aus und diese*r muss dann nur noch unterzeichnen. Dies wird darauf zurückgeführt, dass die HÄ nicht so viel „vor Ort" sind wie die SGS. Eine*r der Befragten eines SGS sagte, dass die Anregung der Verordnung der IPB nur manchmal über sie als SGS läuft.

> *„Mhm, eigentlich wir als Hauskrankenpflege. Das heißt, entweder wir erhalten die Meldung vom Krankenhaus, also, dass des alles schon im Krankenhaus in die Wege geleitet wurde. Und ansonsten eigentlich, wenn wir onkologische Klienten betreuen, dann geh ich dann zum Hausarzt und sage aus unserer Sicht wäre der etwas für den IPB. Dann entscheidet man sich einfach gemeinsam dafür oder dagegen." (I3, A20)*

Ein*e Befragte eines MPT hingegen meinte, dass die Verordnung meistens von den SGS angeregt wird. Eine*r der befragten HÄ sagte, dass bei ihm/ihr nie der SGS die Verordnung der IPB anregt.

Keine Probleme bei Verordnung (8 Nennungen)

Einige der Befragten verwiesen darauf, dass die IPB leicht und ohne Probleme zu verordnen ist und keine Probleme mit den HÄ bestehen. Zusätzlich wurde erwähnt, dass es auch von einem MPT die Auskunft gegeben hat, dass im Notfall auch zusätzliche Verlängerungen „durchgeboxt" werden.

> *„Eigentlich ist es bis jetzt bei uns immer alles verordnet worden. Also, ich habe, wir haben so Hausärzte, wo wenn ich sage: „Nein bitte des wird jetzt so und so schlechter, könnt ihr mir ihn bitte anmelden?" „Ja machen wir." Ja, nein, das ist überhaupt gar kein Problem gewesen." (I4, A18)*

Anregung durch Krankenhaus (8 Nennungen)

Die Befragten der SGS gaben an, dass in vielen Fällen, wenn nicht sogar im Großteil der Fälle, die Verordnung der IPB vom Krankenhaus selbst angeregt wird und dies dann mit den SGS abgestimmt und ausgemacht wird. Hier wurde auch erwähnt, dass die Verordnung schon vom Krankenhaus mitkommt bzw. diese im stationären Setting stattfindet.

> *„Also, für uns ist das ganz unterschiedlich. Äh. Zu 90 – oder ein Großteil bekommen wir einfach überwiesen über Hospiz oder Krankenhaus - es wird ein IPB-Fall. Oder ich bekomme einen Anruf vom Hausarzt, der ist jetzt palliativ – den würde er gerne als IPB übernehmen. Äh. Wenn wir der Meinung sind, er möchte auch gerne, dass wir einen Erstbesuch machen, weil er ist auch der Meinung, das kann der Patient dann nicht mehr alleine tragen und die Familie und so weiter. Aber manchmal haben wir einfach auch schon Patienten in Betreuung und da kommen wir auf den Hausarzt zu. Also, es läuft von alle drei Seiten her, glaube ich." (I15, A18)*

Eine*r der HÄ gab an, dass wenn er/sie die IPB nicht selbst verordnet, das Krankenhaus es anregt und das MPT automatisch dabei ist, letztlich er/sie es aber trotzdem auf dem Papier verordnen muss. Dieser Ablauf ist für ihn/sie nicht ganz schlüssig. Laut seiner/ihrer Erfahrung wird vom Krankenhaus „alles" als IPB gemeldet, auch wenn es in seinen/ihren Augen eigentlich noch nicht notwendig wäre.

Probleme bei Verordnung (7 Nennungen)

Vereinzelte Probleme wurden im Zusammenhang mit der Verordnung der IPB genannt. Unter anderem, dass HÄ teilweise nicht wissen, dass es die IPB gibt oder (noch) keinen IPB-Sondervertrag haben oder die Formulare bzw. der Verordnungsschein nicht klar sind und dadurch die IPB trotz Notwendigkeit nicht verordnet wird.

Befragte der MPTs verwiesen darauf, dass sie teilweise noch Aufklärungsarbeit bei den HÄ leisten müssen.

> *„I: Wissen Sie vielleicht, ob es auch schon Fälle gegeben hat, wo die IPB vielleicht notwendig gewesen wäre aber nicht verordnet worden ist?*
> *B11: Sicherlich, ja (..). Wenn man den Sondervertrag nicht hat oder eben diese ähm (..) Formular ähm (..) dieses Formular-Ausgefüllte nicht klar ist, und man nicht weiß, was man davon hat, da kann das natürlich schon passieren, dass man das nicht tut. Also da (I: Mhm) Mehr Informationen an die Vertragspartner, was dieses Service nicht nur dem Patienten, sondern ähm, auch dem Arzt bringt, wäre schon sinnvoll." (I11, A24-25)*

Es wurde ein konkreter Fall vom SGS geschildert, bei dem IPB bei einem*r palliativen Tumorpatient*in auch schon mal von einem*r HÄ abgelehnt wurde und der/die Patient*in aber drei oder vier Wochen später verstarb.

Eine*r der Befragten eines SGS verwies darauf, dass die IPB bei ihnen in einer Gemeinde eine Zeit lang nicht angeboten werden konnte, weil diese Gemeinde nicht an den SGS angeschlossen war.

Probleme wurden zudem im Zusammenhang mit der Einschätzung des richtigen Zeitpunktes der Verordnung der IPB genannt. Teilweise wird die IPB „zu spät“ verordnet, da zu lange zugewartet wird. Mitarbeitende eines SGS wünschten sich hierzu einen Leitfaden, eine Richtlinie oder Empfehlung, ab wann der richtige Zeitpunkt für die Verordnung der IPB ist. Ein*e Mitarbeiter*in eines MPT sagte in diesem Zusammenhang, dass ihrer Meinung nach die SGS gut einschätzen können, ab wann die IPB notwendig ist.

Anregung durch Hausärzt*in (6 Nennungen)

Sowohl die SGS als auch die MPTs gaben an, dass die HÄ selbst manchmal die IPB anregen, insbesondere, wenn sie schon öfters damit gearbeitet haben. Ein*e HÄ gab an, dass es normalerweise eine gemeinsame Entscheidung mit dem SGS ist. In manchen Vertretungsfällen wurde die Entscheidung auch mit anderen Kassenärzt*innen gemeinsam getroffen. Ein*e andere*r HÄ beschrieb, dass er/sie die IPB immer selbst einleitet, weil er/sie alle Patient*innen kennt. Diese*r Befragte wusste nicht, dass auch der SGS über die IPB abrechnen kann und verwendet daher stattdessen oft die medizinische Hauskrankenpflege.

Bei einem MPT gab es in den letzten zwei Jahren die Erfahrung, dass die IPB teilweise ganz selbstständig von den HÄ und den SGS verordnet und durchgeführt wird, ohne dass sie beteiligt sind. Sie wussten jedoch nicht, wie oft dies geschieht.

Anregung durch MPT (6 Nennungen)

Ein*e Befragte*r eines SGS gab an, dass die Anregung der IPB meist in Abstimmung mit den MPT geschieht, wenn Patient*innen vom Krankenhaus entlassen werden, aber natürlich die Verordnung letztlich bei dem/der HÄ liegt.

Auch Mitarbeiter*innen der MPTs regen in manchen Fällen die Verordnung der IPB an, insbesondere, wenn sie selbst bereits Einblick in eine Situation erhalten haben und bspw. auch finanzielle Schwierigkeiten bei dem/der Patient*in bekannt sind. In manchen Fällen gehen die MPTs auch Umwege, wenn HÄ beispielsweise keinen IPB-Sondervertrag haben, lassen sie die IPB von einem*r anderen HÄ verordnen.

> *„Wir reden es an. Laufen kann es ja nur über den Hausarzt. Das ist ja an den Hausarzt gebunden und dann haben wir ja am Anfang auch Probleme gehabt, dass viele das nicht unterschrieben haben, den Vertrag. Mittlerweile sind es nur ganz wenige Hausärzte, die das nicht haben. Und oft haben wir dann auch schon Umwege gemacht, dass ein anderer Hausarzt das für den anderen verordnet hat oder so. Einfach damit der Patient zum Beispiel den Sozialsprengel also über IPB halt verrechnet bekommen hat." (I7, A10)*

Die MPTs selbst werden teilweise auch von Angehörigen direkt mobilisiert, wenn diese beispielsweise einen Tipp erhalten haben.

Perspektive der pflegenden Angehörigen

Bei zwei der zwölf befragten Familien wurde die IPB-Betreuung von der/dem HÄ in die Wege geleitet, bei drei Familien kam sie aufgrund der Initiative des SGS zustande.

Unterkategorie 5.2: Alternative Verordnungsakteur*innen

Die Befragten der MPTs sprachen sowohl Wahlärzt*innen als auch Fachärzt*innen als fehlende Verordnungsakteur*innen der IPB an. Hierbei wurde betont, dass die Wahlärzt*innen ihre Patient*innen sehr gut betreuen und diese dann aber in einer Palliativsituation „durch den Rost fallen". Dasselbe gilt für Fachärzt*innen wie beispielsweise Internist*innen, die teilweise dieselbe Funktion wie HÄ übernehmen, die IPB aber nicht verordnen und abrechnen können. Es besteht der Wunsch, den IPB-Sondervertrag um diese Akteur*innen zu erweitern. Darüber hinaus wurden auch die Pflegeheime als alternative Verordnungsakteur*innen genannt. Generell besteht der Wunsch seitens der MPTs diese in die IPB – auch abrechnungstechnisch – mitaufzunehmen (7 Nennungen).

> *„und dann ist auch ein Problem, dass die, die äh die Wahlärztinnen und -ärzte, äh die sind, für die ist der Zusatzvertrag der Kassen nicht zugänglich ist.*
> *I: Sondern rein für die Kassenärzte und -ärztinnen.*
> *B1: Ja genau.*
> *B2: Und viele der Patienten sind halt doch von Wahlärzten auch betreut und auch gut betreut und ja, die fallen da dann auch durch den Rost." (I1, A12-15)*

Eine*r Befragte*r eines SGS stellte auch den IPB-Sondervertrag generell infrage, da manche HÄ den Vertrag nicht haben, aber trotzdem willens wären und Patient*innen dadurch teilweise überlegen, in der letzten Lebensphase ihre*n oftmals jahrelange*n HÄ zu wechseln. Hier besteht der Vorschlag, ob in solchen Fällen nicht auch das MPT die IPB verordnen können sollte. Dies

passiert teilweise laut Angaben von zwei Befragten eines MPT schon, jedoch klären sie es zuerst im Hintergrund ab, ob Ressourcen zur Verfügung stehen und letztlich muss trotzdem der/die HÄ unterschreiben. Auch der/die Befragte des Pflegeheims gab an, dass das MPT bei ihnen nur tätig werden kann, wenn sie den „Auftrag“ des/der HÄ erhalten und verweist auf eine freie Arztwahl, die auch hier gelten sollte.

Oberkategorie 6: Berufsgruppen-Mix IPB

Erweiterung Pflegeassistenz (PA) und Pflegefachassistenz (PFA) (17 Nennungen)
15 der befragten Personen gaben an, dass sie die Erweiterung der IPB um PA und PFA befürworten würden. Als Begründungen wurden die Basisversorgung (Körperpflege) als Kompetenz der PA und PFA genannt (7 Nennungen), die Ressourcenerleichterung (4 Nennungen), die Betreuungskontinuität (2 Nennungen) sowie die Ergänzung zum Diplomierten Personal, in dem Sinne, dass sie DGKS/DGKP unterstützen, Pflegehandlungen jedoch nicht alleine durchführen. Drei der Befragten hoben außerdem die gute pflegerische Qualität der PA und PFA hervor und verwiesen auf laufende Fortbildungen und gute Schulungen sowie oftmals jahrelange Erfahrung. Die IPB führt aus Sichtweise eines*r Befragten außerdem teilweise zu einer Ressourcenverschwendung, wenn DGKS/DGKP zum Teil nicht pflegerische Tätigkeiten wie etwa Sitzwachen bei den Patient*innen übernehmen.

> *„Nein, also mein allergrößtes Anliegen ist und ich bitte Sie das wirklich fett aufzuschreiben, wenn Sie das niederschreiben: wir brauchen andere Berufsgruppen dabei. Also wirklich, wir brauchen, wir brauchen die Berufsgruppen Pflegeassistent und Heimhilfe. Ansonsten kann ich garantieren, dass in den nächsten Jahren mehrere oder äh öfters mal eine IPB-Betreuung abgelehnt wird oder nicht durchführbar ist oder nur zum Teil durchführbar ist durch Diplomkräfte. Das muss unbedingt auf die anderen Berufsgruppen, die müssen unbedingt miteinbezogen werden. Weil, wenn es der Wunsch ist, und ähm wenn das Dogma „mobil vor stationär“, was immer so wunderschön rausposaunt wird und auf Plakate hinaufgeschrieben wird, das wirklich, wenn wir da wirklich hinwollen, dann müssen die anderen Berufsgruppen mit rein, weil es sind keine Diplomkräfte mehr auf dem Markt und es werden auch weniger, weniger für uns parat sein in den nächsten Jahren. Das ist Realität. Die Rechnung kann sich jedes Kind ausrechnen. Und das ist das A und O. Wir haben die Berufsgruppen, die haben Palliativpflege im Curriculum drinnen in der Ausbildung. Und, warum sollten die nicht am Patienten stehen mit ihren Kernkompetenzen Körperpflege, Medikamentengabe ähm ja usw. und sofort. Die Angehörigen müssen entlastet werden.“ (I8, A39)*

Eine*r der Befragten befürwortete zwar die Erweiterung, sah es aber im Hinblick auf die Betreuungsqualität als kritisch an.

Zwei befragte Personen gaben ein klares Nein zur Erweiterung der IPB um PA und PFA. Sie begründeten dies damit, dass PA und PFA über zu wenig Ausbildung im Palliativbereich verfügen würden und es daher bei der Komplexität der IPB-Betreuungen diplomiertes Pflegepersonal braucht. Auch junges diplomiertes Personal bzw. diplomiertes Personal mit wenig Erfahrung und/oder Interesse am Palliativbereich wird teilweise als nicht geeignet bzw. überfordert angesehen.

> *„Aber ich persönlich habe einfach die Erfahrung, dass es eine Diplomierte braucht, die genügend an Kommunikation-Begleitung, ja sogar Palliativausbildung sich mit dem auseinandersetzt. Auch junge Diplomierte sind eigentlich noch in der Palliativpflege überfordert, meiner Meinung nach. Und dass es eigentlich, dass es ganz viel Kommunikation braucht, um zu sagen, wie man manche Sachen rumbringt und da finde ich einfach, dass die Pflegeassistenz / Pflegefachassistenz zu wenig Ausbildung hat und nicht eine wirkliche. Weil es geht meines Erachtens geht es da nicht einfach um denjenigen, die Pflegehandlungen zu machen. Also, ich bin da komplett dagegen, ehrlich gesagt." (I15, A30)*

Erweiterung um psychologische Unterstützung (10 Nennungen) und Seelsorge (1 Nennung)

Die Erweiterung um professionelle psychologische Unterstützung bzw. Psychotherapie wurde von den Befragten als wichtiger Punkt genannt, auch für die Angehörigen. Gleichzeitig wurde auch darauf verwiesen, dass es eine Art „rotes Tuch" ist und teilweise nicht angenommen wird, wenn es außerhalb der IPB angeboten wird. Als wichtig wird es unter anderem deswegen angesehen, um für die Patient*innen noch möglichst viel Lebensqualität zu erhalten.

> *„Das habe ich eingangs schon bemängelt, dass das quasi schon Säulen der Palliativbetreuung wären, die einfach nicht vorhanden sind, im niedergelassenen Bereich. (I: Mhm) Also, so was wie ähm (..) ein Klinikseelsorger oder ähm (..) ein Psychotherapeut, der unterstützend da die Angehörigen mitbetreut, ähm das fehlt absolut. (I: Mhm) Und da ist großer Bedarf da. (I: Ok) Wir haben in der Pandemiezeit, jetzt selber Psychotherapeuten organisiert, die finanziere ich über die Praxis, und einen Sozialarbeiter auch. Es gibt keine Finanzierung von Land oder Kasse dafür, deswegen zahlt es die Praxis selber, aber ich brauche es für meine Patienten. (I: Mhm) Aber ich würde mir das nicht selber zahlen, wenn kein Bedarf da wäre (lachen). Also, Sozialarbeit, Seelsorge, Psychotherapie – absolut dringend notwendig." (I11, A49)*

Zusätzliche gewünschte Erweiterungen (9 Nennungen)

Darüber hinaus wurde gesagt, dass es in manchen Fällen eine zweite Pflegeperson bei bspw. adipösen Patient*innen benötigt (2 Nennungen). Auch die privaten Pflegedienste (2 Nennungen) sowie freiberufliche Pflegekräfte (1 Nennung) wurden explizit genannt und als Erweiterung

gewünscht. Darüber hinaus wurde auch auf große Pflegedienste wie den ISD in Innsbruck sowie die Johanniter Volkshilfe (2 Nennungen) verwiesen. Des Weiteren wird eine Erweiterung um Sozialarbeiter*innen sowie Wahlärzt*innen gewünscht (jeweils 1 Nennung).

Erweiterung Heimhilfe (5 Nennungen)
Fünf der Befragten wünschten sich eine Erweiterung der IPB um Heimhilfen zur Entlastung und Unterstützung von Angehörigen beispielsweise durch Sitzwachen, wie sie momentan teilweise von diplomiertem Personal abgehalten werden.

Erweiterung therapeutische Berufe (5 Nennungen)
Fünf der Befragten wünschten sich eine Erweiterung der IPB um therapeutische Berufe wie beispielsweise Physiotherapie (3 Nennungen), Logopädie (2 Nennungen) oder Ergotherapie (1 Nennung). Auch hier wurde damit argumentiert, noch möglichst viel Lebensqualität für die Patient*innen zu erhalten.

Drei der Befragten sahen keine Notwendigkeit, die IPB um therapeutische Berufe zu ergänzen.

Alle dabei (4 Nennungen)
Vier der Befragten gaben an, dass alle wichtigen Berufsgruppen in der IPB enthalten sind und es keinen Bedarf einer Erweiterung gibt. So etwa verwiesen insbesondere Befragte der MPTs darauf, dass sie zusätzlich auch auf Ehrenamt, Psychologie sowie Seelsorge und Sozialarbeit zurückgreifen. Auch von den anderen Befragten wurde angegeben, dass eine ehrenamtliche Hospizgruppe vorhanden ist, die bei Bedarf angeboten wird, jedoch oft von den Patient*innen und/oder Angehörigen nicht gewünscht wird.

> *„Nein für mich, für mich sind, alle, alle mit drinnen.“ (I3, A24)*

Unterkategorie 6.1: Palliative Kompetenzen

Kompetenzen PA und PFA (9 Nennungen)
Betreffend den Einbezug von PA und PFA wurde von den Befragten gesagt, dass die Basisversorgung in ihrer Kompetenz liegt, sie auch oft Palliativausbildungen haben, sehr gut ausgebildet sind und auch laufend Fortbildungen absolvieren. Ihnen wurde auch eine gute Pflege zugeschrieben insbesondere für bestimmte Tätigkeiten mit vorheriger Schulung, Supervision durch DGKS/DGKP sowie der Rücksprachemöglichkeit bei Ärzt*innen.

Eine*r der Befragten fand, dass die PA uns PFA über zu wenig Ausbildung im Palliativbereich verfügen. Andere Befragte jedoch betonten, dass die PFA und PA Palliativpflege in ihrer Ausbildung lernen bzw. diese in den Curricula enthalten ist. Eine*r Befragte*r eines MPT meinte, dass er/sie nicht weiß, was genau in den Curricula der PA und PFA enthalten ist. Darüber hinaus erwähnte eine*r der Befragten auch die Heimhilfen und dass teilweise Aufgaben auch in deren Kernkompetenzen fallen würden.

> *„Und oft bei palliativen Betreuungen da ganz viele Interventionen stattfinden, was nicht von Diplomierten durchgeführt werden müssen, beziehungsweise was eigentlich in die Kernkompetenz vom Pflegefachassistenten, Pflegeassistenten oder sogar von einer Heimhilfe fällt. Weil oft einmal ist es, sind es nicht (…) oft einmal sind es nicht sehr komplexe Pflegeinterventionen wie Drainagen, Ablassen, oder etc. oder Schmerzpumpenmanagement, sondern oft einmal geht es wirklich nur um Familienangehörige zu entlasten, dass die außer Haus kommen zum Einkaufen, zum Kaffeetrinken, Abschalten.“ (I8, A8)*

Eine*r der Befragten eines SGS gab an, dass er/sie die 24-Stunden-Betreuung als nicht qualifiziert ansieht.

Kompetenzen der DGKS/DGKP (4 Nennungen)

In Bezug auf die palliativen Kompetenzen wurde bei den DGKS/DGKP ihre Ausbildung sowie Zusatzausbildungen im palliativen Bereich genannt und dass nicht nur das Personal der MPTs über diese Kompetenzen verfügt. Darüber hinaus wurde das Medikamenten- und Symptommanagement als Kompetenzen der DGKS/DGKP beschrieben, die für die Qualität der Betreuung besonders wichtig ist. Genauso verwies eine*r der Befragten darauf, dass es wichtig sei, dass „auch“ das diplomierte Personal gut ausgebildet ist. Hier wurde unter anderem auch der Wunsch nach Schulungen im Palliativbereich genannt.

Kompetenzen der HÄ (4 Nennungen)

Eine*r Befragte*r eines SGS befand, dass es viele HÄ mit Palliativausbildung gibt, die die IPB bzw. die Palliativbetreuung auch ohne die Unterstützung der MPTs leisten können. Zwei der befragten HÄ haben ein Palliativdiplom und auch Fortbildungen im Palliativbereich werden genannt. Eine*r erwähnte in diesem Zusammenhang, dass er/sie sich nicht die eigene Kompetenz durch die MPTs absprechen lassen möchte und er/sie quasi nicht seine/ihre Patient*innen „teilen“ möchte bei Tätigkeiten, die er/sie davor immer alleine gemacht hat.

„Wir betreuen einen Patienten - sage ich mal - im besten Fall sehr lange, Jahre lang, viele Jahre. Und, und, ähm und ich sehe es auch oftmals dann nicht ein, auf einmal was teilen zu müssen, was ich bis jetzt immer alleine gemacht habe. Und, und, und ich habe, ich bin auch, ich habe auch das Palliativdiplom und ich bin im, im großen Ausmaß auch bereit meine Patienten, glaube ich zumindest, sehr aufwendig und gut zu betreuen." (I10, A7)

Kompetenzen der MPTs (1 Nennung)

Im Zusammenhang mit den Kompetenzen der MPTs sagte eine*r Befragte*r eines SGS, dass die MPTs das Gefühl vermitteln würden, zu „wissen, wie Sterben geht", dies aber niemand weiß.

„Aber das ist oft nicht einfach, weil ich habe manchmal das Gefühl, die Mitarbeiter im mobilen Palliativteam meinen, weil sie jetzt da arbeiten, sie wissen, wie sterben geht. Das wissen wir aber alle nicht. Weil das ist bei jedem eine individuelle Geschichte. Und wir in der Mobilen, wir haben ja auch alle eine Ausbildung, sonst hätten wir ja kein Diplom. Und wir machen auch Zusatzausbildungen und wir haben auch unsere Erfahrungen gemacht und wir haben auch einen Erfahrungsschatz, auf den wir zurückgreifen können. Und wir kommen jetzt auch nicht auf der Brennsuppe daher geschwommen. ((Lachen)). Das ist oft, das ist oft nicht einfach für uns." (I4, A46)

Unterkategorie 6.2: Pflegeheime

Eine*r der befragten HÄ gab an, dass er/sie die IPB auch dann verordnet, wenn sich der/die Patient*in im Pflegeheim befindet. Auch die MPTs betreuen Patient*innen im Pflegeheim, jedoch nicht im Rahmen der IPB. Hier bestand der Wunsch, dass die Pflegeheime in die IPB miteinbezogen werden und diese auch im Rahmen der IPB abrechnen können sollten, zumindest die Kommunikations- und Koordinationspauschale, die ja auch bei ihnen anfällt. Bisher haben die Pflegeheime nämlich keinen Mehrwert durch die IPB gehabt (6 Nennungen).

„Die Pflegeheime haben ja nichts von IPB. Das war ja auch Kritikpunkt, weil die das ja nicht melden können. Also, die haben das von Anfang an, als sehr missglückt empfunden, schon bei der Vorstellung. Das ist vielleicht auch noch eine Überlegung. Warum Heime, das zum Beispiel nicht das Pauschale bekommen, weil sie haben ja genauso einen erhöhten Koordinationsaufwand. Mit denen müsste man sich mehr mit ihnen zusammensetzen und besprechen und sie mit uns telefonieren oder ähm, das wäre auch eine Überlegung." (I7, A16)

Ein*e Befragte*r der SGS hat ein stationäres sowie ambulantes Setting und kann hier gegebenenfalls auch auf den Personalpool im stationären Setting zurückgreifen, um den Mehraufwand durch die IPB zu puffern bzw. abzufedern.

Der/die befragte stellvertretende PDL des Pflegeheims gab an, dass es bei ca. 80 % der Bewohner*innen möglich ist, sie mit den eigenen Ressourcen im Haus sowie mittels des palliativen Behandlungsplanes zu begleiten und zu betreuen. In den restlichen Fällen, insbesondere, wenn der/die HÄ sich nicht ausreichend beteiligt und bspw. das Ausfüllen des Behandlungsplanes verweigert, wird teilweise das MPT dazu geholt. Generell fühlen sich die Pflegeheime laut ihm/ihr bisher nicht in die IPB integriert oder angesprochen, da es ein Modell für den häuslichen Bereich ist, sie würden es jedoch als interessant für die Pflegeheime sehen, insbesondere aufgrund der Reduktion von Diplompersonal im Zuge des Strukturplans „Pflege neu“.

Oberkategorie 7: Zusammenarbeit in der IPB

Gute Zusammenarbeit (16 Nennungen)

Die Zusammenarbeit zwischen den an der IPB Beteiligten (SGS, HÄ und MPT) wurde als sehr gut beschrieben. Hier wurde auch betont, dass die Ansprechpartner*innen klar sind. Die HÄ sind laut SGS oft froh, wenn sie etwas abgeben können und Unterstützung haben. Eine*r Befragte*r gab an, dass die HÄ immer dabei sind und alle den IPB-Vertrag haben.

> *„Also, wir erleben das als sehr gut, ähm, wenn möglich machen wir die Visiten immer gemeinsam mit Palliativteam und uns. Für die Hausärzte ist das nicht möglich, weil die einfach Vormittag Ordinationszeiten haben, aber die werden dann im Nachhinein einfach darüber informiert oder auf dem Laufenden gehalten. Und ähm also, ich finde das funktioniert sehr gut.“* (I3, A28)

Das MPT wendet sich an den/die HÄ und der SGS wird dann anschließend informiert. Auch das MPT ruft regelmäßig bei den Angehörigen an. Der/die HÄ stimmt sich telefonisch mit dem MPT ab und dieses übernimmt einen Teil der Besuche, wodurch die Betreuung für den/die HÄ etwas leichter ist.

Auch aus Sicht der Mitarbeiter*innen der MPTS passt die Kommunikation zwischen den Beteiligten und scheint konstruktiv zu sein. Den Austausch mit dem SGS beschrieben sie als sehr gut, hin und wieder scheint es SGS zu geben, die das MPT nicht dabei haben wollen.

Mitarbeitende der SGS gaben an, dass es zwar schon manchmal fehlende Informationen gibt und Entlassungen zeitweise nicht gut ablaufen, im Großen und Ganzen die Zusammenarbeit aber sehr gut ist. Der SGS fungiert teilweise als Bindeglied zwischen den MPTs und den HÄ. Die

Zusammenarbeit mit den MPTs wurde von den Befragten der SGS als gut beschrieben, auch wenn die MPTs laut Angaben der Befragten unterschiedliche Möglichkeiten hinsichtlich ihrer Ressourcen und verschiedene Arbeitsweisen haben.

Die Kommunikation mit den HÄ passt aus Sicht einer*s Befragten eines SGS, sie kommen immer gleich dran und werden zurückgerufen. Je nach HÄ meldet sich diese*r selbst bei SGS oder der SGS muss sich immer melden.

Gleicher Wissensstand / regelmäßige Informationen (8 Nennungen)

Der ständige Austausch bzw. die regelmäßigen sowie zeitgerechten Informationen (auch an Angehörige) wurden als sehr wichtig angesehen, damit alle über den gleichen Wissensstand verfügen. Es wurde auch die Wichtigkeit der Informationsweitergabe an alle nach einer Visite hervorgehoben. Der Wissensaustausch bzw. die Informationsweitergabe erfolgen manchmal vor Ort, meistens jedoch telefonisch. Telefonate funktionieren laut eine*r Befragten am besten. Eine gute Zusammenarbeit funktioniert nur, wenn alle wissen, was gemacht wird. Dies wird auch von den Befragten der MPTs hervorgehoben, insbesondere hinsichtlich der HÄ, „damit sie sich nicht auf die Füße getreten fühlen“.

> *„Ähm. Am Wichtigsten ist, dass man immer, wenn jemand eine Visite gemacht hat, dass man auch die anderen informiert. Was derjenige jetzt gesagt hat, weil nicht ähm, dass wir die Patienten und die Angehörigen verunsichern.“* (I15, A34)

Eine*r der Hausärzt*innen nannte Probleme mit dem Krankenhaus, weil niemand im Krankenhaus über den/die Patient*in Bescheid weiß. Eine*r andere*r HÄ gab an, dass die Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus sehr gut funktioniert und verwies unter anderem auf die Schmerzambulanz.

In Bezug auf den gleichen Wissensstand wurden auch die Erstgespräche zuhause bei der/dem Patient*in als wichtig genannt. Wenn ein gemeinsames Erstgespräch nicht möglich ist, wird telefoniert und das MPT übermittelt den Palliativbericht per Mail oder Fax. Von eine*r Befragten eines SGS wurde angegeben, dass die Erstgespräche aufgrund der begrenzten Ressourcen der MPTs teilweise zu spät stattfinden. Auch die HÄ sind teilweise bei Erstgesprächen aufgrund eines Zeitmangels nicht dabei.

Ein Wunsch, der diesbezüglich geäußert wurde, sind Netzwerktreffen und ein Erfahrungsaustausch mit anderen SGS. Der Wunsch nach einem Case Manager, der/die immer über den/die Patient*in Bescheid weiß, wird von einem*r HÄ geäußert.

Kommunikationsschwierigkeiten und begrenzte Zeitressourcen von HÄ (7 Nennungen)

Von manchen der Befragten wurde auf Kommunikationsschwierigkeiten insbesondere mit den HÄ verwiesen. Am Anfang haben diese oftmals nicht gewusst, was hinter IPB steckt, aber aus Sicht der SGS ist das besser geworden.

Gemeinsame Visiten mit den MPTs und den HÄ sind für die SGS oft nicht möglich, weil die HÄ vormittags Ordination haben. Laut SGS haben die HÄ oft keine Zeit für Hausbesuche, obwohl diese notwendig wären. Dann wird viel telefonisch abgeklärt, aber sie finden es schwierig, jede Situation telefonisch zu beschreiben. Der Wunsch wäre ein wöchentlicher Hausbesuch, dies findet aber in der Praxis nicht statt. Die HÄ füllen oft den Behandlungsplan aus, ohne den/die Patient*in gesehen zu haben. Auch telefonisch sind die HÄ oft nicht erreichbar, dann werden die Berichte vom SGS geschrieben und geschickt und in Notfällen fährt der SGS zum/r HÄ. Daher wird die Kommunikation in diesen Fällen als sehr zeitaufwendig empfunden.

Auch Befragte der MPTs gaben an, dass abhängig vom HÄ der Austausch mal besser und mal schlechter ist, je nachdem, wie viele zeitliche Ressourcen der/die HÄ und wie gut er/sie erreichbar ist. Manche von den HÄ akzeptieren das MPT nicht. Das MPT erfährt bspw. oft nicht, wenn der/die HÄ etwas an der Medikation ändert.

> *„Am wichtigsten finden wir immer: alles absprechen, dass wir alle am gleichen Wissensstand sind, also, deswegen sind wir da auch ganz fleißig. Wir verschicken nach jedem Hausbesuch einen Palliativbericht an den Hausarzt, an den Sprengel. Wenn wir Medikamente verändern, bekommt jeder einen neuen Behandlungsplan. Das ist natürlich, retour funktioniert es oft nicht so gut, wenn der Hausarzt hinfährt und Medikamente verändert, das erfragen wir oft nicht (I: Mhm) sondern oft eben vom Patienten. Aber prinzipiell finde ich es einfach wichtig, dass man sich gut abspricht und der Patient sich dadurch sicher fühlt (I: Mhm), weil wir ja alle auf dem gleichen Wissensstand sind und ihm auch deswegen gut helfen können, wenn er was braucht.“ (I7, A24)*

Eine*r der HÄ gab an, dass er/sie die IPB eigentlich nicht bzw. nur wenig verwendet, weil er/sie es als zu kompliziert empfindet. Er/Sie hat eine gute Zusammenarbeit mit dem SGS und benötigt daher die IPB bzw. das MPT nicht. Wenn das MPT beteiligt ist, gibt es keine Abstimmung zwischen ihm/ihr und ihnen und die Zusammenarbeit empfindet er/sie als nicht gut. Es werden Entscheidungen gefällt, ohne dass er/sie involviert ist und er/sie wird dann auch nicht informiert. Das führt seiner/ihrer Meinung nach dann auch manchmal zu Unzufriedenheit bei den Patient*innen, wenn sie das mitbekommen. Hierbei wird der Wunsch nach einem palliativmedizinischen Konzil bei Bedarf geäußert

Ein*e andere*r HÄ gab an, dass es Reibepunkte zwischen ihm/ihr als HÄ und dem MPT gibt und dies zu einer unharmonischen Betreuung führen kann, wenn der/die Patient*in das mitbekommt.

Der/die Befragte des Pflegeheims verwies auf Probleme mit den HÄ, wenn sie sich weigern den palliativen Behandlungsplan auszufüllen. In solchen Fällen wird teilweise auf das MPT zur Unterstützung hinsichtlich medikamentöser Versorgung und Symptomkontrolle zurückgegriffen, um den/die Bewohner*in „menschenwürdig“ palliativ betreuen zu können. Generell sieht er/sie die Schnittstellen zwischen Pflegeheimen, HÄ und SGS noch sehr scharf und würde sich hier eine bessere Vernetzung zur Informationsweitergabe wünschen.

Kommunikation ist alles (4 Nennungen)

Die Bedeutung der Kommunikation wurde hervorgehoben, dass alle verfügbar sind, insbesondere das MPT und dass bspw. auch abends alles abgesprochen wird.

Eine*r der befragten HÄ verfügt über klare Kommunikationsrichtlinien mit dem SGS. Das MPT übermittelt nach jedem Hausbesuch den Palliativbericht an den/die HÄ und den SGS. Zusätzlich gibt es eine Mappe vom MPT, die bei dem/der Patient*in aufliegt und Medikamente sowie Informationen für die Angehörigen, wo sie sich hinwenden können, beinhaltet. Eine gute Kommunikation ist auch wichtig für den/die Patient*in. Viel Kommunikation braucht aber auch viel Zeit.

> *„Kommunikation. Kommunikation ist alles. Es geht nur um die Kommunikation. Es ist, es machen (ahm) und und alles ist nicht das Problem, jemand eine Infusion anhängen oder sonst welche Sachen, das ist nicht das Problem. Es ist einfach gemanagt, es muss einfach der Patient gemanagt werden und das ist einfach (ahm) zeitsensibel, weil wenn der Patient eben Schmerzen hat, dann braucht er einen Ansprechpartner, auch eben am Freitag um zehn Uhr abends.“* (I6, A28)

Perspektive der pflegenden Angehörigen

An der Betreuung und Pflege sterbender Menschen zu Hause sind oftmals viele Personen aus verschiedenen Berufsgruppen mit unterschiedlichem Fokus (betreuter Mensch vs. Unit of Care) beteiligt. Damit vertrauensvolle Beziehungen wachsen können, braucht es Zeit. Da im Rahmen von IPB verschiedene Akteur*innen tätig sind, ist Koordination vor allem unter den professionellen Helfer*innen bedeutsam. Pflegende Angehörige registrierten gute Koordination und erlebten es als hilfreich, wenn professionelle Helfer*innen „auf einer Linie“ waren.

> *„…und es war eine gewaltige Absprache zwischen den Einrichtungen. Das habe ich auch erst danach von der Schwester Martha erfahren, die haben oft mit einander telefoniert. Sprengel, Hospiz und Hausarzt und - also wir zwei sind unter aufmerksamer Beobachtung gestanden… es hat mich beruhigt. Ich habe mich hinten getragen gefühlt. Zugleich auch beobachtet.“ (#8 00:52:25)*

Auf der anderen Seite wurde beschrieben, dass wahrgenommene mangelnde Koordination Unsicherheit und Mühen hervorrief.

> *„Und ach so, das da müssten wir jetzt ansetzen. Im Krankenhaus - das Hospiz hat nicht gewusst, was das Krankenhaus praktisch verordnet hat. Oder, also da haben sie jetzt müssen in der Nacht dann das Hospiz das Krankenhaus anrufen, wenn die Medikamente oder Dosierung - jedenfalls war das wirklich dann, dass das fast drei Stunden gedauert hat, bis das wieder alles gegangen ist.“ (#2 00:15:41)*

Laut Klie braucht es in häuslichen Betreuungssituationen mit vielen Beteiligten eine Person, die die Gesamtsituation aller Beteiligten im Blick hat und darauf achtet, dass die unterschiedlichen Unterstützungsbedarfe abgedeckt werden (Klie 2016). In allen Fällen waren es die hauptverantwortlich pflegenden Angehörigen, die diese Koordination der verschiedenen Akteur*innen übernahmen. Hier wäre es sinnvoll, wenn von Seiten der professionellen Helfer*innen darauf geachtet werden würde, ob diese Aufgabe für die pflegenden Angehörigen möglich ist oder ob sie nicht vielleicht von den professionellen Helfer*innen übernommen werden sollte (Klie 2016). Im Modell HaHo in den Niederlanden wird die Koordination beispielsweise prinzipiell von einer professionellen Helfer*in übernommen (Graaf et al. 2016).

Unterkategorie 7.1: Zuständigkeiten in der IPB

Klare Zuständigkeiten (13 Nennungen)

Für den Großteil der Befragten sind die Zuständigkeiten von den an der IPB Beteiligten (SGS, HÄ und MPT) klar. Zwei der Befragten verwiesen auf eine stattfindende Abstimmung und einen notwendigen Austausch untereinander. Der SGS sieht sich hier laut eine*r Befragten auch als Bindeglied zwischen den MPTs und den HÄ. Eine*r Befragter eines MPT gab weiter an, dass die Zuständigkeiten nicht nur klar, sondern auch vorgegeben sind, und dies ihrer/seiner Meinung nach so auch in der Praxis vorzufinden ist.

Fließender Prozess (5 Nennungen)

Eine*r Befragte*r eines SGS erwähnte, dass die MPTs andere Zuständigkeiten und auch ein anderes Leitbild als der SGS haben. Außerdem wurde auch angegeben, dass wenn ein SGS über zu wenig Kapazitäten verfügt, die MPTs auch komplexere pflegerische Tätigkeiten wie bspw. Port Anstechen übernehmen. Die Grundpflege ist aber klar beim SGS. Es wurde von einem*r anderen Befragten als „fließender Prozess“ beschrieben, in dem das MPT je nach Situation und Bedarf in unterschiedlichem Ausmaß beteiligt ist.

„(…) Die Zuständigkeiten sind (..) schon klar, (.) ja. So etwas ist oft auch, ähm ein fließender Prozess, wo (..) man mal mehr Versorgung braucht, mehr Unterstützung vom Palliativteam, ähm (I: Mhm) das sich dann zurückzieht unter Rücksprache mit uns. Es ist stabil, könnt ihr die und die Aufgaben übernehmen? Wir bleiben auf Stand-by. Also, solche ähm (..) solche (..), da gibt es unterschiedliche Modelle. Ich kann jetzt nicht sagen, es gibt ein Rezept und das funktioniert für jeden Palliativpatienten, sondern jeder Patient ist (..), hat ganz eigene Bedürfnisse, Symptome ähm, auch familiäres Versorgungsumfeld. Also, das müssen wirklich maßgeschneiderte Pakete sein, und da ist Gott sei Dank die Flexibilität vom Palliativteam absolut da.“ (I11, A31)

Unklare Zuständigkeiten (5 Nennungen)

Ein*e Befragte*r eines SGS gab an, dass die Zuständigkeiten zwischen den HÄ und den MPTs nicht immer klar sind. So ist es von HÄ zu HÄ unterschiedlich, wie viel diese*r selbst macht in der Palliativbetreuung und inwieweit das MPT hinzugezogen wird. Auch ein*e Befragte*r eines MPT beschrieb, dass sie je nachdem, wie viel der SGS selbst macht, mehr oder weniger helfen müssen und insbesondere mit den HÄ viel Austausch passiert, „damit sie sich nicht auf die Füße getreten fühlen“. Auch eine*r der befragten HÄ sagte, dass die Zuständigkeiten und Kompetenzen zwischen ihm/ihr und dem MPT nicht klar sind und es unterschiedliche Ansichten von ihm/ihr und den Ärzt*innen der MPTs kommt und es seiner/ihrer Meinung zu viel „Angebot“ gibt. Er/sie fühlt sich als HÄ „in der zweiten Reihe“. Daher fällt es ihm/ihr auch oft leichter, wenn das MPT nicht involviert ist, da er/sie dann weniger Druck hat.

„Was, also, der Knackpunkt ist dieser: Ich habe immer wieder (.) ähm, Problematiken im ärztlichen Bereich. Und genau dahin geht auch diese Arbeit, ähm wo wir Ärzte offenbar, also auch in meinem näheren Umkreis hier, in meinem Bezirk, wo das viele so empfinden, ähm, dass die Hausärzte (...) ähm auf einmal in der zweiten Reihe sind. Oder zumindest einmal in der Betreuung die Kompetenzen nicht mehr ganz klar sind. Es ist so ganz nach dem Motto „vormittags kommt das Palliativteam und Nachmittag kommt der Hausarzt“. Ah ja, ah war schon am Vormittag jemand da so quasi, brauchen wir nicht mehr, oder ist, also, ähm, also es sind die, die Ärzte, also ich spreche jetzt natürlich für mich.“ (I10, A5)

Perspektive der pflegenden Angehörigen

Pflegende Angehörige wurden befragt, ob sie Klarheit hatten über die Zuständigkeiten der professionellen Helfer*innen hatten. Für alle Beteiligten war Klarheit über Zuständigkeiten und Kompetenzen hilfreich und führte so zu kurzen Wegen, um die konkret benötigte Hilfe zu bekommen. Bestand Klarheit bei pflegenden Angehörigen, wer wofür zuständig ist, wurden sie handlungsfähig im Abrufen von Hilfe.

> *„Nein, das habe ich schon gewusst. Also, es hat auch jeder immer gesagt, also, wenn jetzt, so wie in dem Fall mit der Schmerzpumpe was ist, „Dann können sie mich anrufen", oder was war denn sonst. Ja, es ist eigentlich alles - das habe ich mir schon gemerkt, wen ich wo anzurufen habe, wenn ich was gebraucht hätte. Das hat alles geklappt." (#1 00:14:13)*

Nicht allen pflegenden Angehörigen war klar, wer wofür zuständig ist. In zwei Betreuungssituationen, wo das MPT wenig oder gar nicht beteiligt war, äußerten pflegende Angehörige im Nachhinein Unwissen, was diese professionellen Helfer*innen tun hätten können.

> *„… was hätten die [Anm. das MPT] noch machen können?" (#8 00:32:26)*

Unterkategorie 7.2: Beteiligung MPT

MPT als Bereicherung und Entlastung (12 Nennungen)

MPTs werden als (extreme) Bereicherung für jede*n, der/die daheim sterben möchte, gesehen. Das Sterben zuhause wird dadurch erleichtert und ermöglicht. Die Zusammenarbeit wurde von einer*m HÄ als „einmalig" und „sensationell" beschrieben und das MPT als „unersetzlich" gesehen. Die MPTs werden auch als Entlastung wahrgenommen, da sie immer erreichbar sind (auch für Angehörige) und auch Tätigkeiten von HÄ sowie auch pflegerische Tätigkeiten bei begrenzter Kapazität der SGS übernehmen und zusätzlich ein besseres Symptommanagement möglich ist.

Auch ihre Flexibilität wurde hervorgehoben. Darüber hinaus kann der SGS Fragen aller Art stellen. Eine*r der Befragten eines SGS gab an, dass sie ohne das MPT ein Problem hätten, sonst könnte es „zu wenig" sein. Laut SGS setzen sich die MPTs auch sehr für psychische Unterstützung bei Bedarf ein. Sie haben die ehrenamtliche psychosoziale Betreuung im Angebot.

> *„Nein, aus unserer Sicht, wir haben sehr viele Klienten mittlerweile betreut mit dem mobilen Palliativteam und aus unserer Sicht ist es eine extreme Bereicherung für jeden, der daheim sterben möchte. Und das, dadurch auch super erleichtert und möglich gemacht wird." (I3, A58)*

Sehr gute Abstimmung mit MPT (10 Nennungen)

Die Befragten empfinden die Abstimmung und Koordination mit den MPTs sehr gut, sogar „privilegiert". Wenn möglich werden auch mit dem SGS gemeinsam Visiten abgehalten. Es herrscht ein stetiger telefonischer Kontakt und die MPTs rufen teilweise auch die Angehörigen einmal die Woche an. Die Erreichbarkeit wurde als super bezeichnet. Eine*r der befragten HÄ gab zudem an, dass das MPT ein sehr gutes Gespür dafür hat, ab wann sie eine*n HÄ

unterstützen müssen. Die Zusammenarbeit wurde auch mit verschiedenen MPTs trotz unterschiedlicher Arbeitsweisen und Möglichkeiten als sehr gut beschrieben.

> *„Also, wir erleben das als sehr gut, ähm, wenn möglich machen wir die Visiten immer gemeinsam mit Palliativteam und uns." (I3, A28)*

Beteiligung MPT bei komplexen Situationen (8 Nennungen)

Die MPTs werden laut zwei befragten HÄ insbesondere bei komplexen Schmerzsituationen oder Symptombildern hinzugezogen, „wo sich eine*r HÄ überfordert fühlen darf" oder wenn man zusätzliches Personal benötigt. Sie fungieren als Unterstützung.

Eine*r der Befragten eines SGS gab an, dass die Beteiligung der MPTs bei guten HÄ nicht immer notwendig ist, insbesondere wenn die Patient*innen davor von ihnen und den HÄ betreut wurden. Die MPTs werden von den SGS bei herausfordernden Situationen miteinbezogen und führen auch Beratungen und Schulungen durch. Sie können jederzeit bei Fragen zur palliativen Betreuung kontaktiert werden.

Der/die befragte PDL des Pflegeheims gab an, dass er/sie das MPT hinzuzieht, wenn der/die HÄ nicht kooperiert bzw. den palliativen Behandlungsplan nicht ausfüllt. Teilweise ist es aber problematisch, da das MPT den „Auftrag" seitens des/der behandelnden HÄ braucht, um tätig werden zu können.

Perspektive der MPTs auf die eigene Tätigkeit (7 Nennungen)

Die Befragten der MPTs selbst gaben an, dass sie teilweise zu spät oder nicht dazu geholt wurden, wenn die HÄ und die SGS meinten, dass sie die Betreuung selbst bewältigen können. Manchmal werden sie auch von Angehörigen direkt kontaktiert und nach einem Tipp gefragt. Insgesamt finden sie es aber gut, dass die IPB auch ohne sie geht, wenn keine Notwendigkeit im Sinne von bspw. unbeherrschbaren Symptomen besteht. Sie machten in den letzten Jahren die Erfahrung, dass die HÄ und SGS die IPB immer öfter auch selbstständig ohne ihre Beteiligung machen.

> *„Und eben auch, dadurch, dass wir das immer abstimmen mit allen, bevor wir das überhaupt ähm installieren, haben wir eigentlich gute Erfahrungen. Ähm (...) und ich finde es auch gut, dass es oft ohne uns auch geschieht. Dass Hausärzte oder Sprengel das auch machen, und sagen, ja das IPB ist notwendig, damit die Pflege abgerechnet werden kann, damit der Hausarzt, der vielleicht wöchentlich hinfährt, das abrechnen kann, aber der Hausarzt jetzt keine Notwendigkeit sieht, dass das Palliativteam dazukommt. Weil es jetzt keine Symptome gibt, die nicht beherrschbar sind oder solche Dinge." (I7, A16)*

Teilweise fungieren sie auch als Aufklärer*innen bei den HÄ hinsichtlich der IPB. Die durchschnittliche Betreuungsdauer wurde von ihnen mit acht bis 14 Tagen angegeben und darauf verwiesen, dass die HÄ bei der IPB zeitlich oft „auf der Bremse“ stehen und noch zuwarten bis die IPB verordnet wird. Teilweise werden die MPTs auch in den Pflegeheimen involviert, was sie auch als ihre Aufgabe sehen. Das wollen aber nicht alle Pflegeheime.

Kritik am MPT (5 Nennungen)

Ein*e HÄ macht die Palliativbetreuung selbst gemeinsam mit dem SGS. Das MPT ist seiner/ihrer Meinung nur dann notwendig, wenn er/sie eine Schmerzpumpe für den/die Patient*in benötigt.
Von einem*r Befragten eines SGS wurde die Kommunikation zwischen den MPTs und den HÄ als verbesserungswürdig beschrieben bzw. auch von einer fehlenden Abstimmung gesprochen. Auch fehlende Betreuungskontinuität seitens der MPTs wurde angesprochen. Jeden Tag sind andere Personen zuständig für den/die Patient*in und untereinander gibt es keinen Informationsaustausch. Laut SGS sind es manchmal auch zu viele Akteur*innen, wenn das MPT involviert ist.

Eine*r der befragten HÄ sah viele Reibungspunkte zwischen ihm/ihr und dem MPT aufgrund von Unstimmigkeit hinsichtlich der Therapie, aufgrund von zu wenig Informationsaustausch bzw. zu wenig Miteinbeziehen seiner/ihrer Person in Entscheidungsprozesse. Er/Sie sah dies dann auch als schwierig für den/die Patient*in, weil es zu viel „Angebot“ gibt und die Patient*innen nicht mehr wissen, an wen sie sich wenden sollen. Insgesamt sagte er/sie, dass er/sie sich nicht mit dem MPT anfreunden kann. Er/Sie sah es auch als kritisch, dass Patient*innen im Krankenhaus bereits vom MPT „akquiriert“ werden.

> *„Nur gibt es da natürlich, ähm es ist wirklich so, ähm der Arzt kommt Vormittag, ich komme Nachmittag. Ich sage das, der sagt das, also es gibt sehr viel, ähm Reibepunkte. Und das war also heuer bei einem Patienten, also öfters jetzt schon, wo wirklich das überhaupt nicht geklappt hat.“ (I10, A7)*

Rufbereitschaft MPT (5 Nennungen)

Die Notfallnummer vom MPT wird an Palliativpatient*innen weitergegeben und somit die Nachtrufbereitschaft abgedeckt. Die SGS sind teilweise darauf angewiesen. In Extremsituationen fahren sie, wenn es ressourcentechnisch möglich ist, in der Nacht auch aus.

Mangelnde Ressourcen MPT (5 Nennungen)

Es wurden auch die mangelnden Ressourcen der MPTs angesprochen, dass beispielsweise Erstgespräche zu spät (erst bis zu 10 Tage nach Entlassung des/der Patient*in) stattfinden können oder es generell schwierig mit der Terminfindung sein kann. Trotz mangelnder Ressourcen sind die MPTs immer bemüht, bestmöglich zu unterstützen, oftmals dann telefonisch.

> *„Ansonsten (..) zentral, wäre für mich wichtig, dass ankommt, dass das mobile Palliativteam unersetzlich ist, und absolut aufgewertet gehört (.) mit mehr Kapazitäten, weil ähm (..) ein Erstgesprächstermin in 10 Tagen ist für die Fische. Das bringt niemanden was.“ (I11, A57)*

MPT (fast) immer dabei (4 Nennungen)

Die MPTs sind laut einem*r Befragten eines SGS fast immer dabei, weil auch fast immer eine Schmerzsymptomatik im Spiel ist. Oft sind die MPTs bereits bei der Entlassung der Patient*innen aus dem Krankenhaus involviert. Eine*r der Befragten gab an, dass das MPT immer dabei ist, zumindest bei einem Erstgespräch und dann im Hintergrund, falls etwas wäre.

> *„Naja mittlerweile ist es so, dass so quasi der Standard, (lacht) naja, Standard kann man nicht sagen, ähm einfach ein älterer Mensch, der halt jetzt seines Weges geht, den betreuen wir den ohne Palliativteam, und wenn es so komplexe Sachen sind, wie ähm jüngere Menschen oder ähm (..) Chemo- oder Krebspatienten, die oft auch große Schmerzen haben, dann ziehen wir sie zu Rate und dann betreuen wir gemeinsam. Aber wir haben auch sehr viele, die wir mittlerweile ohne Palliativteam betreuen.“ (I12, A36)*

Eine*r der Befragten eines SGS verwies darauf, dass das MPT in den Fällen nicht hinzugezogen wird, wo es der/die HÄ nicht wünscht. Dies war bisher einmal der Fall, obwohl es notwendig gewesen wäre.

Wichtigkeit des Informationsflusses (2 Nennungen)

Zwei Befragte gaben an, dass es wichtig ist, dass die MPTs nach einem Hausbesuch immer informieren. Es funktioniert nur, wenn ein Informationsaustausch stattfindet.

Perspektive der pflegenden Angehörigen

Das MPT ist vom Konzept her fixer Bestandteil des professionellen Betreuungsnetzwerks. Dennoch berichteten zwei Interviewpartner*innen, dass das MPT nicht in die Betreuung eingebunden war, und es zeigte sich, dass dadurch gute Möglichkeiten zur Symptomkontrolle ungenutzt blieben.

Die besonderen kommunikativen Fähigkeiten und der offene Blick auf die gesamte Betreuungssituation und die beteiligten Personen wurden in den Interviews mehrfach beschrieben. In zwei Familien wurde der gewünschte Sterbeort vor der Betreuung mit der betreuten Person nicht thematisiert, und es gelang erst im Laufe der Betreuung durch das MPT, den gewünschten Sterbeort zu besprechen. Diese beiden betreuten Personen verstarben dann auch auf eigenen Wunsch im Hospiz.

> *„Und das haben die aber super aufgearbeitet, also die Betreuerinnen vom Hospiz haben das sehr gut aufgegriffen. Eben, ist das jetzt noch gut, dass sie daheim ist, oder sollen wir sie ins Hospiz bringen? Und zum Schluss die bisschen Resolutere hat das dann ganz klar angesprochen einmal, ich glaube so eine Woche vorher. Sie hört das eig- hat das noch nie von der Mama gehört, sondern nur von uns halt. Und von ihr hört sie eher „das muss nicht sein". Und dann haben wir auch beschlossen - haben wir uns auch entschlossen, dass sie jetzt - dass wir jetzt schauen, oder sie anmelden, dass sie wirklich einen Platz kriegt. Also es ist alles sehr rund gelaufen und die haben da auch nichts übersehen." (#6 00:23:08)*

Etliche Male wurde erwähnt, dass Mitarbeiter*innen des MPT sich immer wieder nach dem Befinden der Angehörigen und ihren Bedürfnissen erkundigten, was von den Angehörigen fast durchgängig positiv bewertet wurde.

> *„Dann hat mich auch oft jemand - sagen wir des Öfteren jemand angerufen vom Hospiz, das war das Palliativteam wahrscheinlich und haben nach mir gefragt, nach meinem Zustand, wie es mir geht und wie ich fertig werde mit den ganzen Sachen, ob ich irgendwelche Hilfe brauch und so weiter. Das war recht angenehm auch, muss ich sagen." (#2 00:03:55)*

Unterkategorie 7.3: Entlassungsmanagement

Probleme bei Entlassungen (7 Nennungen)

Die Vorlaufzeit bei Entlassungen sowie die Weitergabe aller relevanten Informationen („Übergaben") wurden von den Befragten der SGS als sehr wichtig empfunden und sie wünschen sich Informationen zeitgerecht (mindestens eine Woche bis drei Tage vor der Entlassung) zu erhalten. Wenn sie keine Informationen erhalten oder Informationen fehlen, sehen sie die Entlassungen als nicht gelungen an. Sie empfinden, dass die Kommunikation diesbezüglich noch besser sein könnte und hin und wieder mit Entlassungen noch gewartet werden sollte, damit sich alles ausgeht. In diesem Zusammenhang wurde auch die Wichtigkeit von gemeinsamen Erstgesprächen bzw. Runde Tisch Gesprächen erwähnt. Dabei wurde von einer*m Befragten

eines SGS angegeben, dass der Runde Tisch oft bereits im stationären Bereich stattfindet und der SGS aufgrund fehlender Ressourcen dann keine Möglichkeit hat teilzunehmen.

> *„Vielleicht nur, dass wir, optimal ist sicher auch ein gemeinsamer Einstieg, so wie vorher erzählt habe von dem Klienten, den wir jetzt gestern bekommen haben. Wenn man da jetzt vielleicht noch sagt, der kann noch vier Tage länger im Krankenhaus bleiben, dann ist der optimale Einstieg möglich, weil das mobile Hospizteam dann einen Termin hat." (I2, A30)*

Hervorgehoben wurden die Entlassungen an Freitagen, die insbesondere aufgrund der Beschaffung von Hilfsmitteln, Medikamenten etc. sowie dem reduzierten Personalstand am Wochenende als problematisch empfunden werden. Wenn eine Freitagsentlassung notwendig ist, muss diese vorher gut geplant werden.

IPB-Meldung über Krankenhaus (6 Nennungen)

Ein Teil der Befragten gab an, dass bei der Entlassung von Patient*innen aus dem stationären Bereich die IPB bereits schon beantragt wurde bzw. die Patient*innen als IPB-Fälle „überwiesen" werden und somit schon „alles in die Wege geleitet wurde". Hier wurde auch angegeben, dass die Verordnung insbesondere dann übers Krankenhaus erfolgt, wenn ein MPT schon involviert ist.

> *„Äh. Zu 90 – oder ein Großteil bekommen wir einfach überwiesen über Hospiz oder Krankenhaus - es wird ein IPB-Fall." (I15, A18)*

MPT bei Entlassung bereits involviert (5 Nennungen)

Darüber hinaus wurde an fünf Textstellen darauf verwiesen, dass das MPT häufig bereits bei der Entlassung eines*r Patient*in involviert ist. Eine*r der befragten HÄ gab an, dass das MPT ihn/sie vor der Entlassung kontaktiert und fragt, ob er/sie die/den Patient*in wieder übernehmen kann.

Eine*r der befragten HÄ gab zudem an, dass das Krankenhaus auch Patient*innen in die IPB „einmeldet", bei denen es seiner/ihrer Meinung nach (noch) nicht notwendig wäre. Er/Sie nannte dies eine „Akquirierung" von Patient*innen durch die MPTs bzw. eine „Einschleusung" der Patient*innen an ihm/ihr als HÄ vorbei. Nichtsdestotrotz muss er/sie die IPB dann verordnen, um bei der Betreuung dabei sein zu können. Das empfindet er/sie als nicht schlüssig.

„Vom Krankenhaus wird alles angemeldet, oder wenn ich das jetzt so überspitzt sagen darf. Zumindest einmal so, wo ich sagen würde, ich von mir aus hätte diesen Patienten nicht angemeldet. Weil ich, wie gesagt, wenn ich, wenn ich gibt es Kriterien wirklich diese Monate, okay man kann sagen ähm, wenn man den Patienten jetzt anmeldet, kann der in den Genuss von Monaten, vielleicht auch ein Jahr, zwei Jahre in den Genuss des IPB, kommt er in den Genuss. Wird auch bezahlt. Wie ist das mit uns, sind wir da mit drinnen oder ist das IPB, wir sind schon draußen? Weil er - nach vier Monate bekomme ich keine Verlängerung mehr." (I10, A43)

MPT bei Entlassung aus dem Krankenhaus nicht involviert (2 Nennungen)

Zwei Mal gaben Befragte auch an, dass das MPT oder auch der Palliativkonsiliardienst des Krankenhauses bei der Entlassung oftmals (noch) nicht involviert sind, wodurch keine palliative Aufklärung erfolgt. Dies führt wiederum zu Unsicherheit und vielen Fragen bei den Patient*innen und wird als problematisch gesehen. Die beteiligten SGS erhalten wiederum oftmals nur den Arztbrief und keine weiteren Details.

„Was ein großes Thema ist in die Krankenhäuser, bei uns im Krankenhaus wird im Vorfeld nicht immer das Palliativteam hinzugezogen. Auf gewisser Station schon, auf Palliativstation sofort, da sind sie involviert, auf anderen Stationen werden sie mit der Diagnose nach Hause entlassen und so quasi, das ist die Diagnose, schaut wie ihr weiterkommt. Also, speziell Krankenhäuser, dass man dort das Palliativteam oder Palliativstation oder so hinzuzieht schneller wäre schon super. Und die Patienten hätten eine bessere Aufklärung schon im Krankenhaus, kämen viel ruhiger nach Hause, haben nicht so viele Fragen. Das war eben auch Probleme letzte Woche, dass ich nicht habe melden können. Das war genau das Thema, dass keine palliative Aufklärung war, der Patient nach Hause entlassen wurde und wir natürlich dann schauen haben müssen, wie starten wir die Arbeit am besten jetzt für alle Beteiligten. Also, Krankenhäuser ist großes Thema, müssten noch viel mehr." (I5, A30)

Perspektive der pflegenden Angehörigen

Sechs der pflegenden Angehörigen von den 12 betroffenen Familien gaben an, dass der Zugang zu IPB-Betreuung bereits im Krankenhaus im Rahmen des Entlassungsmanagements in die Wege geleitet worden war.

Oberkategorie 8: Betreuung im Rahmen der IPB

Bereicherung für Patient*innen und Angehörige (6 Nennungen)

Die Betreuung im Rahmen der IPB wurde von den Befragten als Bereicherung für die Patient*innen und deren Angehörige gesehen. Sie sind dankbar für jede Unterstützung, vor allem aufgrund der Kostenübernahme und der Sicherheit, dass jemand da ist, wenn es Probleme gibt. Ein*e Befragte*r eines MPT gab an, dass der SGS teilweise schon fast wie eine Familie für die Patient*innen und Angehörigen ist, wenn jemand zwei, drei Mal pro Tag kommt. Die IPB ermöglicht und erleichtert das Sterben zuhause. Patient*innen und Angehörige nehmen IPB gerne an. Ein*e Befragte*r gab an, dass er/sie nur Positives gehört hat, obwohl viel Wechsel bei den betreuenden Personen (SGS, MPT) stattfindet. Die Angehörigen sind sehr dankbar und schätzen es sehr. Für die Mitarbeiter*innen der SGS war es am Anfang psychisch sehr belastend, mittlerweile haben sie einen guten Weg gefunden. Gute Betreuung der Patient*innen ist durch die drei Stunden möglich. Es wird als intensive Zeit beschrieben.

> *„Ja, das ist halt immer ganz intensive Zeit, die man da verbringt. Aber die Angehörigen sind immer ähm sehr dankbar und schätzen das auch sehr. Und für die Mitarbeiter ist es ähm (..), eben am Anfang war das Psychische sehr belastend (I: Mhm), aber mittlerweile haben sie alle einen guten Weg gefunden, mit dem umzugehen. (….) Und schätzen auch, dass man einfach die Zeit hat, also die drei Stunden sind jetzt einfach schon ähm, ja (..) ein guter Zeitrahmen, in dem die Leute daheim auch gut betreut werden können." (I12, A44)*

Herausfordernde Betreuung für beteiligte Akteur*innen (3 Nennungen)

Die Betreuung im Rahmen der IPB wurde von manchen Befragten auch als (extrem) herausfordernd wahrgenommen. Diesbezüglich wurde die starke Fluktuation in der mobilen Pflege sowie die Notwendigkeit, kurzfristig viele Personal- und Zeitressourcen zur Verfügung zu haben, genannt.

> *„Herausfordernd, sehr. Extrem herausfordernd. Äh, gerade eben, weil wir äh (…) wir in der Hauskrankenpflege, in der mobilen Pflege, das ist weltweit, schätze ich mal so, äh eben der starken Fluktuation unterworfen sind und es geht auf und ab vom Betreuungsaufwand bei uns, aber auch in anderen Sprengeln und Institutionen." (I8, A29)*

Eine*r der befragten HÄ gab an, dass während der Pandemiezeit aufgrund der beschränkten Besuchsmöglichkeiten mehr Patient*innen zuhause sterben wollten. Er/Sie sagte diesbezüglich, dass insbesondere die MPTs mit den HÄ „Übermenschliches" geleistet haben. Des Weiteren gab er/sie an, dass viel Fingerspitzengefühl sowie Vertrauen gefragt ist bei der Betreuung im Rahmen der IPB. Es geht ihrer/seiner Meinung nach um die Begleitung der Angehörigen, um

unterschiedliche Bedürfnisse der Patient*innen und um eine umfangreiche, aber schöne Betreuung.

Perspektive der pflegenden Angehörigen

Alle pflegenden Angehörigen beschrieben positive Auswirkungen der professionellen Betreuung im Rahmen von IPB auf ihre Betreuungssituation: Gefühle wie „nicht mehr alleine sein“, „Sicherheit“, „ausreichende Unterstützung“ und „Entlastung“ wurden vielfach dankbar beschreiben.

> *„Aber natürlich, es ist Angst dabei, weil ich nie gewusst habe, solange ich alleine war - dann, wie das Hospiz dann da war, habe ich ja keine Angst - dann war ich ja nicht mehr alleine.“ (#7 00:34:00)*

Sicherheit entstand neben der Präsenz der professionellen Helfer*innen auch durch das Wissen, dass jederzeit telefonisch Hilfe abrufbar ist.

> *„Alleine schon für meine Sicherheit, für mein Gefühl. Ich weiß, ich bin nicht alleine. Wenn ich wirklich Fragen habe oder ich mir nicht mehr zu helfen weiß, weiß ich, es ist jemand da.“ (#11 00:18:14)*

Der Subcode „Ausreichende Unterstützung“ beschreibt die erhaltene Unterstützung durch professionelle Helfer*innen als ausreichend. Mit 54 Nennungen in den zwölf Interviews war dies der zweithäufigste Subcode der Studie über die Perspektive der pflegenden Angehörigen.
Unterstützung fand in verschiedenen Bereichen und auf verschiedene Arten statt, wie der direkten Pflege des betreuten Menschen, durch die Vermittlung von Wissen oder durch die Übernahme von Wegen und Erledigungen.

> *„… und haben die Rezepte und auch die Apothekensachen geholt - für mich erledigt, so dass alles da war… es war laufend irgendwas, wo man hat was besorgen müssen. Und das war für mich dann eine große Hilfe, wenn ich nicht habe alles selber erledigen müssen.“ (#1 00:09:13)*

Unterkategorie 8.1: Dauer der Betreuung

Dauer ausreichend / passend (11 Nennungen)

Die Dauer der IPB wurde als ausreichend und passend gesehen, aber immer mit der Anmerkung, dass es verlängert werden kann und es bisher mit den Verlängerungen keine Probleme gegeben hat.

> *„Ja, wenn man es verlängern kann, ja. Weil je nach Krankheitsbild kann es natürlich auch sein, dass sich das länger zieht, wenn ich das so sagen darf, oder halt das einfach das länger dauert. Ich finde es schon gut, also, dass man es verlängern kann. Weil jeder Mensch ist anders und jede Krankheit ist anders. Und zum Entlasten eben auch von uns und auch von den Angehörigen, ich finde das einfach super. Dass es das Angebot gibt und dass man es auch verlängern kann. Also ich finde das schon gut und wichtig." (I9, A32)*

Es wurde als verständlich empfunden, dass die IPB aus finanziellen Gründen auf maximal drei Monate beschränkt wird. Gleichzeitig wurde es als schwierig gesehen, Sterben zeitlich zu begrenzen. Manchmal wird zwischendurch auch pausiert. En*e Befragte*r eines MPT gab an, dass es in seltenen Fällen länger als drei Monate dauert und dann aber auch kein Problem mit der Kasse ist. Insbesondere bei sehr prekären Situationen (oftmals in finanzieller Hinsicht) wird die IPB auch länger verordnet. Ein*e Befragte*r eines MPTs gab an, dass die IPB meist erst so spät verordnet wird, dass die Dauer immer ausreichend war.

Unterschiedliche Angaben hinsichtlich Verlängerungen (10 Nennungen)

Hinsichtlich der Anzahl und Möglichkeit der Verlängerungen wurden sehr unterschiedliche Angaben gemacht. So gaben manche an, dass die IPB maximal drei Monate möglich ist (2 Nennungen), andere, dass man sie nur einmal verlängern kann (2 Nennungen) und wieder andere, dass es auch vier bis fünf Mal verlängert werden kann (1 Nennung). Zwei der Befragten sagten, dass sie nicht wissen, wie lange es möglich ist die IPB zu verordnen.

Diejenigen, die davon ausgingen, dass die IPB mindestens drei Monate möglich ist, empfanden es als gut, da niemand weiß, wie lange ein Sterbeprozess dauert und eine längere mögliche Dauer auch hilft, Vertrauen aufzubauen.

Ein*e Befragte*r eines SGS, die/der davon ausgeht, dass die IPB maximal einmal verlängert werden kann, ist deswegen bei manchen IPB-Patient*innen wieder auf die medizinische Hauskrankenpflege umgestiegen, um die Dauer nicht zu überschreiten.

Von der Krankenkasse und vom MPT gibt es laut zwei Befragten die Information, dass die IPB auch bei speziellen Fällen öfter als ein oder zwei Mal verlängert werden kann.

Dauer nicht ausreichend (3 Nennungen)

Die Dauer wurde von einem Teil der Befragten als nicht ausreichend gesehen, weil man nicht nach 28 Tagen stirbt. Teilweise können Palliativsituationen sich auch über mehrere Monate erstrecken. Auch eine Verlängerung kann manchmal zu wenig sein.

„Nein, weil (ahm) sterben tut man, wenn man stirbt und nicht, wenn 28 Tage vorbei sind und (ahm), palliativ heißt ja nicht jetzt ist der Patient palliativ und stirbt dann innerhalb von 28 Tagen, eine palliative Situation kann durchaus auch einmal drei Monate gehen oder vier Monate gehen. Was haben wir letztens gehabt, das letzte war jetzt neun Monate, neun Monate, wo eigentlich der Patient vom Krankenhaus xy nach Hause geschickt worden ist zum Sterben eigentlich. Und neun Monate hat es gebraucht, warum auch immer, bis der Patient verstorben ist. (ahm) (…) Ja, was sind da zweimal 28 Tage dann bei neun Monaten? Gar nichts. (…)" (I6, A35-36)

Begrenzte Dauer als „Bremsklotz" (3 Nennungen)

Die begrenzte Verlängerungsmöglichkeit der IPB wurde auch als Bremsklotz gesehen. Sie hält mitunter davon ab, rechtzeitig zu beantragen, daher ist man auch oft zu spät dran. Es ist schwierig einzuschätzen, ab wann jemand IPB braucht.

„Ja, ähm. Schwierig zum Entscheiden. Also, ich würde, wenn sie es jetzt prinzipiell im Hinterkopf hat, aber (…). Ich weiß nicht, manchmal schreckt es auch davon ab, dass der rechtzeitig beantragt wird. Das muss ich schon sagen. Weil, nein, ist noch nicht so weit, ist noch nicht so weit und im Endeffekt, (…) wann ist es denn soweit? Das – meines Erachtens, ist es soweit, wenn derjenige auch ähm eine komplexe Unterstützung braucht. Und das. Und wer entscheidet das dann immer? Das ist schwierig." (I15, A40)

Unterkategorie 8.2: Betreuungsleistungen

Ausreichender Umfang an Betreuung (13 Nennungen)

Viele der Befragten sahen den Umfang an der pflegerischen Betreuung (3 Stunden pro Tag) als ausreichend an und befanden, dass eine gute Betreuung möglich ist. Es wurde jedoch darauf hingewiesen, dass die drei Stunden ressourcentechnisch oft nur schwierig abzudecken sind durch die SGS, oft insbesondere bei kurzfristig beginnender Betreuung. Daher wird der Umfang den Angehörigen oft nicht mitgeteilt, damit sie die drei Stunden nicht einfordern können. Hier kann es dazu kommen, dass andere Patient*innen der SGS zu kurz kommen oder Betreuungen zeitlich verschoben werden müssen. Wichtig ist auch, dass zusätzlich die HÄ sowie die MPTs zur Unterstützung kommen und auch die Angehörigenbetreuung gut läuft. Wenn das nicht ausreichend ist, müssen andere Möglichkeiten gefunden werden wie beispielsweise eine 24-Stunden-Betreuung.

Auch eine*r der HÄ empfand den Umfang an Betreuung durch die IPB ausreichend abgedeckt, dass sie gedeckelte Leistungen (mehrere Visiten pro Tag) erbringen können und dies bei palliativen Versorgungssituationen auch teilweise notwendig ist.

Nicht ausreichender Umfang an Betreuung (8 Nennungen)

Einige der Befragten empfanden den Umfang der pflegerischen Betreuung im Rahmen der IPB als nicht ausreichend und gaben an, dass sie mit den drei Stunden oft oder manchmal nur schwer auskommen, wenn bspw. der Verbandwechsel bereits eine Stunde dauert. Hier besteht der Wunsch nach mehr Flexibilität im Sinne einer individuellen Stundenanpassung je nach Krankheitsbild.

> *„Nicht immer. (lachen) Das kommt darauf an, wenn, wenn je nach Klient, wenn er mehr Sachen gleichzeitig hat und dann noch die Grundpflege, dann finde ich das oft nicht ausreichend. Haben wir auch schon gehabt. Weil wenn wir oft am Vormittag zwei Stunden bei dem brauchen, weil er eben die Zeit braucht. Und am Abend muss man auch nochmal hin oder oft auch mittags hin zum Lagern. Das ist dann oft echt knapp. Das sollte man vielleicht individuell machen können, dass man weiß, man hat die ganzen Krankheitsbilder und man schreibt dazu, dieses und jenes ist zu machen. Okay, dann braucht man die und die Zeit. Also, dass man das nicht strikt so, die drei Stunden muss man haben und fertig. Also, das finde ich vielleicht, oder dass man es mit der Medizinischen vielleicht ein bisschen ergänzen kann. Es gibt die medizinische Hauskrankenpflege auch, dass man das dann ein bisschen, wenn es anders nicht möglich ist. Aber da gehört vielleicht noch ein bisschen darüber nachgedacht, dass man da vielleicht eine andere Lösung findet.“ (I9, A34)*

Auch eine*r der Befragten eines MPT gab an, dass bei einem höheren Stundenausmaß noch mehr Patient*innen zuhause betreut werden könnten, dies aber ressourcentechnisch von den SGS nicht organisierbar ist. Eine*r der Befragten eines SGS schlug vor, dass das Stundenausmaß bei Hinzuziehen der Pflege(fach)assistenz erhöht wird aufgrund der Kostenersparnis. Nur für die Tätigkeiten von DGKS/DGKP empfanden er/sie und ein*e weitere*r Befragte*r die drei Stunden jedoch als ausreichend.

Entlastung für Angehörige (5 Nennungen)

Ein Teil der Befragten empfand die Leistungen der IPB als ausreichende Entlastung für die Angehörigen aufgrund der Übernahme von Betreuungsleistungen sowie auch Entlastungsgesprächen bereits im Vorfeld.

Ein anderer Teil der Befragten sah die Leistungen der IPB als zu wenig Entlastung für die Angehörigen, da mit drei Stunden täglich zu wenig Zeit ist und auch in der Nacht keine Entlastungsangebote bestehen. Darüber hinaus wurde auf die mangelnde Entlastung der Angehörigen nach Ableben eines*r Patient*in verwiesen.

„Und, dass das IPB vielleicht auch ein, zwei Tage nach Versterben vom Patienten noch aktiv ist. (..) Das haben wir auch erlebt, und ähm ein Beispiel, zum Beispiel, damit Sie wissen wovon wir reden. Wir haben eine junge Familie, da waren zwei Kinder, die Mama ist verstorben ähm (..), der Papa war überfordert, hat natürlich beim Sprengel und bei uns angerufen, wir sind dann hingefahren, haben die verstorbene Mutter versorgt, und haben dann mit der Familie entschieden, dass die Kinder sich nochmal verabschieden dürfen. Und haben das auch organisiert, die Kinder aus der Schule geholt, das hat der Sprengel gemacht, und das auch einfach unterstützt, weil sie das nicht geschafft hätten alleine. (I: Mhm) Da zu sein, mit den Kindern zu der Toten reinzugehen, die Kinder dort auch psychologisch und auch den Papa zu stärken. Nachher hat es dann ein Problem gegeben, weil der Sprengel hat natürlich für diesen Tag Stunden verrechnet, und das ist dann rückgemeldet worden, die Patientin ist verstorben, und diese drei oder vier Stunden wären nicht mehr verrechnet, also werden nicht mehr bezahlt. Der Sprengel hat dann bei mir angerufen und hat gesagt, das kann es ja nicht geben, das ist ja Wahnsinn. Jetzt müssten wir dem Papa, das ist ja erst Monate nach der Abrechnung aufgekommen, (I:Mhm) jetzt müssten wir nach Monaten dem Papa noch eine Rechnung schicken über die vier Stunden. (I: Mhm) Und das ist uns einfach sehr peinlich. Ich habe das damals einfach per Mail an alle geschrieben. Ich glaube, dass dann auch bezahlt wurde und sonst haben wir gesagt, würden wir einfach aus irgendeinem sozialen Ding diese Kosten decken, weil es einfach nicht sein kann, dass man nach drei Monaten, in so einer schwierigen Situation, dann eine Rechnung stellt. (I: Mhm) Und ich denke mindestens einen Tag oder vielleicht, ich glaube, den zweiten braucht es eigentlich nicht mehr, dass der Todestag. Das hängt immer davon ab, ist es in der Nacht (..) und man kommt erst in der Früh dazu. Also ich würde sagen, ein bis zwei Tage nach dem Versterben. Das wäre bestimmt ganz wenig, das in Anspruch genommen wird, aber es gibt immer wieder so spezielle Situationen, wo es einfach noch jemanden braucht, der dazukommt. (..) (I: Mhm) Das wäre auch so etwas zum Überlegen, was zu erweitern ist. Weil es einfach nicht sein kann, dass man dann sagt, so jetzt sind diese drei Stunden Pflege übernommen worden, und diesen letzten Tag muss der Sprengel verrechnen oder eine Rechnung schicken. (..) Ist jetzt irgendwie auch nicht logisch. (I: Ja.) Weil es einfach zu der Betreuung noch dazugehört (..) in die (..) genau." (I7, A44)

Finanzielle Entlastung (4 Nennungen)

Die IPB ermöglicht, dass sich die Betreuenden mehr Zeit nehmen können, da es von den Betroffenen nicht gezahlt werden muss. Dadurch können jetzt mehr Patient*innen zuhause bleiben und sind beruhigt, dass keine Kosten für die Angehörigen entstehen. Dies führt auch zu einem besseren Gefühl seitens der Beteiligten bei der Betreuung. Davor mussten sie immer auf die Uhr schauen und pflegerische Leistungen wurden teilweise auch in der Freizeit erbracht. Zusätzliche Angebote wie Pflegegeld oder Hilfsmittel werden von den Patient*innen / Angehörigen in dieser Phase oft nicht beantragt, weil es zu anstrengend ist. Dann werden die Kosten von Betroffenen selbst übernommen.

Leistungen ausreichend für Patient*innen (4 Nennungen)

Für die Patient*innen wurden die Leistungen im Rahmen der IPB (Pflege, Angehörigengespräche, Ordination, Behandlungspläne) als ausreichend gesehen. Von der/dem Befragten des Pflegeheims wurde insbesondere die Wichtigkeit des palliativen Behandlungsplans (Plan für Krisen und Notfälle) hervorgehoben, der seiner/ihrer Meinung nach insbesondere bei den jüngeren HÄ ankommt und genutzt wird.

> *„(….) Mhm (..) ja von den Leistungen her, sind sie für uns eigentlich ähm die Pflege, Angehörigengespräche, Ordination halt mit eben Hausarzt oder Hospiz. (I: Mhm) das ist für die Leute eigentlich ausreichend, ja.“ (I12, A52)*

Es wurde jedoch auch der Wunsch nach einem kostenfreien Palliativangebot bereits vor der terminalen Phase geäußert (1 Nennung).

Perspektive der pflegenden Angehörigen

Pflegende Angehörige bewerteten die Betreuungsleistungen der IPB durchwegs als positiv und ausreichend, viele äußerten, dass sie die Betreuung ohne professionelle Unterstützung nicht mehr bewältigen hätten können.

Positiv erwähnt wurde, dass mit Hilfe der professionellen Unterstützung das Verbleiben zu Hause überhaupt erst möglich gewesen war, und damit auch die Teilhabe des betreuten Menschen an Alltag und Familienleben.

> *„Aber sie hat es auch miterleben können, bis zum Schluss. Das ist meiner Anschauung auch positiv gewesen … sie hat eigentlich alles, ob - wenn jemand Geburtstag gehabt hat, oder wenn sonst irgendetwas, ein Fest gewesen ist, so wie Weihnachten, alles. Sie ist immer dabei gewesen. Sie ist halt da beim Tisch gehockt und hat den Sauerstoff mit hineingenommen. Sie hat mit uns da mitgefeiert oder mitgegessen oder sonst wie. Das muss ich sagen, ist schon positiv gewesen.“ (#5 00:23:21)*

Vereinzelt wurde von Angehörigen von einem „zu viel an Unterstützung“ berichtet, wenn etwa Pflegetätigkeiten übernommen wurden, die Angehörige seit längerer Zeit und auch weiterhin gerne durchgeführt hätten, oder wenn zu oft professionelle Helfer*innen kamen, um zu reden.

> *„Es sind aber ab und zu Schwestern gekommen, die haben das total gut gemeint, nur - nur - also ich habe Wochen gehabt, wo sicher jeden zweiten, dritten Tag jemand vom Hospiz da war, und das war mir dann zu viel… Die sind dagehockt und haben nett geredet. Aber ich habe das Gefühl gehabt, ich mag jetzt nicht mehr reden… Ich meine, ein anderer Mensch mag das sicher total gerne und hat das Gefühl, er wird total persönlich betreut, aber das habe ich nicht mehr. Ich habe die Ruhe nicht gehabt… das war eine ganz kleine Spur zu viel. Zu viel Aufmerksamkeit. Und mit den Ratschlägen: „Schau auf dich.““ (#8 00:34:38)*

Auf der anderen Seite gab es auch einzelne Beschreibung von Betreuungslücken, vor allem was fehlende Hilfestellungen in den Nächten betraf. Außer telefonischer Erreichbarkeit und Hilfe für Notfälle sind weder im Modell IPB noch im Bundesland Tirol Unterstützungsmöglichkeiten durch professionelle Helfer*innen für die Nacht vorgesehen (Them et al. 2018). Dieser Problembereich ist weniger als Schwachstelle des Modells IPB, denn als grundlegende Versorgungslücke in Tirol zu sehen, die auch hier zum Tragen kommt.

Der Wert der professionellen Unterstützung lag für pflegende Angehörige oftmals darin, dass professionelle Helfer*innen Fach- und Erfahrungswissen haben in einer Situation, die viele Angehörige zum ersten Mal erleben, und dass dieses Wissen in Form von Vermittlung von Fertigkeiten oder Informationen abrufbar ist. Diese Wissensvermittlung wurde vielfach erwähnt und half Angehörigen, die Situation des betreuten Menschen besser zu verstehen und auch zu ertragen.

Die meisten der vielfach von Angehörigen beschriebenen Situationen der Überforderung konnten mithilfe professioneller Unterstützung zu Hause bewältigt werden. So wurde in allen zwölf Interviews nur einmal von einer Notfalleinweisung ins Krankenhaus berichtet, alle anderen Notfälle konnten mit professioneller Hilfe zu Hause bewältigt werden. Wird das Vermeiden von Notfalleinweisungen am Lebensende als ein Qualitätskriterium für Palliative Care herangezogen, so zeigt sich, dass IPB ähnlich wie andere Modelle zur Unterstützung häuslicher Betreuung (Klie 2016; Schneider et al. 2006) hier ihr Ziel erreicht.

Die meisten Interviewpartner*innen, jedoch nicht alle, wurden von professionellen Helfer*innen auf den bevorstehenden Tod des betreuten Menschen hingewiesen. Dies eröffnete pflegenden Angehörigen Möglichkeiten zum Abschied. Pflegende Angehörige reagierten unterschiedlich darauf, wenn das nahende Ende des betreuten Menschen von professionellen Helfer*innen thematisiert wurde. Wurde es von den meisten als passend und wichtig erlebt, gab es einzelne pflegende Angehörige, die verärgert oder ablehnend auf dieses Thema reagierten. Wo das bevorstehende Ende nicht thematisiert wurde, meinten pflegende Angehörige im Nachhinein, es

wäre besser gewesen, sie hätten es gewusst. Sie äußerten in der Rückschau, man müsse Angehörige jedenfalls darauf hinweisen.

> *„Und was mir vielleicht fehlt, wo ich auch heute noch oft denke, dieses aufmerksam Machen auf die Situation, dass sie wirklich endlich ist. Ich weiß nicht, wie ich sagen soll. Dass man da wirklich hinschaut und schaut, checken die das, dass das wirklich zu Ende geht? Das hätte mir eigentlich schon jemand verklickern sollen: „Du, ist dir das schon klar, dass das jetzt vielleicht die letzten Wochen sind, oder die letzten Tage?“ oder so. Also das - im Nachhinein denke ich mir, ich habe das von mir sehr verdrängt… Ich habe jetzt im Nachhinein das Gefühl, ich habe mich zu wenig vorbereitet, zu wenig verabschiedet oder so. Habe ich für mich jetzt so im Nachhinein das Gefühl. Wenn mir jetzt da jemand vielleicht auf die Schulter geklopft hätte und gesagt hätte: „Ist dir schon bewusst - ist dir schon bewusst, dass das jetzt nur mehr ein paar Wochen oder so geht?“ Dann wäre ich vielleicht aufgewacht und hätte gesagt: „Okay.““ (#3 00:04:20)*

Die Vorbereitung von pflegenden Angehörigen auf die zu erwartenden Umstände des bevorstehenden Todes ist eine besonders herausfordernde Aufgabe für professionelle Helfer*innen. Da, wo dieses Gespräch gelang, fühlten sich Angehörige gut vorbereitet und dadurch sicherer in der Betreuung.

> *„Und das haben sie mir auch vorausgesagt. Es ist alles - die Leute waren unheimlich lieb, haben mich auf alles vorbereitet, was kommt, sodass ich immer genau gewusst habe, wie es weitergeht. Natürlich war es trotzdem schwer…“ (#7 00:09:13)*

Fehlte diese Vorbereitung, so wurde über Gefühle der Unsicherheit und Belastung bei pflegenden Angehörigen berichtet. Auch wurde von manchen geschildert, dass durch ein vorbereitendes Gespräch Ängste hervorgerufen wurden. Dies legt nahe, dass die Vorbereitung auf die Umstände des Versterbens wohl - analog zur Aufklärung über eine Diagnose - mehr als Prozess, der mehrere Gespräche beinhaltet, denn als singuläres Gespräch zu sehen ist.

Alle Interviewpartner*innen erzählten, dass sie rund um das Versterben bzw. danach Beistand von den professionellen Helfer*innen erfahren hätten und dass sie sehr dankbar für diesen Beistand gewesen seien. Vielen Angehörigen wurde bei der Versorgung des verstorbenen Menschen geholfen. In anderen Fällen kamen professionelle Helfer*innen auch einfach vorbei, um sich zu verabschieden oder nach den pflegenden Angehörigen zu sehen. Dieser Kontakt ist im Modell IPB nicht wirklich vorgesehen. Fällt er nicht auf den Kalendertag des Versterbens, so kann er nicht mehr über das Modell abgerechnet werden und wird somit finanziell auch nicht vergütet. Es zeigte sich hier ein in der Palliative Care typisches Vorgehen, das das menschlich Notwendige abseits von Finanzierungslogiken über das in den Strukturen Vorgesehene stellt. Es

schien den professionellen Helfer*innen selbst ein Bedürfnis zu sein, auch für diesen Teil der Betreuung zur Verfügung zu stehen und den Betreuungsprozess würdig abzuschließen.

Unterkategorie 8.3: Erreichbarkeit/ Rufbereitschaft

Nachtrufbereitschaft (24 Nennungen)

Laut Angaben einiger Befragten erhalten die Palliativpatient*innen die Notfallnummer vom MPT (5 Nennungen). Eine*r der Befragten eines SGS gab an, dass sie/er diesbezüglich komplett auf das MPT angewiesen sind, diese aber auch begrenzte Ressourcen haben. Das MPT selbst gab an, dass krisenhafte Patient*innen ihre Notfallnummer erhalten, wo rund um die Uhr jemand erreichbar ist. Dies ist laut ihren Angaben bei nahezu allen IPB-Patient*innen der Fall. Es wurde außerdem hervorgehoben, dass es den Angehörigen und Patient*innen viel Sicherheit gibt, eine Telefonnummer zu haben (4 Nennungen).

> *„Wir als Sozialsprengel haben eine Rufbereitschaft von 7 Uhr morgens bis 8 Uhr am Abend. Und die Palliativpatienten, die palliativ betreut werden, also die, die eine Notfallnummer brauchen könnten, kriegen sie mittlerweile. Und das ist einfach - glaube ich - ganz, ganz viel an Sicherheit, das geboten wird. Ähm, nur zu wissen, dass ich könnte, wenn.“ (I3, A42)*

Ein*e Befragte*r eines SGS sowie eine*r der HÄ nannten auch den ärztlichen Hausdienst bezüglich Nachtrufbereitschaft (2 Nennungen).

Ein Teil der Befragten gab jedoch auch an, dass die Nachtrufbereitschaft komplett fehlt (4 Nennungen) bzw. diese nicht vom MPT abgedeckt wird. Dies bedeutet, dass die Patient*innen bzw. deren Angehörigen in der Nacht die Rettungsdienste rufen müssten. Es wurde hier der Wunsch geäußert, dass das MPT die Rufbereitschaft in der Nacht abdecken sollte.

Einer der befragten SGS bietet auch in der Nacht eine Rufbereitschaft an. Da sie aber zu wenig diplomiertes Personal haben, heißt das in solchen Situationen, dass die diplomierten Pflegekräfte quasi rund um die Uhr abwechselnd arbeiten müssen.

Viele der Befragten gaben an, dass eine Nachtrufbereitschaft der SGS vom Dienstplan (Einhaltung der Ruhezeiten) und von den Personalressourcen her nicht möglich wäre (5 Nennungen). In Extremfällen werden manchmal jedoch die privaten Telefonnummern vom SGS weitergegeben und sie rücken im Notfall unentgeltlich aus.

Eine*r der HÄ sagte, dass die Nachtversorgung fehlt, weil das MPT nur in Ausnahmefällen ausfährt und es nur eine*n Mitarbeiter*in für ein großes Einzugsgebiet gibt, Patient*innen jedoch auch in der Nacht im Sterben liegen.

Erreichbarkeit (10 Nennungen)

Hinsichtlich der Erreichbarkeit ist der Großteil der befragten SGS von ca. 7 Uhr bis 19 oder 20 Uhr abends erreichbar. Zwei der Befragten aus den SGS gaben an, dass sie bei einem finalen Palliativsetting rund um die Uhr bzw. zumindest bis 22 Uhr erreichbar sind, um mehr Sicherheit zu geben. Wenn sie dann tatsächlich gerufen werden, wird das auch als Einsatzzeit geschrieben, dies ist jedoch eher selten der Fall. Es wurde außerdem die Notwendigkeit von zeitlicher Flexibilität der Mitarbeiter*innen der SGS im Rahmen der IPB genannt. Auch die Erreichbarkeit an Wochenenden wurde angesprochen und diese wurde als wichtig erachtet, damit Patient*innen nicht aufgrund mangelnder Versorgung ins Krankenhaus müssen.

> *„Ja also, wenn wir sehen der Patient geht wirklich in das finale Palliativsetting hinein, dann biete ich den Angehörigen an, dass unter der Woche ich rund um die Uhr erreichbar bin auf meinem Diensthandy und unter der Woche die Diensthabende. Also, da sagen wir dann schon zu den Angehörigen, wenn ihr Fragen habt, wenn irgendein Problem auftaucht: „Ruft uns an, und wenn es um zwei in der Nacht ist.“ Wenn wir es telefonisch regeln können, super, ansonsten rücken wir halt die Nacht aus.“ (I5, A40)*

Zwei HÄ gaben an, dass sie auch teilweise die Nächte durcharbeiten und für Palliativpatient*innen immer erreichbar sind.

> *„Ähm, auch da steht jetzt hier, dass fast 90 % der Ärzte bereit sind ihre Telefonnummer zu hinterlassen. Meine Patienten, die haben zumindest jetzt einmal in der hausärztlichen Betreuung, ähm, die sind meine Patienten zu 100 % abgedeckt, dass sie in der Nacht mich erreichen. Und, und, und ähm (..) wie des vom, also Palliativbetreuung kommt ja nicht in der Nacht.“ (I10, A33)*

Die Befragten der MPTs wünschten sich eine bessere Erreichbarkeit der HÄ und der SGS auch außerhalb der Ordinationszeiten. Eine*r der befragten HÄ meinte diesbezüglich, dass eine hausärztliche Hotline sinnvoll sein könnte.

Die Erreichbarkeit des Palliativkonsiliardienstes eines Krankenhauses wurde von einer*m HÄ als katastrophal beschrieben, da dieser unter der Woche nur bis Freitag um 15 Uhr erreichbar ist und sich dann niemand zuständig fühlt, die Palliativbetreuung aber 24 Stunden stattfindet. In diesem Zusammenhang wurde gesagt, dass es wichtig ist, dass es eine Bezugsperson für den/die Patient*in gibt.

Perspektive der pflegenden Angehörigen

Aus den Interviews mit den pflegenden Angehörigen ist ersichtlich, dass diese über die Möglichkeit der Rufbereitschaft informiert wurden und die entsprechenden Telefonnummern erhielten. Dies gab ihnen Sicherheit und in den meisten Fällen bekamen sie die benötigte Hilfestellung.

> *„Tag und Nacht war immer irgendjemand erreichbar. Ich habe eine spezielle Nummer bekommen und im Falle eines Falles konnte ich die anrufen, und in ein paar Minuten, kann man sagen, war schon jemand da. Und es hat immer funktioniert." (#7 00:03:42)*

Einzelne Interviewpartner*innen berichteten, sie hätte sogar die Privatnummer der HÄ bekommen, was zusätzlich Sicherheit vermittelte. Jederzeit professionelle Hilfe abrufen zu können, auch abseits der vereinbarten Termine, erlebten pflegende Angehörige als große Unterstützung.

Unterkategorie 8.4: Psychische Faktoren in betreuten Familien

Gibt Sicherheit (9 Nennungen)

Die IPB insgesamt gibt den Patient*innen und den Angehörigen Sicherheit. Hervorgehoben wurden diesbezüglich das Aufbauen von Vertrauen im Vorfeld, die Notfallnummern und das Übertragen der Sicherheit der SGS durch die Rücksprachemöglichkeit mit den MPTs auf die Patient*innen. Als wichtig wurde hierbei angesehen, dass sich die Beteiligten gut untereinander absprechen und das Gleiche kommunizieren, da es sonst zu Unsicherheit bei den Patient*innen und Angehörigen kommen kann.

> *„Aber prinzipiell finde ich es einfach wichtig, dass man sich gut abspricht und der Patient sich dadurch sicher fühlt (I: Mhm), weil wir ja alle auf dem gleichen Wissensstand sind und ihm auch deswegen gut helfen können, wenn er was braucht." (I7, A24)*

Wird oft nicht angenommen (8 Nennungen)

Hinsichtlich der psychischen Betreuung durch professionelle Helfer*innen wurde darauf verwiesen, dass diese oft nicht angenommen wird oder werden würde. Begründet wurde dies damit, dass die Leute einerseits oft einer psychologischen/therapeutischen Betreuung gegenüber nicht sehr aufgeschlossen sind, es ein heikles Thema ist oder sie Scham empfinden und andererseits, weil sie nicht noch mehr fremde Leute hinzuziehen wollen.

Hier besteht der Wunsch sich zu vernetzen und auszutauschen, wie man die psychische Unterstützung sozusagen „schmackhaft“ machen kann.

> *„Und das und dann bieten wir ihnen auch noch das freiwillige Hospiz an und das wird. Also, so viele verschiedene Leute wollen sie dann einfach oft nicht. Und deswegen müssen wir trotzdem die viele Begleitung, wieder bleibt wieder ganz viel an uns hängen. Und wo wir eigentlich wüssten, wir hätten das freiwillige Hospiz, die würden da kommen und da sein, aber ja. Ich glaube, da sind sie oft nicht so aufgeschlossen, die Leute.“ (I15, A10)*

Psychische Versorgung ausbaufähig (7 Nennungen)

Die psychische Versorgung wurde insgesamt noch als ausbaufähig gesehen, da es einerseits teilweise keine/wenig Angebote im niedergelassenen Bereich gibt und auch keine Hausbesuche von Psychotherapeut*innen durchgeführt werden, und es andererseits noch keine Kostenübernahme für die psychologische Betreuung gibt. Hier besteht der Wunsch, diese in die IPB aufzunehmen.

Die psychische Betreuung wird oftmals durch die SGS und die HÄ abgedeckt und abgefedert.

> *„Was man vielleicht verbessern, was mir noch einfällt ist sicher die psychologische Betreuung vor Ort, aber das ist im Oberland ein bisschen ein Problem, weil (..) das lassen die Patienten einfach oft nicht zu. Das ist aber ein kulturelles (ahm) Problem, aber das könnte man sicher (unv.) gerade, wenn sie vom Krankenhaus rausgehen, fördern.“ (I6, A11)*

Psychische Versorgung ausreichend (6 Nennungen)

Das MPT setzt sich für die psychische Betreuung ein und verfügt auch selbst teilweise über eine*n Seelsorger*in. Manchmal wird auch im Umkreis der Patient*innen nach einer psychischen Unterstützung geschaut. Darüber hinaus wird auf das ehrenamtliche Hospiz als große Stütze verwiesen.

> *„Durch die Zusammenarbeit mit uns wird es, ist es sicher gegeben, die, die, wenn der Sprengel die Ressourcen nicht hat, haben wir das und das teilen wir uns dann einfach auf. (B2: Wobei) Obwohl der Ansprechpartner vor Ort hilfreich ist, weil die das ganze Setting natürlich besonders gut kennen.“ (I1, A83)*

Entlastung für Angehörige gegeben (5 Nennungen)

Andere Befragte sahen die Entlastung der Angehörigen gegeben und verweisen unter anderem auf entlastende Angehörigengespräche durch die SGS. Es wurde auch darauf verwiesen, dass die Angehörigen hineinwachsen und mit der Zeit selbstsicherer werden, wodurch oft weniger Unterstützung notwendig ist.

Dankbarkeit für Unterstützung (4 Nennungen)

Die Dankbarkeit der Patient*innen und Angehörigen wurde genannt, da sie sich aufgrund der finanziellen und pflegerischen Entlastung keine Gedanken und Sorgen machen müssen. Die Mitarbeiter*innen der SGS werden in dieser Zeit schon fast zu Familienmitgliedern. Auch nach Jahren merkt man noch, dass es gut gelaufen ist, wenn man Angehörige trifft.

> *„Das heißt, die müssen sich da nicht Gedanken machen, kann ich mir das leisten oder nicht, sondern es kommt jemand. Und auch einfach das zu wissen, dass wenn es Probleme gibt, sie sich melden können und jemand da ist. Es ist ja oft auch ein langer Weg, wo viel passiert und wo man langsam hineinwachst, vielleicht zu Beginn sind sie noch besser und wenn dann absehbar ist, dass ähm, ja wie schlecht sie werden, ähm glaube ich, nehmen sie das Angebot nochmal viel leichter ähm an." (I3, A40)*

Entlastung Angehörige ausbaufähig (2 Nennungen)

Die Entlastung für die Angehörigen wurde von einem Teil der Befragten als ausbaufähig gesehen. Teilweise müssen sie ihren Beruf pausieren oder aufgeben. Als sehr belastend für die Angehörigen wurde gesehen, dass diese in der Nacht keine Möglichkeit der Entlastung haben. Darüber hinaus wurde auch angesprochen, dass es keine Möglichkeit gibt, die Angehörigen nach Ableben der/des Patient*in noch angemessen zu betreuen.

Überbetreuung (2 Nennungen)

Von zwei der Befragten wurde das Thema Überbetreuung angesprochen, dass sich die Patient*innen und Angehörigen teilweise vom großen Angebot sozusagen „überfahren" fühlen. Hier sollte mehr auf sie eingegangen werden. Patient*innen ziehen sich in dieser Phase oft zurück und wollen nicht mehr zu viele fremde Leute und zu viel Angebot.

> *„Wo ich mir gedacht habe, also diese Frage der Überbetreuung, dass diese Angehörigen und das hat mir schon zu denken gegeben, da sind wir ganz oft in diesem Fahrwasser. Da müssen wir sie entlasten, entlasten und das müssen wir noch tun und das müssen wir noch tun, und schauen gar nicht wirklich hin, ähm was hat denn der schon sein ganzes Leben getan mit seinem Mann, oder mit, mit was auch immer. Und, und wo geht man dann einfach hin und das ist glaube ich, der gute Hospizgedanke ist immer der: wir versuchen zu entlasten und das passiert auch ganz oft an den Runden Tischen und die sind eigentlich oft mal ein bisschen überfahren die Klienten und brauchen dann so ihre Zeit, wo sie sich finden. Und dann dieser Satz ich habe mich, ähm „sie haben mich geschickt zum Spazierengehen und dass, dass ich abschalten kann aber ich habe nicht abschalten können, ich habe ständig auf das Handy geschaut" und da habe ich mir gedacht: Ja, es braucht ehrenamtliches Hospiz oder so ist gut, aber vielleicht muss man die Angehörigen nicht verschicken. Sondern sagt: „Magst dich vielleicht da rüber sitzen, ich sitze jetzt da und ein Buch lesen oder einfach mal die Augen zumachen.""* (I2, A16)

Perspektive der pflegenden Angehörigen

Pflegende Angehörige übernahmen - teils ungewollt - nicht nur die Verantwortung für den sterbenden Menschen, zum Teil wurden sie zur hauptverantwortlichen Person für andere informelle Helfer*innen im Netzwerk. Auch fungierten sie manchmal als Nahtstelle in der Koordination und Kommunikation zwischen professionellen und informellen Helfer*innen. In dieser Studie ist der entsprechende Subcode jener mit der höchsten relativen Anzahl an negativen Schilderungen. Es zeigte sich, dass die Verantwortung für andere Familienmitglieder oder Bezugspersonen des betreuten Menschen eine zusätzliche Aufgabe ist, die zumeist als herausfordernd und häufig als überfordernd erlebt wurde. Hier wäre der offene Blick der professionellen Helfer*innen auf das gesamte System der an der Betreuung beteiligten Personen und die dazugehörigen Dynamiken und Bedarfe wichtig, um die hauptverantwortlich pflegenden Angehörigen zu entlasten.

> *„Und meine Schwestern sind halt gekommen und haben auch ihr Möglichstes getan. Nur halt ihr Möglichstes war dann nicht mein Möglichstes. Mit dem muss man umgehen, und wenn da die Schwester einfach weint und - dann wäre es gut, wenn noch jemand da wäre, der die auffängt. Aber das kann nicht auch nachher dann noch ich sein.“ (#12 00:12:15)*

Es wurde von pflegenden Angehörigen im Gegenzug positiv registriert, wenn professionelle Helfer*innen das Gesamtsystem der an der Betreuung beteiligten Personen und nicht nur den zu betreuenden versterbenden Menschen wahrnahmen.

> *„… ich glaube, die anderen haben das vielleicht eher so gesehen, die sind für die Mama da. Und die hat das wirklich gesehen, sie ist für die Mama und für mich da. Oder vielleicht gar vordergründig für mich… ja. Brauchst du.“ (#10 00:38:35)*

Die Aufgabe der professionellen Helfer*innen in Palliative Care besteht darin, nicht nur den sterbenden Menschen, sondern das Gesamtsystem aller in die Betreuung involvierter Personen wahrzunehmen und entsprechend den jeweiligen Bedürfnissen gezielt zu unterstützen. Fand dies statt und wurden auch pflegende Angehörige oder andere Beteiligte nach ihren Bedürfnissen gefragt und entsprechend unterstützt, wurde dies von pflegenden Angehörigen als hilfreich erlebt.

Einige pflegende Angehörige berichteten davon, dass sie von professionellen Helfer*innen oder auch Angehörigen oder Freund*innen dazu aufgefordert wurden, sie sollten sich eine Auszeit nehmen. Alle Schilderungen der pflegenden Angehörigen zeigen, dass dies für sie nicht wichtig

oder richtig war in der Betreuungssituation, wo die Zeit mit dem sterbenden Menschen sehr überschaubar war.

> *„Und auch die Schwester Susanne ist manchmal auch am Abend da gewesen, dann haben wir noch geredet und die hat eben immer wieder gesagt, was auch sein könnte. Und ich brauche eine Auszeit, eben haben sie mir gesagt, ich brauch eine Auszeit, ich brauche eine Auszeit. Meine Schwester hat auch immer gesagt: „Du musst einmal hinaus.“ Dann habe ich gesagt: "Nein, jetzt, wenn man eh weiß, dass die Zeit so begrenzt ist, was soll ich hinaus?““ (#4 00:12:42)*

Auch war es den pflegenden Angehörigen nicht möglich, eine Auszeit zu genießen. Die Aufforderung, man müsse etwas für sich tun, machte den pflegenden Angehörigen Stress.

> *„Ich meine, sie sagen alle, alle, inklusive Hospiz: „Schau auf dich, du musst auf dich schauen, du bist mit -“ Aber das geht nicht so leicht… diese Aussage, du musst etwas für dich tun, die macht Stress und - ja, und dann - sagen viele, dann geht man eine Stunde spazieren, aber man will eigentlich zu Hause sein und das zieht dann wie ein Gummiband.“ (#8 00:26:30)*

Für die interviewten pflegenden Angehörigen stand der sterbende Mensch im Mittelpunkt, das eigene Leben rückte in den Hintergrund. Sie beschrieben, dass sie aufgrund der überschaubaren sehr kurzen verbleibenden gemeinsamen Zeit die intensive Betreuung nicht als Einschränkung erlebten und dass das eigene Leben warten konnte. Aufforderungen, auf sich zu schauen und etwas für sich zu tun, verursachten Stress und erscheinen nicht zielführend, da außerhäusliche Aktivitäten durchwegs nicht genossen werden konnten.
Möglichkeiten für Auszeiten wie beispielsweise ein Tageshospiz oder stundenweise Betreuung durch ehrenamtliche Mitarbeiter*innen sollten von professionellen Helfer*innen immer als fragendes Angebot formuliert werden und die nicht-wertende Option einer Ablehnung durch die pflegenden Angehörigen beinhalten.

Pflegende Angehörige beschrieben verschiedenste Sorgen, die sie während der Betreuungszeit hatten. So machten sie sich Sorgen, ob die Betreuung gut läuft, wenn sie das Haus - meist ohnehin nur für kurze Zeit - verließen.

> *„Dann habe ich natürlich das Handy wieder mitgenommen und aber - mein Sohn hat natürlich nicht angerufen. Aber ich war immer so nervös, dass alles in Ordnung geht, dass ich schnell, schnell alles gemacht habe und schnell wieder heim.“ (#7 00:31:05)*

Mehrfach genannt wurde die Sorge, dass der betreute Mensch stirbt, wenn die Angehörige nicht da ist.

> *„Das war immer meine größte Sorge, wenn ich weg war. Nicht dass er genau da stirbt, wenn ich nicht da bin." (#1 00:25:14)*

Auch gab es Sorgen um den betreuten Menschen, die mit verschiedenen Symptomen wie Atemnot oder Schmerzen zu tun hatten. Geschichten von anderen Verstorbenen oder Informationen über qualvolles Sterben, die pflegende Angehörige aus Büchern oder dem Internet hatten, gaben oftmals Anlass zur Sorge.

Ein*e Interviewpartner*in berichtete über Sorgen, die ihr das Betätigen der Schmerzpumpe gemacht hätte. Sie habe Sorge gehabt, sie würde das Leben der Mutter verkürzen.

> *„… zugleich, ich erleichtere ihr die Schmerzen [Anm. durch das Betätigen der Schmerzpumpe], aber was beschleunige ich da? Aber ich wollte es eigentlich für sie beschleunigen, aber zugleich auch nicht, weil das - ich bin nicht für Sterbehilfe, aber da habe ich Skrupel gehabt." (#8 00:48:49)*

Sorgen pflegender Angehöriger waren in der Betreuungszeit präsent, wenn sie beim betreuten Menschen waren und noch stärker, wenn sie das Zuhause auch nur für kurze Zeit verließen. In keinem der Interviews wurde darüber berichtet, dass die pflegenden Angehörigen ihre Sorgen mit anderen Menschen geteilt hätten, sie scheinen alleine damit gewesen zu sein. Hier wäre das gezielte Nachfragen durch professionelle Helfer*innen wünschenswert.

Unterkategorie 8.5: Betreuungskontinuität

Ein häufiger Wechsel des Personals wurde von den Patient*innen und Angehörigen oft belastend empfunden (5 Nennungen). Die Betreuungskontinuität wird als wichtig für das Vertrauen und die Sicherheit gesehen, unter anderem auch damit das Gleiche kommuniziert wird, ist jedoch ressourcentechnisch nicht immer möglich. Bei zu häufigem Wechsel kommen die Betroffenen durcheinander, dann wird es als wichtig erachtet, dass der/die Kolleg*in vor bzw. beim Wechsel kurz mitgeht zu der/dem Patient*in und sich vorstellt. Da zu viele Personen für die Betroffenen oft belastend sind, können oftmals bspw. Ehrenamtliche gar nicht mehr hinzugezogen werden.

„Und da ist mir schon aufgefallen, da mögen das die Angehörigen und auch der Klient selber nicht, wenn da so viele Akteure sind. Die halten das nicht aus. Für sie ist wichtig, dass da ein, zwei Leute kommen, die ihnen eine gewisse Sicherheit geben, die auch das Gleiche kommunizieren, weil wenn der eine das sagt und der andere das, dann sind sie so durcheinander und wissen nicht mehr was das Richtige und was das Falsche ist. Und das ist ganz wichtig. Und wenn da zu viel Leute sind, weil wir hätten auch ein gutes ehrenamtliches Hospizteam, die wollen das alle nicht mehr, weil da kommen dann einfach zu viele Leute ins Haus." (I4, A36)

Betreuungskontinuität kann insbesondere dann nicht gewährleistet werden, wenn PFA oder PA nach Verordnung der IPB eine*n bereits (oft jahrelang) betreute*n Patient*in nicht mehr weiterbetreuen dürfen. Hier wurde von zwei der Befragten kritisiert, dass damit wichtige Bezugspersonen am Lebensende wegfallen.

„Und GANZ, GANZ WICHTIG, weil es gibt ja viel Bereiche, ich mache ja Bezugspflege und da geht diese gewisse Person ja schon immer hin. Und warum sollte ich jetzt die in der letzten Phase eigentlich raus tun, wo so ein enger Bezug da ist?" (I4, A10)

Perspektive der pflegenden Angehörigen

Pflegende Angehörige erlebten Kontinuität der professionellen Helfer*innen als positiv, vor allem dadurch, dass man sich im Laufe der Betreuung schon kannte, eine gewisse Vertrautheit bestand und man sich nicht immer wieder auf neue Personen einstellen muss.

„Und fein ist eben, wenn es dann eben die gleichen Leute sind. Wenn nicht immer jemand anderer kommt." (#4 00:36:18)

Der Wunsch nach Kontinuität wurde von Angehörigen mehrfach geäußert.

„…es wäre feiner gewesen, wenn öfter dieselbe Person kommt. Es ist da ein häufiger Wechsel, und bis jeder die Mama gekannt hat, war die Geschichte dann eh schon fast vorbei." (#8 00:21:14)

Oberkategorie 9: Kontext Gesundheitssystem

Die Interviewpartner*innen nahmen mehrfach Bezug auf allgemeine Aspekte und Herausforderungen hinsichtlich des Gesundheitssystems in Österreich.

Insbesondere erwähnten die Befragten, dass zu wenig Diplompflegepersonal zur Verfügung steht, das die Betreuung abdecken kann. Auch in den Pflegeheimen scheint es diesbezüglich

einen Mangel zu geben, der aufgrund des „Strukturplans Pflege neu“ noch verstärkt wird (13 Nennungen).

> *„Die bräuchten definitiv mehr diplomierte Krankenpfleger, -pflegerinnen oder auch Heimhilfen, weil gerade in dem Bereich der Palliativbetreuung, ist in dem Vertrag ja, wenn ich den Antrag stelle, muss eine Diplomierte hin. Nur wenn es in den ganzen Teams nur zwei Diplomierte gibt, dann wechseln die sich eigentlich Tag und Nacht ab, oder? Insofern mehr Kapazität an diplomierten Pflegerinnen im Hauskrankenbereich wäre absolut notwendig.“ (I11, A 39)*

Ein weiterer Punkt, der in Bezug auf das Gesundheitssystem genannt wurde, ist die fehlende Nachtversorgung und teilweise Wochenendversorgung durch die SGS (10 Nennungen). Auch ein genereller Mangel an Ressourcen an Pflegepersonal in den SGS (9 Nennungen) sowie eine Unterversorgung betreffend die psychologische Betreuung (8 Nennungen) wurde von den Interviewpartner*innen mehrfach erwähnt.

> *„Das habe ich eingangs schon bemängelt, dass das quasi schon Säulen der Palliativbetreuung wären, die einfach nicht vorhanden sind, im niedergelassenen Bereich. (I: Mhm) Also, so was wie ähm (…) ein Klinikseelsorger oder ähm (…) ein Psychotherapeut, der unterstützend da die Angehörigen mitbetreut, ähm das fehlt absolut. (I: Mhm) Und da ist großer Bedarf da. (…) Es gibt keine Finanzierung von Land oder Kasse dafür (…) Also Sozialarbeit, Seelsorge, Psychotherapie – absolut dringend notwendig.“ (I11 A 49)*

Darüber hinaus wurde auch den HÄ ein Mangel an Ressourcen attestiert und hier insbesondere darauf verwiesen, dass sie oftmals nicht oder nur wenig Möglichkeiten für Hausbesuche haben (5 Nennungen).

> *„Mit massivem Einsatz unsererseits, mit Tag und Nacht, (..) nur wir gehen nicht, wir sind ja selbständig, wir unterliegen nicht dem Arbeitszeitgesetz. Ich bin selbständig, wenn ich die Nacht durchhackeln muss und stehe am nächsten Tag um halb acht wieder in der Ordination und muss Entscheidungen treffen. Also, es ist, da ist irgendwann einmal (..) ja die Kapazität erschöpft. (I: Mhm) Ja, absolut. (..) Ja, wir sind ein Team von vier Ärzten, von denen zwei die palliative Ausbildung haben, und eine dritte macht sie jetzt. Wir schaffen das schon, aber ich frage mich, wie das andere Einzelkämpfer machen.“ (I11, A 33)*

In den Interviews wurde zudem auf allgemein zu wenig Informationen für die Bevölkerung über Pflegeangebote verwiesen (3 Nennungen).

> *„Ich meine, die breite Bevölkerung, die kommt, meiner Meinung nach, allgemein zu wenig an Informationen über Pflege und Angebote der Pflege.“ (I8 A 14)*

Es wurde der Wunsch nach einem Ausbau ambulanter palliativer Strukturen geäußert, um das Sterben zu Hause zu ermöglichen (3 Nennungen) und dass generell die Palliativbetreuung für Klient*innen kostenfrei sein sollte (2 Nennungen). Es wurde auch darauf verwiesen, dass im stationären Hospiz nur geringe Kapazitäten vorzufinden sind (2 Nennungen).

> *„Ja, es sollte ja auch, ich meine, es sollte auch ähm (..) zukünftig möglich sein, dass die Patienten zu Hause sterben können, in ihrem familiären Umfeld. Das ist das Schönste, was man einem Menschen bieten kann. Und das sollte eigentlich nicht das Kriterium sein, dass man Kapazitätsgründe, oder keine Kapazitäten hat, (I: Mhm), sondern es soll, jeder Mensch hat meiner Meinung nach die freie Entscheidungswahl, wo er sein Leben (..) zu Ende gehen lassen will. Also, ich sehe nicht ein, warum ich einen Patienten, weil ich weiß, dass am Wochenende keiner kommt, ihm dann Vendal spritzen, zum Morphium spritzen, ins Krankenhaus muss. Das ist (…) absolut falsch." (I11 A 37)*

Von einem*r HÄ wurde darauf hingewiesen, dass eine Koordination der ärztlichen Erreichbarkeit bspw. über eine hausärztliche Hotline pro Region hilfreich für die MPTs wäre (1 Nennung).

> *„Also ich glaube, dass das Palliativteam sicherlich von so etwas wie abgestimmte Ordinationsöffnungszeiten, Erreichbarkeiten der Ärzte in einer ganzen Region, ähm profitieren würde. (I: Mhm) Also, wenn wir Ärzte uns wirklich so absprechen würden, das wäre (lachen) der Idealfall. Dass nicht zwei gleichzeitig auf Urlaub gehen, oder ein Nachmittag komplett unbesetzt ist, oder am Freitagnachmittag überhaupt niemand erreichbar ist. Sondern auch das Palliativteam weiß, ok Region südöstliches Mittelgebirge, das ist die Telefonnummer, da erwische ich immer irgendjemanden. (I: Mhm) So etwas wäre ideal. Dass es da so etwas wie, von uns aber eine Hotline gäbe. Quasi eine hausärztliche Hotline." (I11, A 55)*

Weiter wurde ein früheres Starten der Palliativbetreuung im Sinne von nicht erst in der Terminalphase als Wunsch geäußert (1 Nennung). Auch das Anliegen einer Vereinfachung der Medikamentenverordnung wurde von einem*r Befragten genannt (1 Nennung). Darüber hinaus kritisierte der/die Befragte des Pflegeheims, dass die palliativen Behandlungspläne von den HÄ teilweise nicht ausgefüllt werden mit dem Argument, dass Medikamente erst bei Symptomen verschrieben werden dürfen. Er/Sie gab außerdem an, dass sich die Ärztekammer gegen den palliativen Behandlungsplan gestellt hat, dieser aber von äußerster Wichtigkeit ist für eine würdevolle Sterbebegleitung (1 Nennung).

„Ja (..), was oft auch eine große Belastung für die Angehörigen ist, aber ich weiß nicht, was man da verändern könnte, sind einfach die vielen Medikamente, die es am Lebensende daheim braucht. Das ist natürlich oft aufwendig. (…) Das wäre vielleicht auch noch eine Möglichkeit, ob man das nicht, die Verordnung von Medikamenten, gerade diese speziellen Sachen im palliativen Bereich, ob es da nicht irgendeine Vereinfachung gäbe. (I: Mhm) Da kämpfen wir, da kämpfen die Hausärzte, da kämpfen wir einfach oft ganz viel und telefonieren viel, weil die Verordnung nicht klappt. (…) Dass das immer wieder chefarztpflichtige Sachen abgelehnt werden. (I: Mhm) Und ich denke, da könnte man schon, auch vielleicht irgendwie vereinfachen, wenn der Patient IPB gemeldet ist, dass es das einfach nicht mehr gibt." (I7, A 46)

Perspektive der pflegenden Angehörigen

Brauchten sterbende Menschen Tag und Nacht Betreuung und Pflege, so musste diese von den Angehörigen selbst geleistet werden. Dies führte auf Dauer zu großen Belastungen. Hier kristallisierte sich vor allem die mangelnde Unterstützung durch professionelle Helfer*innen in der Nacht als Problembereich heraus. Außer telefonischer Erreichbarkeit und Hilfe für Notfälle sind weder im Modell IPB noch im Bundesland Tirol Unterstützungsmöglichkeiten durch professionelle Helfer*innen für die Nacht vorgesehen (Them et al. 2018). Dieser Problembereich ist weniger als Schwachstelle des Modells IPB, denn als grundlegende Versorgungslücke in Tirol zu sehen, die auch hier zum Tragen kommt.

Oberkategorie 10: Sonstige Rückmeldungen

Der IPB wurde eine Schlüsselrolle zugeschrieben für das Ermöglichen vom Sterben Zuhause bzw. der Vermeidung vom Sterben im stationären Setting und dieses Betreuungsmodell sollte daher forciert werden. Tirol wurde hier als führend im Palliativbereich in Österreich gesehen. Die IPB wurde als guter Start empfunden, aber die palliative Versorgung insgesamt sollte noch kräftig wachsen.
Die Befragten der SGS stehen der IPB positiv gegenüber.

„Und ja, das wird interessant die nächsten Jahre. Aber IPB und die palliative Betreuung und das Ermöglichen vom Sterben zuhause und die Vermeidung vom Sterben im Krankenhaus oder in einer stationären Einrichtung, da ist IPB – die IPB hat da eine Schlüsselrolle und das muss forciert werden, ja. Und unbedingt so schnell wie möglich umgesetzt werden. Also, aber ja, ich bin gespannt. Der Optimismus verlässt mich langsam, wenn ich ganz ehrlich bin. Ja." (I8, A39)

Es wurde der Wunsch nach einer Vernetzung zum Erfahrungsaustausch geäußert. Des Weiteren wurde auch das Bedürfnis nach der Möglichkeit einer Supervision für Mitarbeiter*innen der SGS seitens des Landes geäußert.

Mittlerweile sind die SGS gewohnt mit IPB zu arbeiten und haben das Handling dafür. Auch die MPTs befanden, dass es mittlerweile ganz gut läuft, auch wenn die Netzwerkpartner*innen am Anfang kritisch waren. Es wurde auch der symbolische Charakter als positiv genannt in dem Sinne, dass alle Beteiligten an die Betreuung gebunden sind.

Nahezu alle Interviewpartner*innen äußerten (meist nach Beendigung der Aufzeichnung) den Wunsch über die Ergebnisse der Evaluierung informiert zu werden. Gleichzeitig wurde auch mehrfach erwähnt, dass sie hoffen, dass die Evaluierungsergebnisse auch in Handlungen bzw. Umsetzungen münden und nicht „in der Schublade verschwinden“.

Perspektive der pflegenden Angehörigen

In den Interviews mit den pflegenden Angehörigen wurde auch die Zeit nach der Betreuung thematisiert, denn nach Definition der WHO (2019) umfasst Palliative Care die Begleitung in Sterben, Tod und Trauer. Pleschberger beschreibt, dass das mit dem Tod des betreuten Menschen einhergehende Ende der Kontakte zu professionellen Helfer*innen für pflegende Angehörige problematisch sein kann. Zum Verlust des betreuten Menschen gesellt sich mitunter der Verlust der Helfer*innen, die ihnen über die Betreuungszeit hinweg bedeutsam wurden (Pleschberger 2007). Im Modell IPB ist für die Zeit nach dem Versterben des betreuten Menschen keine Struktur vorgesehen, die Kontakte zu den professionellen Helfer*innen sind nach der Betreuung beendet. Etliche pflegende Angehörige erzählten, sie hätten zwar Angebote erhalten, weiterhin in Kontakt zu bleiben, diese jedoch nicht genutzt, da sie meinten, die professionellen Helfer*innen hätten genug zu tun.

Die Aussagen den pflegenden Angehörigen betreffend die Angebote zur Unterstützung in der Trauerbewältigung (durch Verweis auf die Angebote der THG) lassen sich dahingehend interpretieren, dass sie es gut fanden, diese Angebote zu erhalten - auch wenn keine*r der Interviewten diese in Anspruch nahm. Ein*e Interviewpartner*in äußerte ganz konkret, dass es gut wäre, wenn professionelle Helfer*innen von sich aus einige Zeit nach dem Versterben kommen würden. Alle Interviewpartner*innen gaben nach dem Interview die Rückmeldung, dass es ihnen gutgetan habe, noch mal über die Betreuungssituation zu sprechen. Dies würde dafürsprechen, im Rahmen des Modells fixe Kontakte im Jahr nach der Betreuung vorzusehen.

4.5. Limitationen

Die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse dieser Evaluierung ist vor dem Hintergrund der relativ kleinen Stichproben von 223 Personen im Rahmen der Fragebogenuntersuchung, von 16 Interviews mit den Stakeholdern und von zwölf Interviews mit den pflegenden Angehörigen nicht als hoch einzuschätzen. Darüber hinaus besteht keine repräsentative Verteilung aller Stakeholder aus den Bezirken Tirols in Bezug auf die Teilnahme an der Befragung und den Interviews.

Die Rekrutierung der Interviewpartner*innen für die Leitfadeninterviews mit den Stakeholdern kann außerdem insofern als limitierend erachtet werden, als dass sich die Stakeholder freiwillig für die Teilnahme am Interview meldeten und angenommen werden kann, dass es sich hierbei um Stakeholder handelte, die entweder sehr zufrieden oder sehr unzufrieden mit dem Modell der IPB waren.

Eine weitere Limitation der Studie über die Perspektive der ehemals pflegenden Angehörigen ergibt sich aufgrund der Vorauswahl von acht Interviewpartner*innen durch das MPT. Hier wurden jene ehemals pflegenden Angehörigen kontaktiert, bei denen von den Mitarbeiter*innen des MPT von vornherein Gesprächsbereitschaft angenommen wurde. Es ist anzunehmen, dass eher jene Angehörigen kontaktiert wurden, wo der Betreuungsprozess von den Mitarbeiter*innen als gelungen empfunden wurde. Daher ist die befragte Personengruppe nicht als repräsentativ für die im Rahmen von IPB betreuten Menschen anzusehen.

Hinsichtlich der Fragebogenuntersuchung zeigen sich darüber hinaus folgende Limitationen: Da es sich weder um einen standardisierten noch validierten Fragebogen handelte, kann nicht ausgeschlossen werden, dass eventuell relevante Aspekte nicht erhoben und berücksichtigt wurden. Auf Basis der durchgeführten Pre-Tests konnte jedoch die Verständlichkeit und Praktikabilität des Fragebogens gewährleistet werden.
Darüber hinaus konnte aufgrund der fehlenden Bekanntheit der Grundgesamtheit die Rücklaufquote der Fragebogenuntersuchung nicht berechnet werden. Einerseits erfolgte die Aussendung der Fragebögen nur an PDL der SGS mit der Bitte diese an die DGKS/DGKP weiterzuleiten, wodurch unklar ist, wie viele der DGKS/DGKP den Fragebogen erhalten haben. Andererseits standen auch nicht alle E-Mail-Adressen der HÄ mit IPB-Vertrag zu Verfügung. Nur bei den MPTs in Tirol stand eine vollständige E-Mail-Liste zur Verfügung. Ausgehend von den vorhandenen Informationen (Anzahl DGKS/DGKP in SGS und Pflegeheimen; Anzahl HÄ mit IPB-Vertrag; Anzahl Mitarbeitende MPTs; Anzahl betreute Patient*innen im Rahmen der IPB im

Jahr 2019) wurde die Grundgesamtheit auf rund 600 Personen geschätzt. Auf Basis dieser Schätzung würde der Rücklauf bei ungefähr 30 % liegen.
Für die Frage Q 38 (Für wieviel Prozent der IPB-Patient*innen schätzen Sie die Betreuungsdauer von 28 Tagen inklusive einmaliger Verlängerung als zu wenig ein?) wäre die Dateneingabe besser mit einem offenen Feld für einen Prozentsatz anstelle der vorherigen Einteilung in Kategorien mit festgelegten Prozentangaben gewählt worden. So hätte auch ein Mittelwert berechnet und die Kategorien nachträglich zusammengefasst werden können. Das Gleiche gilt auch für Frage Q 48 (Wie viele Jahre Berufserfahrung haben Sie in Ihrem derzeitigen Berufsfeld?).

.

Literaturverzeichnis

Döring, Nicola; Bortz, Jürgen (Hg.) (2016): Forschungsmethoden und Evaluation. in den Sozial- und Humanwissenschaften. Unter Mitarbeit von Nicola Döring und Jürgen Bortz. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.

dr. dressing & pehl GmbH (2017): f4transkript. Version 6. Marburg. Online verfügbar unter www.audiotranskription.de, zuletzt geprüft am 03.12.2019.

Flick, Uwe (2017): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Originalausgabe, 8. Auflage. Reinbek bei Hamburg: rowohlts enzyklopädie im Rowohlt Taschenbuch Verlag (Rororo Rowohlts Enzyklopädie, 55694).

Graaf, Everlien de; Zweers, Daniëlle; Valkenburg, Anna Ch; Uyttewaal, Allegonda; Teunissen, Saskia Ccm (2016): Hospice assist at home: does the integration of hospice care in primary healthcare support patients to die in their preferred location - A retrospective cross-sectional evaluation study. In: *Palliative Medicine* 30 (6), S. 580–586.

Klie, Thomas (2016): Pflegereport 2016. Palliativversorgung: Wunsch, Wirklichkeit und Perspektiven. Unter Mitarbeit von Olga Brüwer, Christine Bruker, Birger Dittman, Wilhelm Haumann, Helmut Hildebrandt, Alina Kokulug et al. Hg. v. Herbert Rebscher. DAK-Gesundheit. Hamburg/Freiburg (Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, Band 14). Online verfügbar unter https://www.dak.de/dak/download/dak-pflegereport-2016-1851234.pdf, zuletzt geprüft am 23.01.2019.

Kuckartz, Udo (2014): Mixed Methods. Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren. Wiesbaden: Springer VS.

Kuckartz, Udo (2018): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 4. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa (Grundlagentexte Methoden).

Lamnek, Siegfried (1995): Qualitative Sozialforschung. Band 1 Methodologie. 3. Auflage. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union (Qualitative Sozialforschung, 1).

Mayring, Philipp (2016): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 6., überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel: Beltz.

Pleschberger, Sabine (2007): Die Perspektive der Angehörigen in der Betreuung zu Hause. In: Andreas Heller, Katharina Heimerl und Stein Husebø (Hg.): Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Wie alte Menschen würdig sterben können. 3. und erw. Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Radbruch, Lukas; Payne, Sheila (2011): Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa: Teil 2. In: *Zeitschrift für Palliativmedizin* 12 (06), S. 260–270.

Schneider, Ulrike; Österle, August; Schober, Doris; Schober, Christian (2006): Die Kosten der Pflege in Österreich. Aufgabenstrukturen und Finanzierung. Hg. v. Institut für Sozialpolitik. Wirtschaftsuniversität Wien. Wien.

Schreier, Margit (2014): Varianten qualitativer Inhaltsanalyse. Ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten [59 Absätze]. In: *Forum Qualitative Sozialforschung* 15 (1) (Art. 18). Online verfügbar unter http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/rt/printerFriendly/2043/3635, zuletzt geprüft am 06.04.2020.

Them, Christa; Wetzlmair, Jutta; Schulc, Eva (2018): Rund um die Uhr - Mobile Pflege und Betreuung für ältere Menschen in Tirol/Österreich. In: *Pflegewissenschaft* 10 (1), 71-79.

Tiroler Gesundheitsfond (2020): Management Summary - Integrierte Palliativbetreuung daheim und im Pflegeheim im Rahmen der Hospiz- und Palliativversorgung Tirol. Hg. v. Tiroler Gesundheitsfond.

VERBI Software (2018): MAXQDA. Version 18.0.8. Berlin. Online verfügbar unter www.maxqda.com, zuletzt geprüft am 03.12.2019.

Witzel, Andreas (2000): Das problemzentrierte Interview. Hg. v. Forum: Qualitative Sozialforschung. Online verfügbar unter http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1132/2519, zuletzt geprüft am 24.10.2019.

World Health Organization (WHO) (2019): WHO Definition of Palliative Care. World Health Organization. Online verfügbar unter https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/, zuletzt geprüft am 07.01.2019.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zugehörigkeit Berufsgruppe 21
Abbildung 2: Zugehörigkeit IPB Bereich der Befragten 22
Abbildung 3: Berufserfahrung im derzeitigen Berufsfeld 23
Abbildung 4: Anzahl betreute Patient*innen im letzten Jahr (nach Tätigkeitsfeld IPB) 23
Abbildung 5: Tätigkeit in Bezirk/en Tirols 24
Abbildung 6: Austausch mit Mobilen Palliativteams 27
Abbildung 7: Austausch mit mobilen Pflegediensten/ SGS 28
Abbildung 8: Austausch mit Pflegeheimen 28
Abbildung 9: Austausch mit Hausärzt*innen 29
Abbildung 10: Qualität des Austausches mit Hausärzt*innen (nach Tätigkeitsfeld IPB) 30
Abbildung 11: Informationsstand über Voraussetzungen der IPB (nach Tätigkeitsfeld IPB) 31
Abbildung 12: Informationsstand zur Verordnung der IPB (nach Tätigkeitsfeld IPB) 32
Abbildung 13: Informationsstand über Ablauf der IPB (nach Tätigkeitsfeld IPB) 33
Abbildung 14: Informationsstand zu Abrechnungsmodalitäten der IPB 33
Abbildung 15: Informationsstand zu Abrechnungsmodalitäten der IPB (nach Tätigkeitsfeld IPB) 34
Abbildung 16: Ansprechpartner*innen bekannt (nach Tätigkeitsfeld IPB) 35
Abbildung 17: Häufigkeit Miteinbeziehung mobiler Palliativteams 35
Abbildung 18: Bewertung der Zusammenarbeit 36
Abbildung 19: Spektrum der Tätigkeiten im Rahmen der IPB klar definiert? 37
Abbildung 20: Zuständigkeiten im Rahmen der IPB klar definiert? 38
Abbildung 21: Einsatz Elemente Palliative Care im IPB 38
Abbildung 22: Bewertung Nutzen IPB 39
Abbildung 23: Betreuungsdauer für IPB-Patient*innen zu wenig? 40
Abbildung 24: Kontakt mit Angehörigen nach Ableben der*s Patient*in 40

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Sample der Stakeholder (Leitfadeninterviews) 25
Tabelle 2: Sample der ehemals pflegenden Angehörigen 26

Anhang

A. Fragebogen

Q1
Herzlich willkommen bei der Befragung zur Integrierten Palliativbetreuung!

Ihre Einschätzung der Vernetzung, Koordination und Organisation des Modells der Integrierten Palliativbetreuung daheim und im Pflegeheim (IPB) in Tirol steht bei dieser Erhebung im Mittelpunkt. Mit Ihrem Beitrag liefern Sie wichtige Anhaltspunkte für die Weiterentwicklung dieses Versorgungsmodells.

Die Beantwortung der Befragung dauert ca. 7 Minuten. Alle Angaben erfolgen anonym und können nicht auf Ihre Person rückverfolgt werden.

Verantwortlich für die Durchführung ist das Tirol Institut für Qualität im Gesundheitswesen (TiQG) der fh gesundheit. Ihre Fragen richten Sie bitte an tiqg@fhg-tirol.ac.at.

Wir danken für Ihre Teilnahme an dieser Befragung.

Beginn des Blocks: IPB allgemein

Q2 Haben Sie bereits PatientInnen im Rahmen einer IPB (Integrierten Palliativbetreuung) betreut?

- ○ Ja
- ○ Nein

Q3 Warum haben Sie bis jetzt keine PatientInnen im Rahmen einer IPB betreut?

_____

_____

_____

_____

_____

Q4 Diese Befragung endet hier für Sie, da sich die Fragen ausschließlich an Personen richten, die bereits an einer IPB (Integrierten Palliativbetreuung) beteiligt waren. Vielen herzlichen Dank für Ihre Bereitschaft an der Befragung teilzunehmen!

Q5 Welcher Berufsgruppe gehören Sie an?

- ○ ÄrztInnen
- ○ Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (DGKP)
- ○ SozialarbeiterInnen
- ○ PsychologInnen
- ○ SeelsorgerInnen
- ○ Sonstige _____
- ○ Keine Angabe

Q6 In welchem/n Bereich/en der IPB arbeiten Sie derzeit? (Mehrfachnennung möglich)

- ○ Krankenhauskonsiliarisch tätiges Team
- ○ Mobiles Palliativteam
- ○ Mobiler Pflegedienst / SGS (Sozial- und Gesundheitssprengel)
- ○ Pflegeheim
- ○ HausärztIn mit IPB-Vertrag
- ○ Sonstige _____
- ○ Keine Angabe

Q7 Wie viele PatientInnen haben Sie im letzten Jahr im Rahmen der IPB betreut?

- ○ 1 - 2
- ○ 3 - 4
- ○ 5 - 10
- ○ 11 - 20
- ○ Mehr als 20
- ○ Keine Angabe

Ende des Blocks: IPB allgemein

Beginn des Blocks: Austausch / Kommunikation

Q8 Die folgenden Fragen beziehen sich auf den **Austausch** zwischen den verschiedenen AkteurInnen der IPB.

Q9 Tauschen Sie sich im Rahmen der IPB mit den Mobilen Palliativteams aus?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ Keine Angabe

Q10 Warum tauschen Sie sich im Rahmen der IPB nicht mit den Mobilen Palliativteams aus?

_____

_____

_____

_____

Q11 Wie bewerten Sie die Qualität des Austausches mit den Mobilen Palliativteams?

- ○ Sehr gut
- ○ Eher gut
- ○ Weder gut noch schlecht
- ○ Eher schlecht
- ○ Sehr schlecht
- ○ Keine Angabe

Q12 Tauschen Sie sich im Rahmen der IPB mit den mobilen Pflegediensten / SGS (Sozial- und Gesundheitssprengel) aus?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ Keine Angabe

Q13 Warum tauschen Sie sich im Rahmen der IPB nicht mit den mobilen Pflegediensten / SGS (Sozial- und Gesundheitssprengel) aus?

_____

_____

_____

_____

_____

Q14 Wie bewerten Sie die Qualität des Austausches mit den mobilen Pflegediensten / SGS (Sozial- und Gesundheitssprengel)?

- ○ Sehr gut
- ○ Eher gut
- ○ Weder gut noch schlecht
- ○ Eher schlecht
- ○ Sehr schlecht
- ○ Keine Angabe

Q15 Tauschen Sie sich im Rahmen der IPB mit den Pflegeheimen aus?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ Keine Angabe

Q16 Warum tauschen Sie sich im Rahmen der IPB nicht mit den Pflegeheimen aus?

_____

_____

_____

Q17 Wie bewerten Sie die Qualität des Austausches mit den Pflegeheimen?

- ○ Sehr gut
- ○ Eher gut
- ○ Weder gut noch schlecht
- ○ Eher schlecht
- ○ Sehr schlecht
- ○ Keine Angabe

Q18 Tauschen Sie sich im Rahmen der IPB mit den HausärztInnen aus?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ Keine Angabe

Q19 Warum tauschen Sie sich im Rahmen der IPB nicht mit den HausärztInnen aus?

_____

_____

_____

_____

_____

Q20 Wie bewerten Sie die Qualität des Austausches mit den HausärztInnen?

- ○ Sehr gut
- ○ Eher gut
- ○ Weder gut noch schlecht
- ○ Eher schlecht
- ○ Sehr schlecht
- ○ Keine Angabe

Ende des Blocks: Austausch / Kommunikation

Beginn des Blocks: Wissen und Information

Q21 Ich fühle mich ausreichend über die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme der IPB (Grundvoraussetzungen und Symptomgeschehen) informiert.

- ○ Stimme voll zu
- ○ Stimme teilweise zu
- ○ Weder noch
- ○ Stimme teilweise nicht zu
- ○ Stimme überhaupt nicht zu
- ○ Keine Angabe

Q22 Ich fühle mich ausreichend über die Verordnung (Dauer IPB, Leistungsumfang, etc.) der IPB informiert.

- ○ Stimme voll zu
- ○ Stimme teilweise zu
- ○ Weder noch
- ○ Stimme teilweise nicht zu
- ○ Stimme überhaupt nicht zu
- ○ Keine Angabe

Q23 Ich fühle mich ausreichend über den Ablauf der IPB informiert.

- ○ Stimme voll zu
- ○ Stimme teilweise zu
- ○ Weder noch
- ○ Stimme teilweise nicht zu
- ○ Stimme überhaupt nicht zu
- ○ Keine Angabe

Q24 Ich fühle mich ausreichend über die Abrechnungsmodalitäten der IPB informiert.

- ○ Stimme voll zu
- ○ Stimme teilweise zu
- ○ Weder noch
- ○ Stimme teilweise nicht zu
- ○ Stimme überhaupt nicht zu
- ○ Keine Angabe

Q25 Ich kann mich bei Fragen und Unklarheiten an meine KollegInnen im eigenen IPB-Betreuungsteam (HausärztIn, mobile Pflegedienste/SGS, Mobile Palliativteams) wenden.

- ○ Stimme voll zu
- ○ Stimme teilweise zu
- ○ Weder noch
- ○ Stimme teilweise nicht zu
- ○ Stimme überhaupt nicht zu
- ○ Keine Angabe

Q26 Bei Fragen und Unklarheiten in Bezug auf die IPB sind mir AnsprechpartnerInnen bekannt.

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ Teilweise
- ○ Keine Angabe

Q27 Wie oft werden Ihrer Ansicht nach die mobilen Palliativteams im Zuge der IPB miteinbezogen?

- ○ Immer
- ○ Meistens
- ○ Etwa zur Hälfte der Zeit
- ○ Manchmal
- ○ Nie
- ○ Keine Angabe

Q28 Warum werden Ihrer Ansicht nach die mobilen Palliativteams im Zuge der IPB nicht miteinbezogen?

_____

_____

_____

_____

_____

Q29 Ich fühle mich für die Begleitung und Betreuung von Menschen mit einem komplexen palliativen Behandlungsbedarf ausreichend durch die mobilen Palliativteams unterstützt.

- ○ Stimme voll zu
- ○ Stimme teilweise zu
- ○ Weder noch
- ○ Stimme teilweise nicht zu
- ○ Stimme überhaupt nicht zu
- ○ Keine Angabe

Ende des Blocks: Wissen und Information

Beginn des Blocks: Zusammenarbeit

Q30 Die folgende Tabelle bezieht sich auf die **Zusammenarbeit** (terminliche Koordination, Abstimmung einzelner pflegerischer und medizinischer Tätigkeiten) zwischen den verschiedenen AkteurInnen der IPB.

Q31 Wie bewerten Sie Ihre Zusammenarbeit mit folgenden AkteurInnen im Rahmen der IPB?

	Sehr gut	Eher gut	Weder gut noch schlecht	Eher schlecht	Sehr schlecht	Keine Angabe
Mobile Palliativteams	○	○	○	○	○	○
Mobile Pflegedienste / SGS	○	○	○	○	○	○
Pflegeheim	○	○	○	○	○	○
HausärztInnen	○	○	○	○	○	○
Krankenhaus	○	○	○	○	○	○

Ende des Blocks: Zusammenarbeit

Beginn des Blocks: Organisation

Q32 Für mich ist das Spektrum der palliativmedizinischen und –pflegerischen Tätigkeiten im Rahmen der IPB klar definiert.

- ○ Stimme voll zu
- ○ Stimme teilweise zu
- ○ Weder noch
- ○ Stimme teilweise nicht zu
- ○ Stimme überhaupt nicht zu
- ○ Keine Angabe

Q33 Für mich sind die Zuständigkeiten in der Versorgung im Rahmen der IPB klar definiert.

- ○ Stimme voll zu
- ○ Stimme teilweise zu
- ○ Weder noch
- ○ Stimme teilweise nicht zu
- ○ Stimme überhaupt nicht zu
- ○ Keine Angabe

Q34 Welche Elemente der Palliative Care setzen Sie im Rahmen der IPB ein?
(Mehrfachnennung möglich)

- ○ Gemeinsames Erstgespräch (zwischen HausärztInnen, mobilen Pflegediensten/SGS, Pflegeheimen, Mobilen Palliativteams)
- ○ Gemeinsame Verlaufsgespräche (zwischen HausärztInnen, mobilen Pflegediensten/SGS, Pflegeheimen, Mobilen Palliativteams)
- ○ Erstellung einer vorausschauenden Betreuungsplanung / Plan für Krisen und Notfälle
- ○ Versorgungsmanagement (Koordination zwischen ambulanter und stationärer Versorgung)
- ○ Angehörigengespräche
- ○ Runde-Tisch-Gespräche (interdisziplinäre Besprechung mit PatientIn und Angehörigen zur Informationsweitergabe mit dem Fokus auf die Bedürfnisse des/der PatientIn)
- ○ Ethische Fallbesprechungen (interdisziplinäre Besprechung von Handlungsoptionen bei ethischen Konflikten)

Q35 Wie bewerten Sie den Nutzen dieser eingesetzten Elemente?

	Sehr hoch	Eher hoch	Weder hoch noch niedrig	Eher niedrig	Sehr niedrig	Keine Angabe
Gemeinsames Erstgespräch	○	○	○	○	○	○
Gemeinsame Verlaufsgespräche	○	○	○	○	○	○
Erstellung einer vorausschauenden Betreuungsplanung / Plan für Krisen und Notfälle	○	○	○	○	○	○
Versorgungsmanagement	○	○	○	○	○	○
Angehörigengespräche	○	○	○	○	○	○
Runde-Tisch-Gespräche	○	○	○	○	○	○
Ethische Fallbesprechungen	○	○	○	○	○	○

Q36 Zu den Zielsetzungen der IPB gehören die gute Begleitung und Betreuung von sterbenden PatientInnen mit einem komplexen palliativen Behandlungsbedarf in der gewohnten Umgebung. Inwieweit finden Sie, dass dieses Ziel erreicht wird?

○ Vollkommen erreicht

○ Eher erreicht

○ Weder noch

○ Eher nicht erreicht

○ Gar nicht erreicht

○ Keine Angabe

Q37 Auf einer Skala von 0 (kein Nutzen) bis 10 (sehr hoher Nutzen). Wie bewerten Sie den Nutzen der IPB hinsichtlich folgender Aspekte?

	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Lebensqualität des/der PatientIn	
Entlastung der Angehörigen und Zugehörigen	
pflegerische und/oder medizinische Leistungen	

Q38 Für wieviel Prozent der IPB-PatientInnen schätzen Sie die Betreuungsdauer von 28 Tagen inklusive einmaliger Verlängerung als zu wenig ein?

- ○ 0 - 25%
- ○ 26 - 50%
- ○ 51 - 75%
- ○ 76 - 100%
- ○ Keine Angabe

Q39 Wie begründen Sie Ihre Einschätzung?

_____

_____

_____

_____

_____

Q40 Auch nach dem Ableben eines/r PatientIn hatte ich noch Kontakt mit den Angehörigen.

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ Keine Angabe

Q41 Für mich ist die Versorgung eines/r verstorbenen PatientIn im Rahmen der IPB ausreichend möglich.

- ○ Stimme voll zu
- ○ Stimme teilweise zu
- ○ Weder noch
- ○ Stimme teilweise nicht zu
- ○ Stimme überhaupt nicht zu
- ○ Keine Angabe

Q42 Warum ist für Sie die Versorgung eines/r verstorbenen PatientIn im Rahmen der IPB nicht ausreichend möglich?

_____

_____

_____

_____

_____

Ende des Blocks: Organisation

Beginn des Blocks: Abschließende Fragen

Q43 Welche Abläufe der IPB sollten Ihrer Meinung nach unbedingt beibehalten werden?

_____

_____

_____

_____

_____

Q44 Welche Abläufe der IPB sollten Ihrer Meinung nach optimiert werden?
Wie könnte das Ihrer Meinung nach gelingen?

_____

_____

_____

_____

_____

Ende des Blocks: Abschließende Fragen

Beginn des Blocks: Soziodemografische Daten

Q45 Zuletzt möchten wir Sie um einige Angaben zu Ihrer Person bitten:

Q46 Wie alt sind Sie?

- ○ 18 - 24 Jahre
- ○ 25 - 34 Jahre
- ○ 35 - 44 Jahre
- ○ 45 - 54 Jahre
- ○ 55 - 64 Jahre
- ○ 65 oder älter
- ○ Keine Angabe

Q47 Wie beschreiben Sie Ihr Geschlecht?

- ○ Männlich
- ○ Weiblich
- ○ Divers
- ○ Keine Angabe

Q48 Wie viele Jahre Berufserfahrung haben Sie in Ihrem derzeitigen Berufsfeld?

- ○ Weniger als 1 Jahr
- ○ 1-5 Jahre
- ○ 6-10 Jahre
- ○ 11-20 Jahre
- ○ 21-30 Jahre
- ○ Mehr als 30 Jahre
- ○ Keine Angabe

Q49 In welchem/n Bezirk/en sind Sie derzeit in Tirol tätig? (Mehrfachnennung möglich)

- ○ Reutte
- ○ Landeck
- ○ Imst
- ○ Innsbruck
- ○ Innsbruck Land
- ○ Schwaz
- ○ Kufstein
- ○ Kitzbühel
- ○ Lienz
- ○ Keine Angabe

Ende des Blocks: Soziodemografische Daten

B. Interviewleitfaden Stakeholder

Einleitung

Intervieweröffnung mit Begrüßung

Guten Tag [Name einsetzen]! Mein Name ist [Name einsetzen] und ich bin Mitarbeiterin am Tirol Institut für Qualität im Gesundheitswesen an der fh gesundheit in Innsbruck. Noch einmal herzlichen Dank, dass Sie sich bereit erklärt haben, mit mir ein Interview zu führen – das hilft uns sehr bei der Evaluierung der IPB.

Inhalt und Ziel des Interviews

Wie Sie bereits wissen, führen wir im Auftrag des Tiroler Gesundheitsfonds, dem Land Tirol sowie der ÖGK, BVAEB und SVS eine Evaluierung des Versorgungsmodells IPB (Integrierte Palliativbetreuung) durch. In diesem Zusammenhang möchten wir Ihre Einschätzung, Wahrnehmung und Zufriedenheit mit dem Modell IPB sowie damit zusammenhängende Stärken und Schwächen erheben, um Weiterentwicklungs- und Verbesserungsmaßnahmen anregen zu können. Haben Sie dazu noch Fragen?

Vertraulichkeit / Anonymität → informiertes Einverständnis

Wenn Sie keine weiteren Fragen haben, würde ich nun gerne mit dem Interview beginnen. Ich würde das Gespräch gerne aufzeichnen, so dass es im Anschluss verschriftlicht werden kann. Es wird nur der Ton mitaufgezeichnet. Selbstverständlich werden alle Ihre Angaben vertraulich behandelt und in der Auswertung nur in anonymisierter Form wiedergegeben. Die Einverständniserklärung haben Sie bereits unterzeichnet. Dann würde ich mit dem Interview beginnen. Sind Sie damit einverstanden?

Vielen Dank. Dann schalte ich das Aufnahmegerät jetzt ein.

Leitfrage / Erzählaufforderung	Inhaltliche Aspekte / Stichworte	(Nach-)Fragen mit obligatorischer Formulierung
In welchem Bereich der IPB sind Sie tätig?	Eröffnungsfrage Differenzierung Person und Tätigkeitsbereich	Wie viele Jahre Berufserfahrung haben sie in diesem Bereich? Wie oft haben Sie schon mit IPB gearbeitet?
Wie bzw. hat sich Ihre Arbeit durch die IPB verändert? **Inwiefern sehen sie die IPB als hilfreich für Ihre Arbeit?** **Gibt es Bereiche, die im Rahmen der IPB nicht abgedeckt werden?**	Organisation / Struktur	
Wie empfinden Sie das Informationsangebot zur IPB für Sie als Beteiligte/r? **Gibt es Informationen, die Ihnen abgehen?**	Information Bekanntheit Regelmäßigkeit Informationen	
Sind die Voraussetzungen für den Zugang zur IPB für Sie verständlich und zweckmäßig?	Voraussetzungen IPB Komplexe Symptomatik, etc.	Was würden Sie ggf. an den Voraussetzungen ändern wollen?
Wer stellt vorwiegend den Bedarf an IPB fest bzw. wer regt die Verordnung an?	Start Betreuung HausärztInnen als Schlüsselpersonen	Haben Sie schon Fälle erlebt, in denen IPB notwendig gewesen wäre, aber nicht verordnet wurde?
Sind aus Ihrer Sicht alle notwendigen Berufsgruppen Teil der IPB? Falls nein, welche fehlen und warum?	Aufnahme von PFA/PA in IPB	Würden Sie eine Erweiterung der IPB um PFA/PA befürworten? Wieso ja/nein?
Wie erleben Sie die Abstimmung mit den verschiedenen Beteiligten?	Netzwerk und Koordination der Betreuung	In welchen Situationen wurde das mobile Palliativteam

Sind die Zuständigkeiten geklärt?		hinzugezogen? Wo das nicht der Fall war – warum?
Welche Erfahrungen haben Sie betreffend die Kommunikation und Zusammenarbeit mit den verschiedenen Bereichen der IPB gemacht?	Kommunikation und Zusammenarbeit	Was ist am wichtigsten/hilfreichsten hinsichtlich der Kommunikation und Zusammenarbeit? Wann ist die Kommunikation besonders gut oder besonders schlecht gelaufen – welche Voraussetzungen müssen für gute Kommunikation gegeben sein?
Wie haben Sie bisher die Betreuung von PatientInnen im Rahmen der IPB erlebt? **Ist das Angebot im Rahmen der IPB Ihrer Meinung nach ausreichend hinsichtlich folgender Aspekte?** • **Dauer** • **Umfang** • **Leistungen** • **Erreichbarkeit** • **Psychische Unterstützung für Angehörige**	Betreuung im Rahmen von IPB • Angebot der IPB • Dauer (28 Tage) und Umfang (3 Stunden pro Tag Pflege) der IPB • Erreichbarkeit/ Rufbereitschaft • Psychische Unterstützung Angehörige • Überforderung der PatientInnen und/oder Angehörigen (zu viele Fremde)	
Abschlussfrage: Möchten Sie noch etwas von Ihren Erfahrungen mit der IPB erzählen?		
Abschluss und Dank, weiteres Prozedere		

C. Interviewleitfaden pflegende Angehörige

Einstieg

Sie haben Ihren Mann/Ihre Frau/Ihre Mutter/Schwiegermutter/Ihren Vater/Schwiegervater zu Hause betreut. Bitte erzählen Sie mir, wie die konkrete Betreuungssituation war und wie Sie diese erlebt haben.

Themenbereiche (nachzufragen, wenn sie nicht angesprochen werden)

Betreuung im Rahmen von IPB

- Was im Rahmen der Betreuung haben Sie als hilfreich erlebt?
- Wovon hätte es Ihrer Meinung nach mehr gebraucht? Wovon weniger?
- Was hätten Sie zusätzlich gebraucht, was wäre noch hilfreich gewesen? Gab es Anliegen oder Bedürfnisse, die durch die Betreuung nicht abgedeckt wurden?

Netzwerk der Betreuung

- Wer war in die Betreuung eingebunden?
- Gab es eine hauptverantwortliche Ansprechperson?
- Wer koordinierte die betreuenden Personen?
- Wie haben Sie die Abstimmung zwischen den verschiedenen BetreuerInnen erlebt?
- In wie weit war für Sie klar, wer wofür zuständig ist?

Nutzung der Angebote der IPB

- Brauchten Sie etwas außerhalb der vereinbarten Besuche?
- Brauchten Sie die Rufbereitschaft in der Nacht?
- Haben Sie nach der Betreuung Kontakte zu den professionell Betreuenden gehabt (z.B. Trauerbegleitung)?

Ende der Betreuung

- Wie sah das Ende der Betreuung aus?
- Gab es die Möglichkeit, sich von den professionell Betreuenden zu verabschieden?
- Gab es nach dem Versterben des/der Angehörigen noch Kontakte zu den professionell Betreuenden?
- Gibt es noch Kontakte, die aus der Zeit der Betreuung herrühren?

Abschluss

- Möchten Sie noch etwas sagen, gibt es noch Fragen?
- Ich möchte mich nochmals für das Gespräch bedanken und Ihnen ein kleines Geschenk geben
- Weiteres Vorgehen erklären:
  - Transkription
  - Anonymisierung
  - Analyse des Gesprächs

- Publikation

- Sie können mich jederzeit kontaktieren, falls noch Fragen zum Forschungsprojekt auftauchen

- Bei Bedarf, wenn mir erscheint, dass es weiteren Beratungs-/Betreuungsbedarf in der Trauer gibt → Verweis auf Trauergespräche der THG oder die Psychoonkologische Ambulanz, Anbieten der Hilfe in der Kontaktaufnahme

- Information darüber, dass es, wenn die Ergebnisse vorliegen, eine Veranstaltung geben wird, dass ich mich mit einer Einladung wieder melden werde.

Gesprächsnotizen

Ort des Gesprächs

Sitzplatz

Stimmung

Eindrücke

D. Kategoriensystem Interviews Stakeholder

Kategorie	Definition	Kodierregel
Oberkategorie 1 Differenzierung Befragte (deduktiv)	Hintergrund und Kontext der befragten Personen	Es werden Aussagen kodiert, die Informationen zum Hintergrund und Kontext der Person liefern.
Oberkategorie 2 Wirkung IPB auf eigene Arbeit (deduktiv)	Wirkung / Auswirkung IPB auf eigene Arbeit der Befragten	Es werden Aussagen kodiert, die sich mit der Wirkung der IPB auf die Arbeit der befragten Personen beziehen.
Oberkategorie 3 Informationsangebot (deduktiv)	Information Bekanntheit	Es werden Aussagen kodiert, die sich auf das Informationsangebot (Güte der Informationen, Regelmäßigkeit der Informationen) zur IPB beziehen. Darunter fällt auch die Bekanntheit der IPB.
Unterkategorie 3.1 Informationen Berufsgruppen (deduktiv)	Information und Bekanntheit innerhalb der betroffenen Berufsgruppen (Hausärzt*innen, mobile Pflegedienste, mobile Palliativteams, Pflegeheime)	Es werden Aussagen kodiert, die sich spezifisch mit dem Informationsangebot für die betroffenen Berufsgruppen sowie insgesamt der Bekanntheit der IPB unter den betroffenen Berufsgruppen auseinandersetzen.
Unterkategorie 3.2 Informationen Öffentlichkeit (induktiv)	Information und Bekanntheit in der Öffentlichkeit	Es werden Aussagen kodiert, die sich auf das Informationsangebot sowie die Bekanntheit der IPB in der Öffentlichkeit beziehen.
Oberkategorie 4 Voraussetzungen der IPB (deduktiv)	Voraussetzungen, um IPB verordnen zu können: • Fortschreitende Erkrankung im fortgeschrittenen Stadium • mit komplexem Symptomgeschehen • absehbares Lebensende • Notwendigkeit von Unterstützungs-maßnahmen	Es werden Aussagen kodiert, die sich mit den definierten Voraussetzungen der IPB befassen.

Unterkategorie 4.1 Erweiterte Zielgruppe für IPB (induktiv)	Erweiterte Zielgruppe für die IPB, bspw. geriatrische Patient*innen	Es werden Aussagen kodiert, die sich mit der Erweiterung der Zielgruppe der IPB beschäftigen.
Oberkategorie 5 Organisatorischer Ablauf IPB (deduktiv)	Organisatorischer Ablauf IPB wie bspw. Verrechnung	Es werden Aussagen kodiert, die sich auf den organisatorischen Ablauf der IPB beziehen.
Unterkategorie 5.1 Anregung Verordnung IPB	Anregung zur Verordnung der IPB	Es werden Aussagen kodiert, die sich darauf beziehen, wer den IPB-Bedarf feststellt und die Verordnung der IPB anregt.
Unterkategorie 5.2 Alternative Verordnungs-akteur*innen (induktiv)	Alternative Verordnungs-akteur*innen wie bspw. Wahlärzt*innen oder Ärzt*innen in den MPT	Es werden Aussagen kodiert, die sich auf alternative Akteur*innen beziehen, die die IPB verordnen können sollten.
Oberkategorie 6 Berufsgruppen-Mix IPB (deduktiv)	Zusammensetzung der Berufsgruppen in der IPB und eventuell fehlende Berufsgruppen für die IPB Bspw. Pflegeassistent*innen / Pflegefachassistent*innen / Physiotherapeut*innen / Ehrenamt	Es werden Aussagen kodiert, die sich mit der Zusammensetzung der an der IPB beteiligten Berufsgruppen und eventuell noch fehlenden Berufsgruppen befassen.
Unterkategorie 6.1 Palliative Kompetenzen (induktiv)	Kompetenzen sowie Ausbildung und Fortbildung im Bereich Palliative Care	Es werden Aussagen kodiert, die sich mit dem Thema Kompetenzen, Ausbildung und Fortbildung im Bereich Palliative Care befassen.
Unterkategorie 6.2 Pflegeheime (induktiv)	Fehlende Beteiligung Pflegeheime	Es werden Aussagen kodiert, die sich auf die Beteiligung bzw. fehlende Beteiligung der Pflegeheime an der IPB beziehen.

Oberkategorie 7 Zusammenarbeit in der IPB (deduktiv)	Zusammenarbeit in der IPB: Kommunikation, Koordination und Abstimmung zwischen den an der IPB beteiligten Akteur*innen sowie mit externen Partner*innen	Es werden Aussagen kodiert, die sich mit der Zusammenarbeit in der IPB, aber auch mit externen Partner*innen (bspw. Entlassungsmanagement Krankenhäuser) beschäftigen. Darunter fallen Aspekte der Kommunikation, Koordination und Abstimmung der an der IPB beteiligten Akteur*innen.
Unterkategorie 7.1 Zuständigkeiten in der IPB (deduktiv)	Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten in der IPB	Es werden Aussagen kodiert, die sich damit befassen, inwiefern die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten in der IPB klar definiert und zugeteilt sind.
Unterkategorie 7.2 Beteiligung MPT (Mobiles Palliativteam) (deduktiv)	Beteiligung / Hinzuziehen des MPT	Es werden Aussagen kodiert, die sich damit befassen in welchen Situationen das MPT hinzugezogen wird oder nicht.
Unterkategorie 7.3 Entlassungs-management (induktiv)	Entlassungsmanagement bzw. Schnittstelle Krankenhäuser	Es werden Aussagen kodiert, die sich mit dem Entlassungsmanagement der Krankenhäuser befassen.
Unterkategorie 7.4 Positiv (deduktiv)	Positive Aspekte der Zusammenarbeit in der IPB	Es werden Aussagen kodiert, die sich auf die positiven Aspekte der Zusammenarbeit mit den an der IPB beteiligten Akteur*innen als auch externen Partner*innen beziehen.
Unterkategorie 7.5 Negativ (deduktiv)	Negative Aspekte der Zusammenarbeit in der IPB	Es werden Aussagen kodiert, die sich auf die negativen Aspekte der Zusammenarbeit mit den an der IPB beteiligten Akteur*innen als auch externen Partner*innen beziehen.

Oberkategorie 8 Betreuung im Rahmen der IPB (deduktiv)	Erleben der Betreuung der IPB aus Sicht der beteiligten Akteur*innen	Es werden Aussagen kodiert, die die Wahrnehmung und das Erleben der Beteiligten in Bezug auf die Betreuung widerspiegeln.
Unterkategorie 8.1 Dauer der Betreuung (deduktiv)	Dauer der Betreuung IPB: 28 Tage + Verlängerungen	Es werden Aussagen kodiert, die sich auf die Dauer der Betreuung der IPB beziehen.
Unterkategorie 8.2 Betreuungsleistungen (deduktiv)	Umfang und Leistungen der Betreuung IPB: 3 Stunden Pflege pro Tag; zusätzliche Koordination und Kommunikation; mehrere ärztliche Visiten sowie spezifische Leistungen wie bspw. Angehörigengespräche, Runder-Tisch, etc.	Es werden Aussagen kodiert, die sich auf die Leistungen und den Umfang der Betreuung der IPB beziehen.
Unterkategorie 8.3 Erreichbarkeit/ Rufbereitschaft (deduktiv)	Erreichbarkeit / Rufbereitschaft IPB für Nacht	Es werden Aussagen kodiert, die sich mit der Erreichbarkeit und der Rufbereitschaft in der Nacht beschäftigen.
Unterkategorie 8.4 Psychische Faktoren in betreuten Familien (deduktiv)	Psychische Faktoren in betreuten Familien	Es werden Aussagen kodiert, die Informationen zu psychischen Faktoren bzw. zur psychischen Unterstützung der Patient*innen als auch Angehörigen liefern.
Unterkategorie 8.5 Betreuungskontinuität (induktiv)	Gleichbleibendes Betreuungspersonal bzw. häufiger Personalwechsel	Es werden Aussagen kodiert, die sich mit der (fehlenden) Kontinuität in der Betreuung im Sinne eines gleichbleibenden Betreuungspersonals, die den/die Patient*in betreuen, beschäftigen.
Oberkategorie 9 Kontext Gesundheitssystem (induktiv)	Allgemeiner Kontext des Gesundheitssystems wie bspw. in Bezug auf fehlende Ressourcen oder Pflegemangel	Es werden Aussagen kodiert, die nicht speziell die IPB, sondern das Gesundheitssystem gesamt betreffen.

Oberkategorie 10 Sonstige Rückmeldungen (induktiv)	Allgemeines Feedback zur IPB; Wünsche Bspw. Vernetzung, Supervision	Es werden Aussagen kodiert, die sich mit einem allgemeinen Feedback zur IPB beschäftigen und den anderen Kategorien nicht zugeordnet werden können.

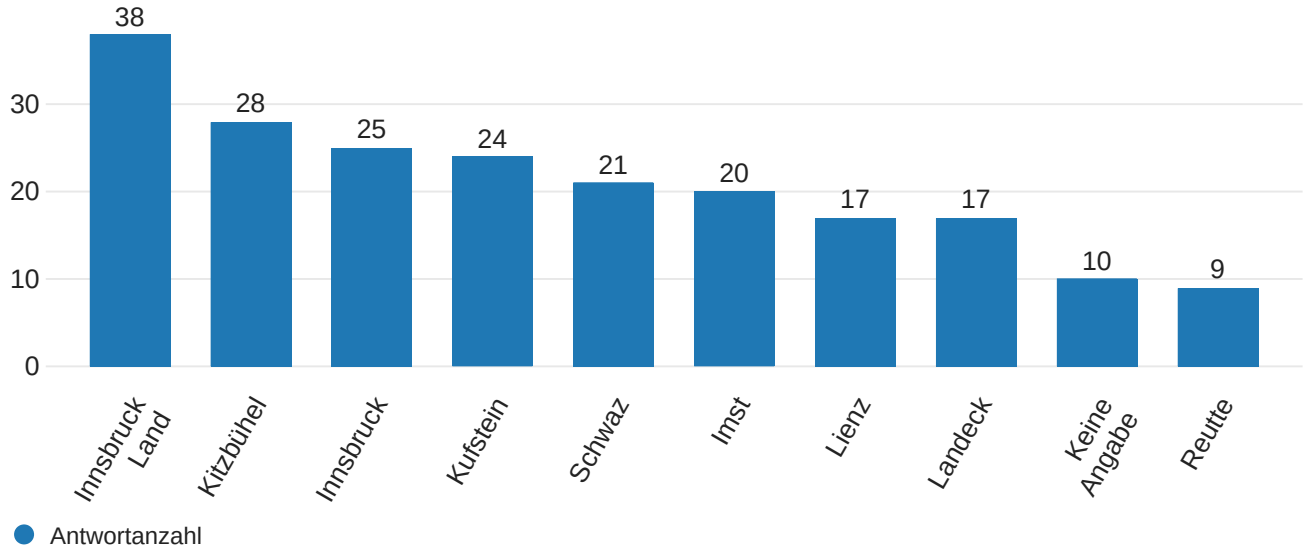
E. Vollständige Auswertung Fragbogenerhebung

Anhang

Ergebnisse der online Befragung

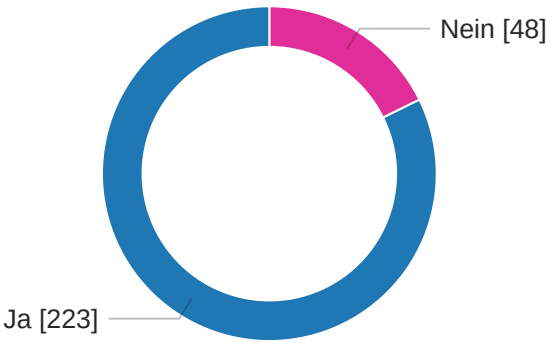
Q49 - In welchem/n Bezirk/en sind Sie derzeit in Tirol tätig? (Mehrfachnennung möglich)

168 Antworten



Q2 - Haben Sie bereits PatientInnen im Rahmen einer IPB (Integrierten Palliativbetreuung) betreut?

271 Antworten



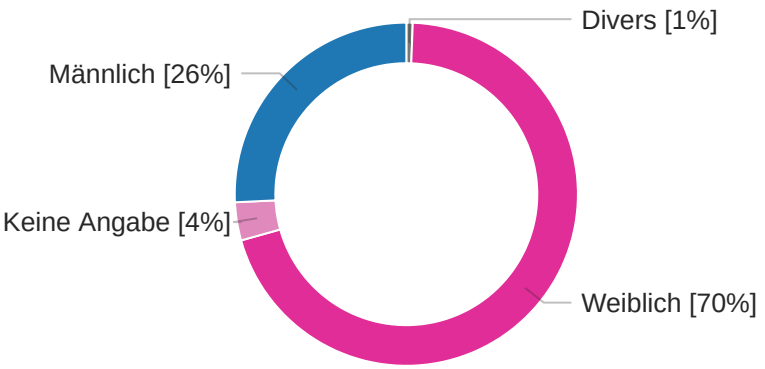
Q3 - Warum haben Sie bis jetzt keine PatientInnen im Rahmen einer IPB betreut?

Warum haben Sie bis jetzt keine PatientInnen im Rahmen einer IPB betreut?

Arbeite im Psychosozialen Bereich
Betreue Patienten im Rahmen meiner hausarzttätigkeit in Zusammenarbeit mit dem mobilen Hospiz, ich wüsste nicht mal, was ich sich für mich sls Betreuer ibp ändern würde...
Bin nicht im IPB, wir vermitteln nach draußen vom stationären Bereich.
Bis zum jetzigen Zeitpunkt war kein Bedarf
Bisher keine Anfragen in Bezug auf die Zusammenarbeit;
Dieser Fall ist bis Dato nicht eingetreten.
Enge Zusammenarbeit mit der Palliativstation im BKH Schwaz.
Es war kein Bedarf
Hat sich nich ergeben
Hat sich nicht ergeben
Hatte andere Klienten
Hatte noch keine KlientInnen, die palliativ zu betreuen waren.
Hatte noch keinen Sterbenden
Hausärzte machen nicht mit
Ich betreue in Zusammenarbeit mit mobilem. Hospiz, alles weitere Aufwand
Im Pflegeheim werden die Bewohnerinnen und Bewohner ihren Grunderkrankungen nach betreut. Dazu zählt auch eine gute palliative Betreuung gmeinsam mit dem Personal, der Ärzteschaft und den Angehörigen
Ist in der mobilen Psychiatrischen Pflege nicht vorgekommen. Wenn dann wurden Klienten zuvor schon stationär aufgenommen oder anderweitig weiter Betreut.
Kein Klient Palliativversorgung gebraucht
Keine Gelegenheit
Keine Zuweisung vom KH erhalten

Q47 - Wie beschreiben Sie Ihr Geschlecht?

167 Antworten



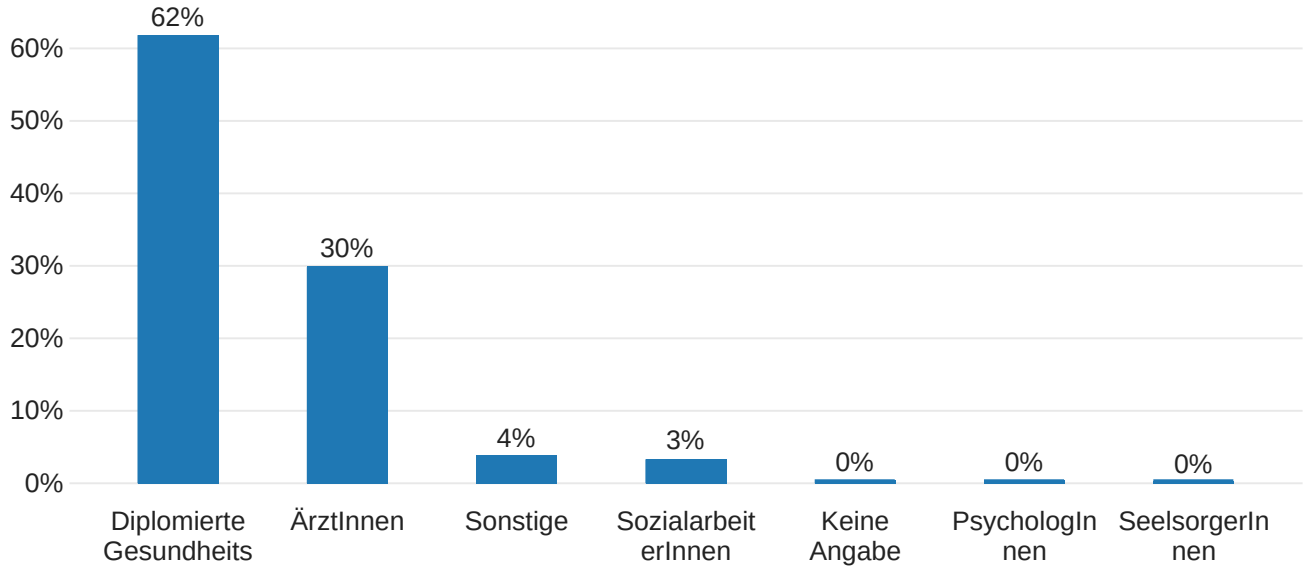
Q5 - Welcher Berufsgruppe gehören Sie an?

167 Antworten

Feld	Männlich	Weiblich	Divers	Keine Angabe
ÄrztInnen	57,9%	38,6%	0,0%	3,5%
Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (DGKP)	8,9%	88,1%	1,0%	2,0%
SozialarbeiterInnen	20,0%	60,0%	0,0%	20,0%
PsychologInnen	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
SeelsorgerInnen	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Sonstige	0,0%	75,0%	0,0%	25,0%

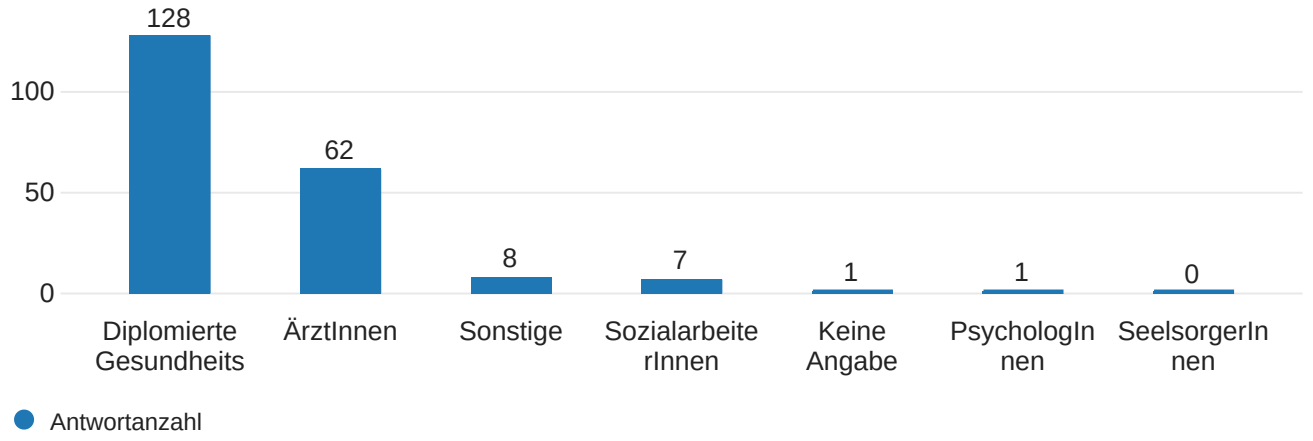
Q5 - Welcher Berufsgruppe gehören Sie an?

207 Antworten



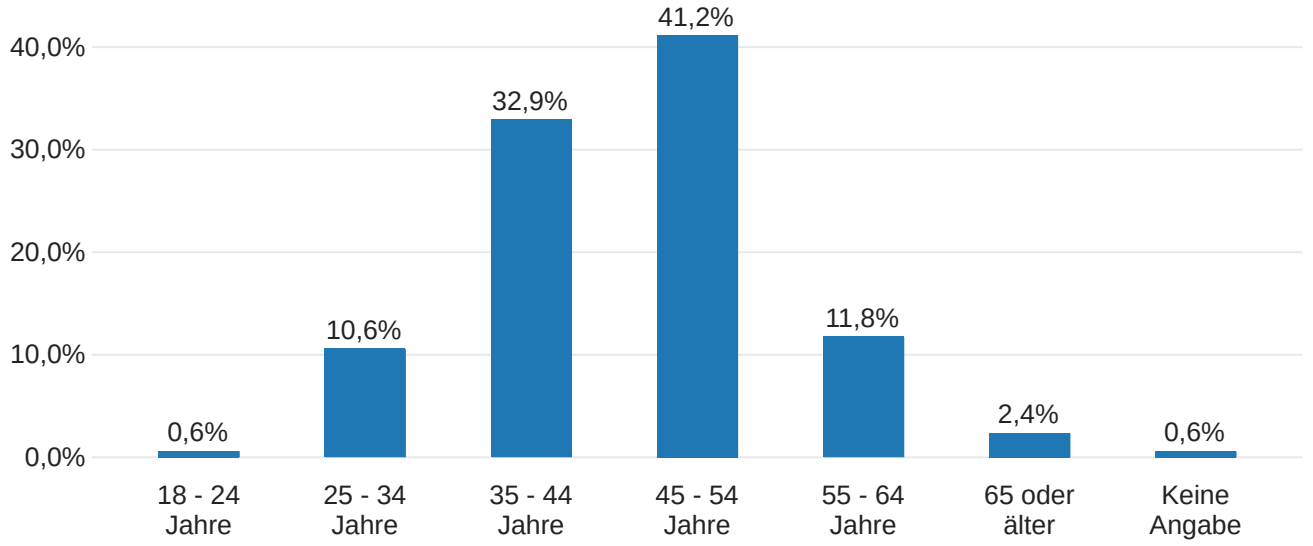
Q5 - Welcher Berufsgruppe gehören Sie an?

207 Antworten



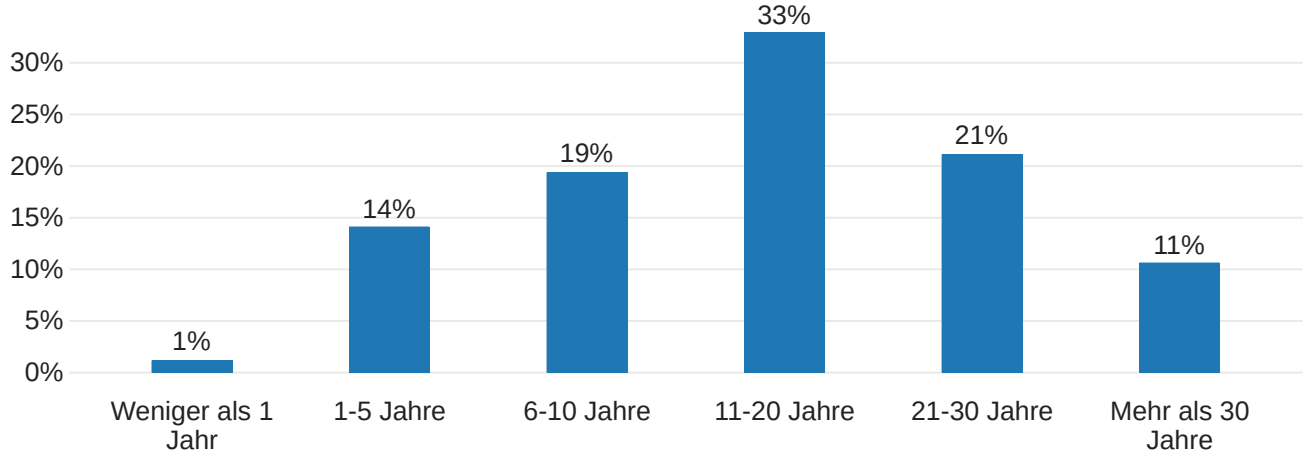
Sonstige – Text
Entlassungsmanagement
GF
Geschäftsführung
Geschäftsführung
Pflegeassistent
Sekretariat

Q46 - Wie alt sind Sie?



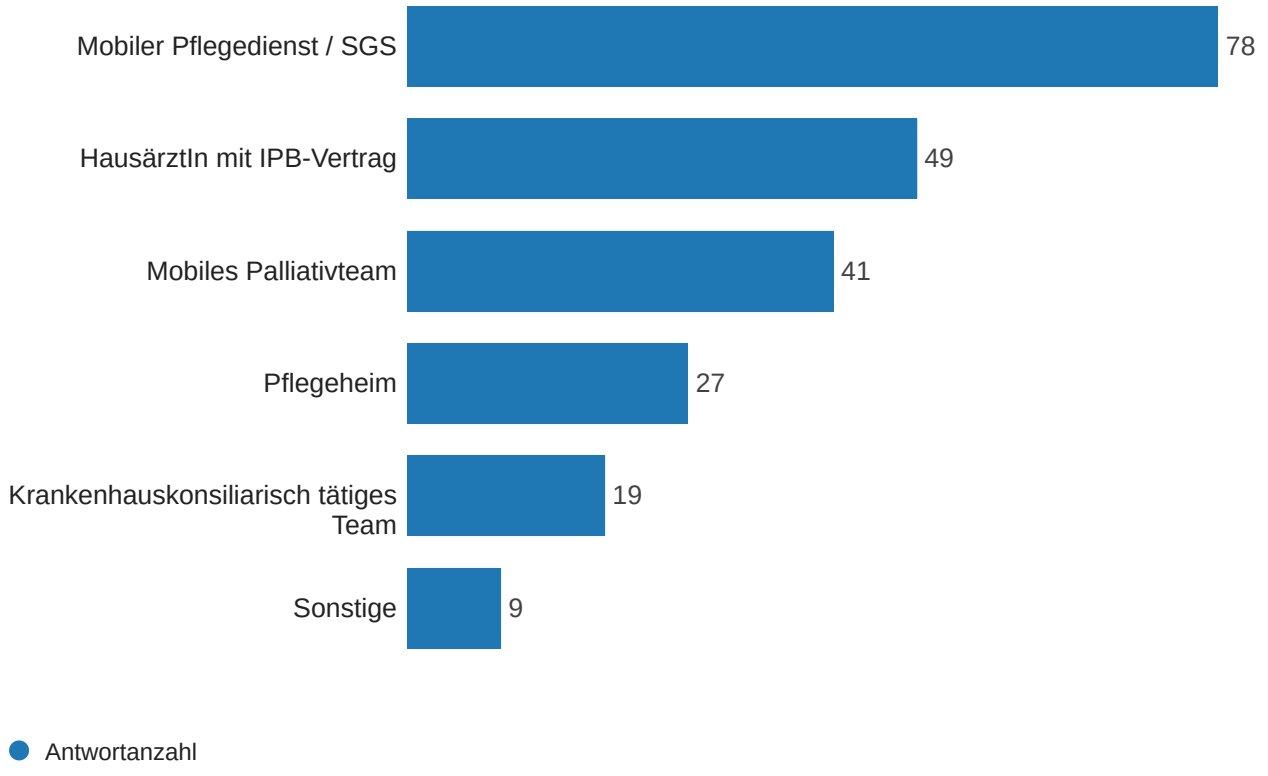
Q48 - Wie viele Jahre Berufserfahrung haben Sie in Ihrem derzeitigen Berufsfeld?

170 Antworten



Q6 - In welchem/n Bereich/en der IPB arbeiten Sie derzeit? (Mehrfachnennung möglich)

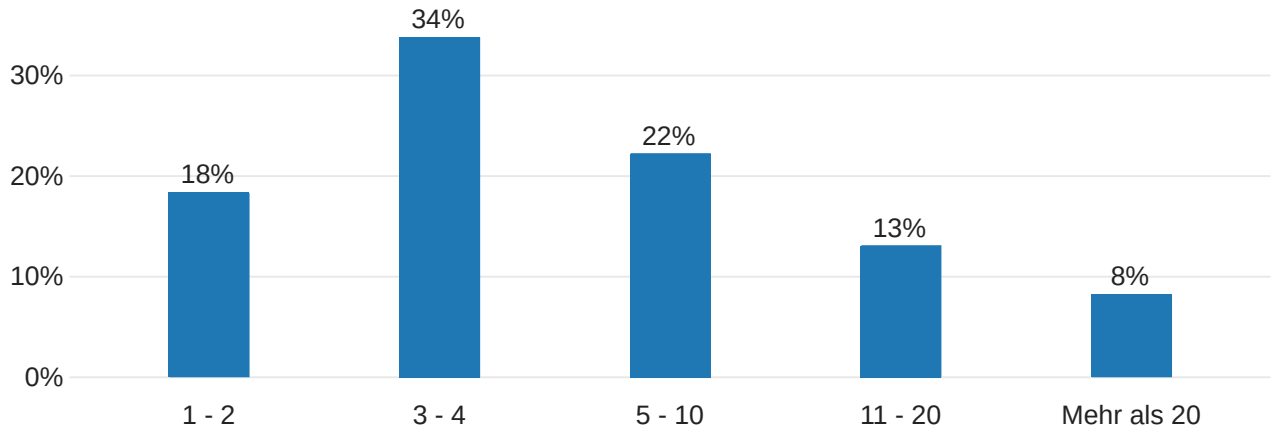
200 Antworten



Sonstige – Text
Hausarzt
Palliativstation, Tageshospiz
VAGET
Vaget
angestellter Klinikarzt

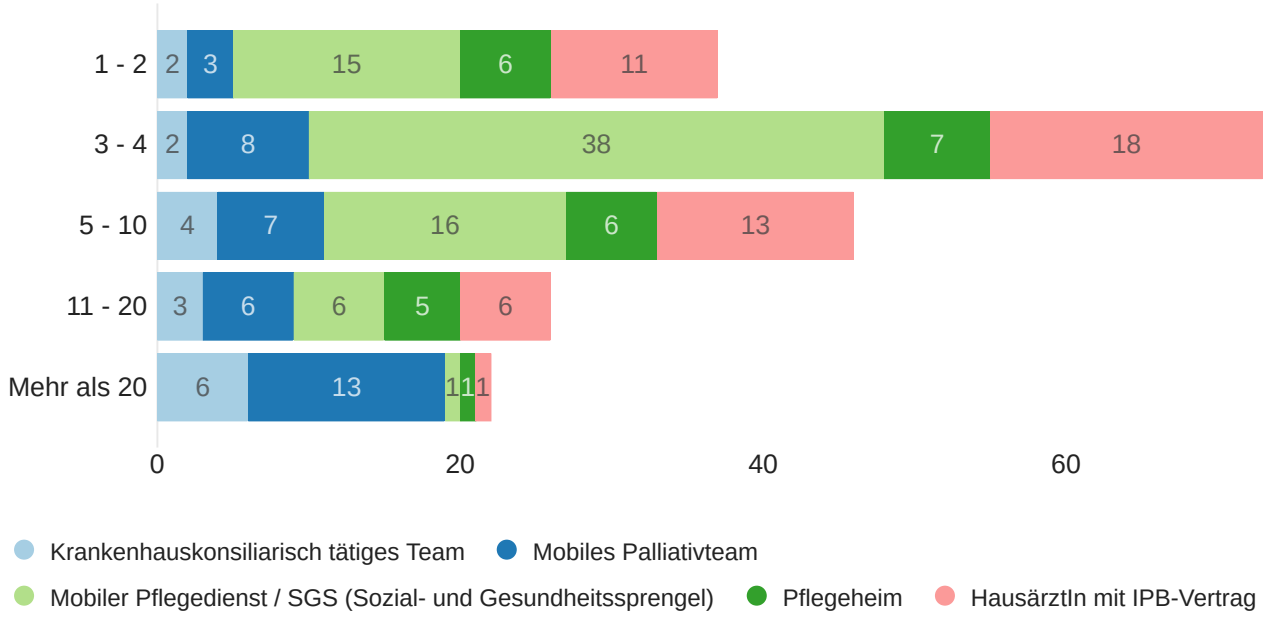
Q7 - Wie viele PatientInnen haben Sie im letzten Jahr im Rahmen der IPB betreut?

(4% Keine Angabe)



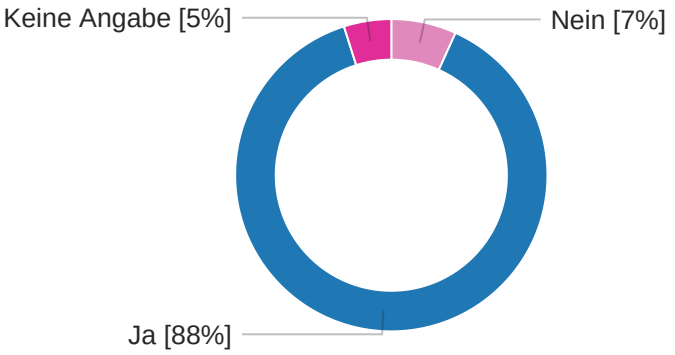
Q7 - Wie viele PatientInnen haben Sie im letzten Jahr im Rahmen der IPB betreut?

200 Antworten



Q9 - Tauschen Sie sich im Rahmen der IPB mit den Mobilen Palliativteams aus?

163 Antworten

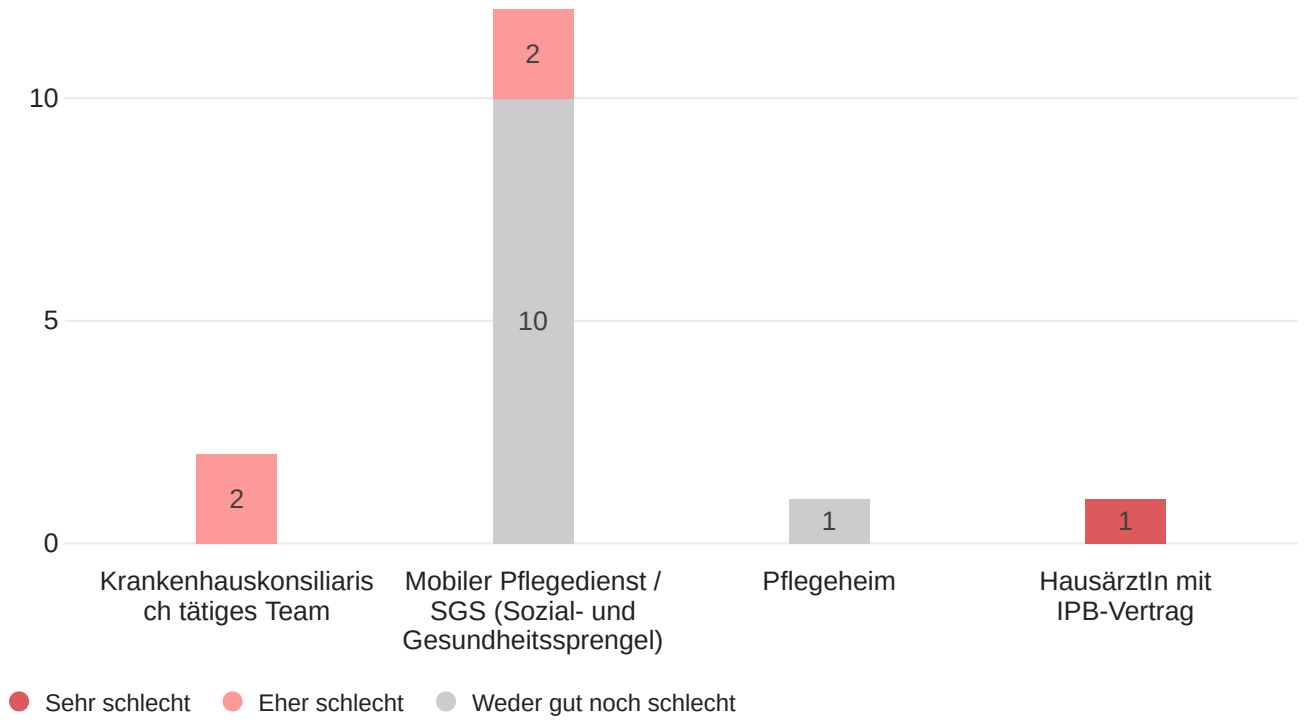


Q10 - Warum tauschen Sie sich im Rahmen der IPB nicht mit den Mobilen Palliativteams aus?

Warum tauschen Sie sich im Rahmen der IPB nicht mit den Mobilen Palliativteams aus?
Aufgabe der Pflege
Austausch zw. Pflegedienstleitung und Palliativteam.
Da ich lokal alles seit 15 Jahre alleine manage, das gewohnt bin und mit dem Sozialsprengel als unterstützung gut funktioniert.
Fortbildungen/Schulungen im palliativen Bereich der MA, gute Zusammenarbeit mit unseren Hausärzten, Möglichkeit eine PCA Pumpe im Haus
Keine Anweisungen
Keinen Bedarf, Schulungen in palliativversorgung, enge Zusammenarbeit I hausärzten
Momentan kein Bedarf
Termingründe

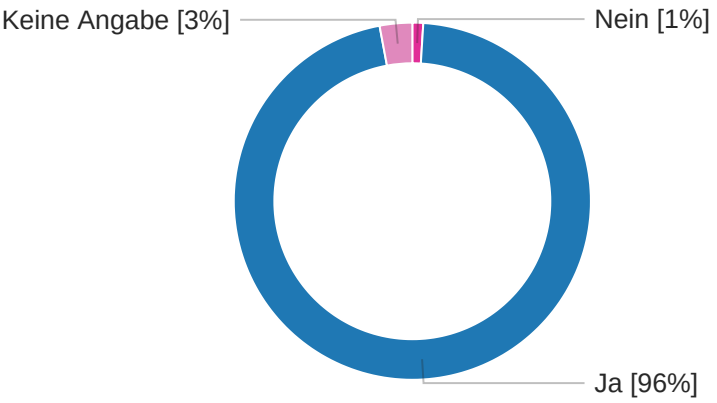
Q11 - Wie bewerten Sie die Qualität des Austausches mit den Mobilen Palliativteams?

140 Antworten



Q12 - Tauschen Sie sich im Rahmen der IPB mit den mobilen Pflegediensten / SGS (Sozial- und Gesundheitssprengel) aus?

102 Antworten



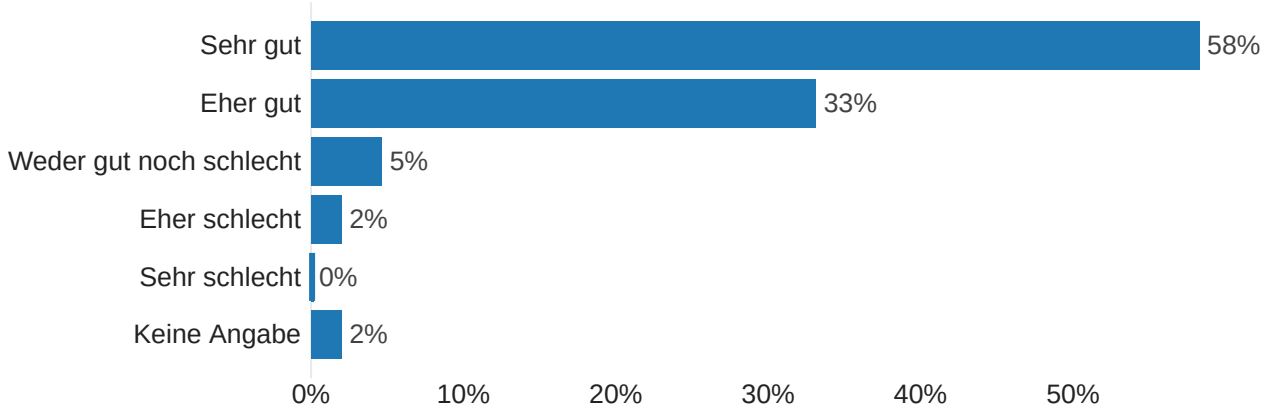
Q13 - Warum tauschen Sie sich im Rahmen der IPB nicht mit den mobilen Pflegediensten / SGS (Sozial- und Gesundheitssprengel) aus?

Warum tauschen Sie sich im Rahmen der IPB nicht mit den mobilen Pflegediensten / SGS (Sozial- und Gesundheitssprengel) aus?

läuft über mobiles Palliativteam

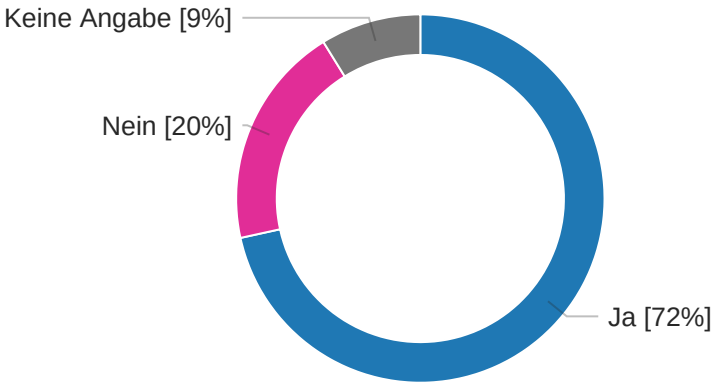
Q14 - Wie bewerten Sie die Qualität des Austausches mit den mobilen Pflegediensten / SGS (Sozial- und Gesundheitssprengel)?

151 Antworten



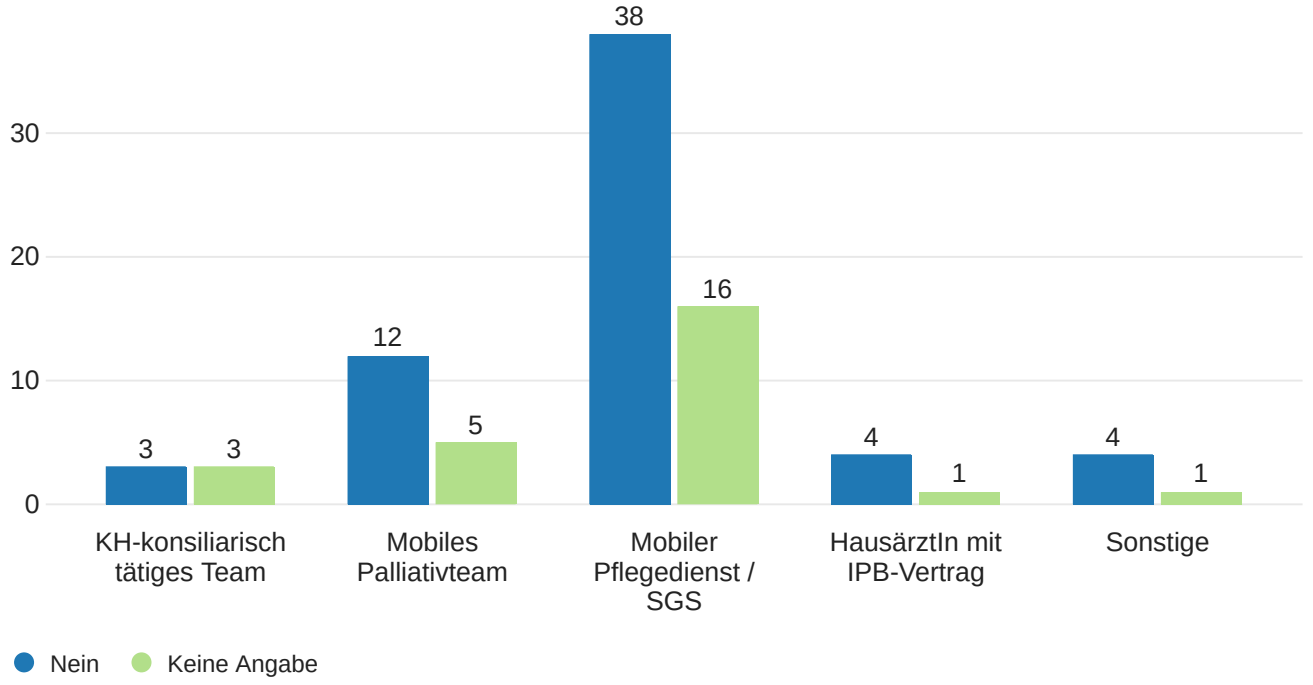
Q15 - Tauschen Sie sich im Rahmen der IPB mit den Pflegeheimen aus?

102 Antworten



Q15 - Tauschen Sie sich im Rahmen der IPB mit den Pflegeheimen aus?

166 Antworten



Q16 - Warum tauschen Sie sich im Rahmen der IPB nicht mit den Pflegeheimen aus?

Warum tauschen Sie sich im Rahmen der IPB nicht mit den Pflegeheimen aus?

2 getrennte Einrichtungen, stationäre Betreuung ist anders als die mobile Betreuung; bis jetzt kein Bedarf oder hat sich nicht ergeben.

Anderer Bereich

Beim SGS nicht erforderlich

Betreuung endet mit Übertritt in Institution

Bisher hat IPB im Pflegeheim nie stattgefunden in meinem Arbeitsbereich.

Bisher keine gemeinsamen Klienten, daher kein Austausch notwendig

Bisher wurden nur Patienten im häuslichen Umfeld betreut die IPB gemeldet waren. Es ist mir neu, dass Pat. im Heim ebenfalls von IPB profitieren. (Übernahme der Kosten wie bei SGS?, MPT kommt ja auch ins Heim wenn der Pat. nicht IPB gemeldet ist. HA bekommt Hausbesuche vergütet.)

Da ich für die mobile Hauskrankenpflege zuständig bin, gibt es hier keine Berührungspunkte mit den Pflegeheimen.

Derzeit keine Betreuung von Seiten des Pflegeheimes

Es gibt keinen Grund… Heime kennen den Klienten nicht

Es ist nicht bekannt, welche Patienten im Heim IPB gemeldet sind

Extramoralbereich eigenständig, Sozialzentrum Eigenbereich

Hatte keinen Patienten im Pflegeheim

Infos werden an PDL weitergeleitet. PDL nimmt Kontakt zu Pflegeheimen auf.

Infos werden an PDL weitergeleitet. PDL tauscht sich mit Pflegeheimen aus.

Kein Bedarf

Kein Bedarf für mich als PDL im Sozialsprengel

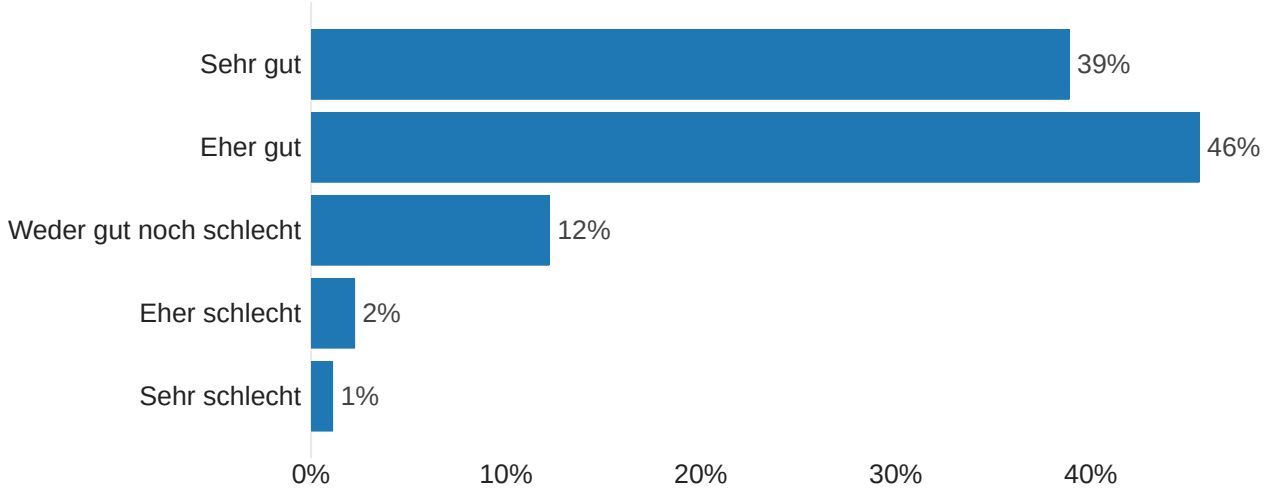
Kein Bedarf. Wenn Pat im Pflegeheim wohnen wird IPB nicht angemeldet, oder nicht an uns gemeldet, oder wir werden von den Pflegeheimen in die Betreuung auch nicht eingebunden, weil die Pflegeheime der Meinung sind, selbst palliativ in Kooperation mit den HausärztInnen palliativ ausreichend zu betreuen.

Keine Betreuungen in Pflegeheimen

Keine Relevanz im Rahmen der mobilen Versorgung von Kindern und Jugendlichen

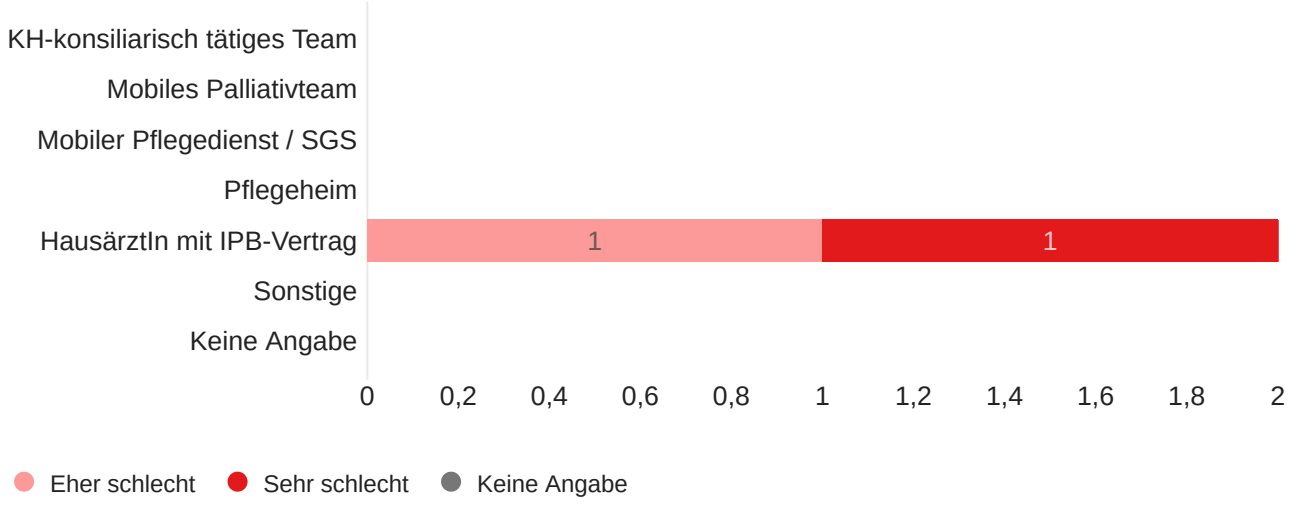
Q17 - Wie bewerten Sie die Qualität des Austausches mit den Pflegeheimen?

90 Antworten



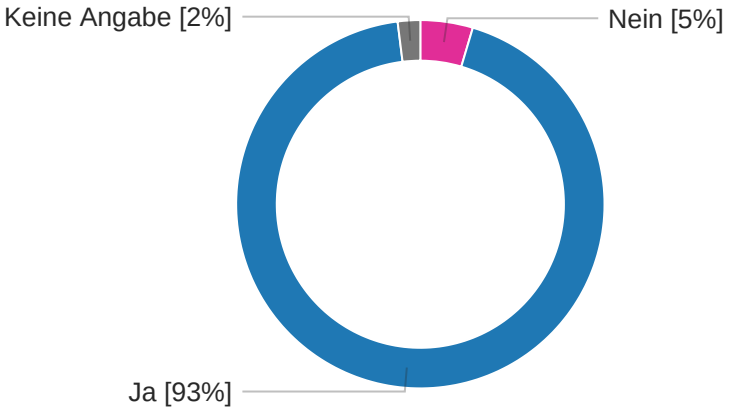
Q17 - Wie bewerten Sie die Qualität des Austausches mit den Pflegeheimen?

86 Antworten



Q18 - Tauschen Sie sich im Rahmen der IPB mit den HausärztInnen aus?

152 Antworten

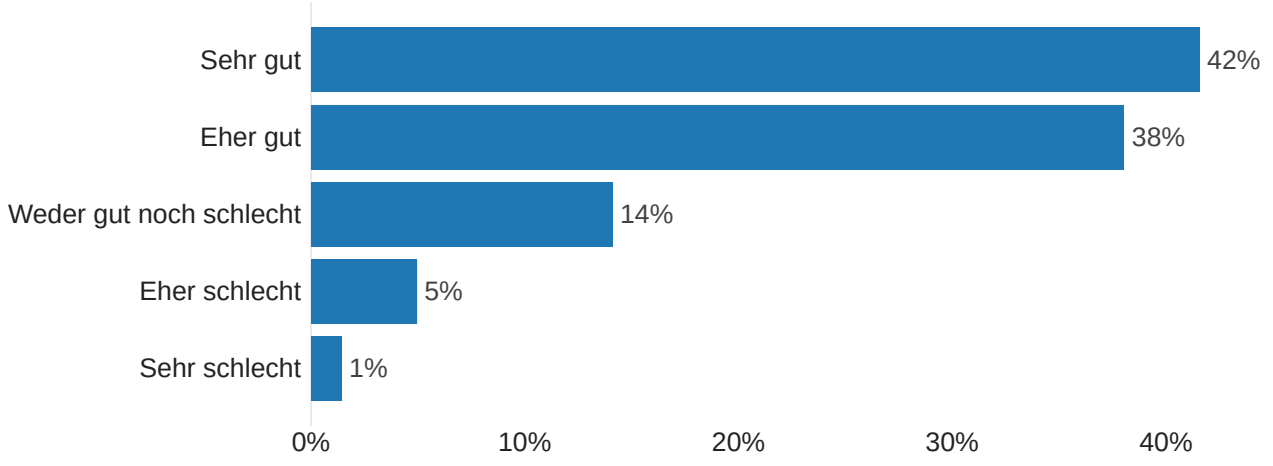


Q19 - Warum tauschen Sie sich im Rahmen der IPB nicht mit den HausärztInnen aus?

Warum tauschen Sie sich im Rahmen der IPB nicht mit den HausärztInnen aus?
Aufgabe der Pflege
Die Zusammenarbeit erfolgt dies bezüglich meistens nur mit dem SGS, der uns dann informiert.
Momentan kein Bedarf, wenn nötig ja
Wir tauschen uns darüber mit den mobilen Pflegediensten aus und diese mit den HausärztInnen. Wir diskutieren den Bedarf von IPB immer mit den mobilen Pflegdiensten aus. Der mobile Pflegedient meldet den Bedarf dann dem/der Hausarzt/Hausärztin. Diese/r meldet nicht an uns zurück.
Wir vom Pflegeheim gemacht

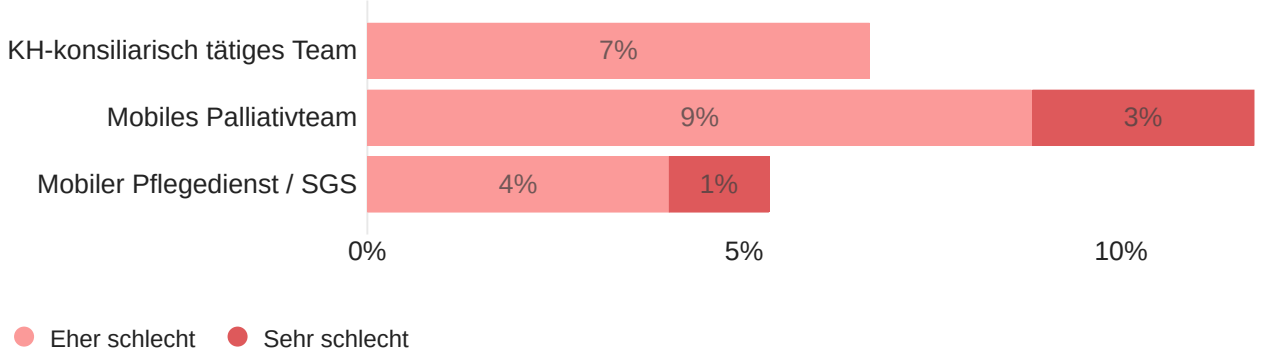
Q20 - Wie bewerten Sie die Qualität des Austausches mit den HausärztInnen?

142 Antworten



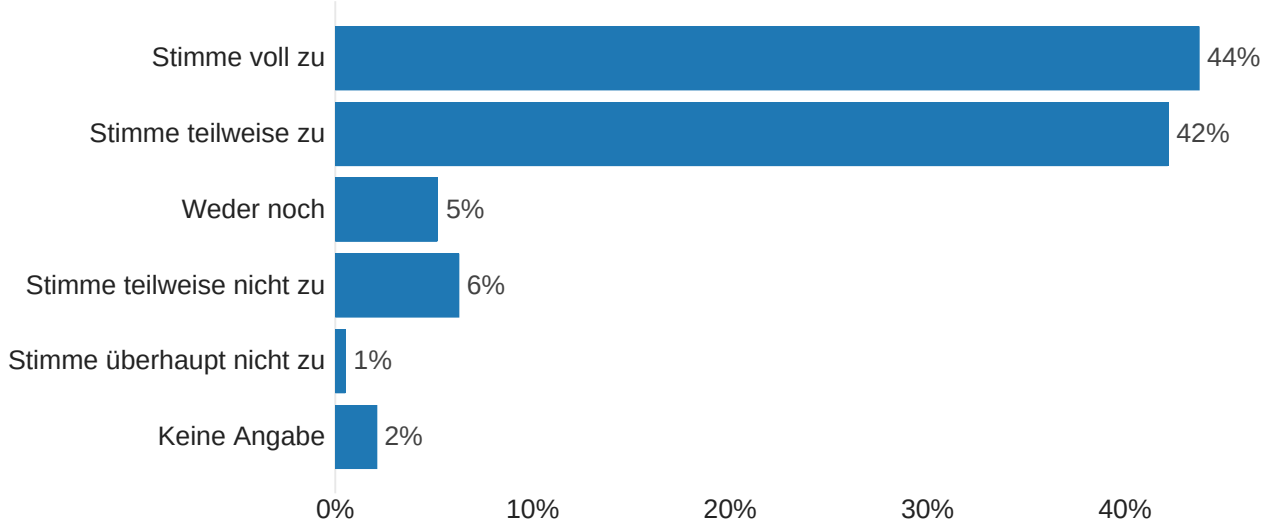
Q20 - Wie bewerten Sie die Qualität des Austausches mit den HausärztInnen?

136 Antworten



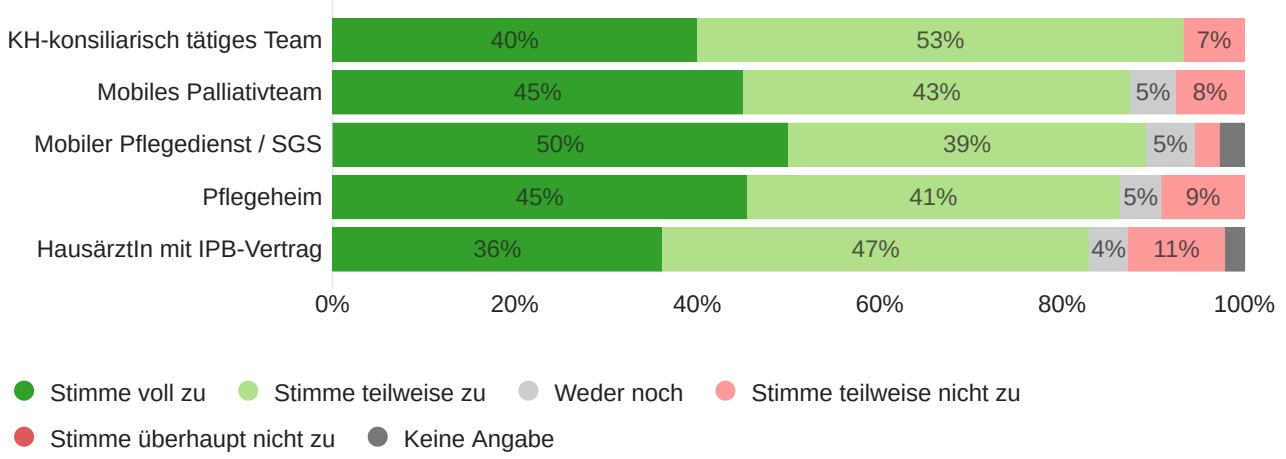
Q21 - Ich fühle mich ausreichend über die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme der IPB (Grundvoraussetzungen und Symptomgeschehen) informiert.

192 Antworten



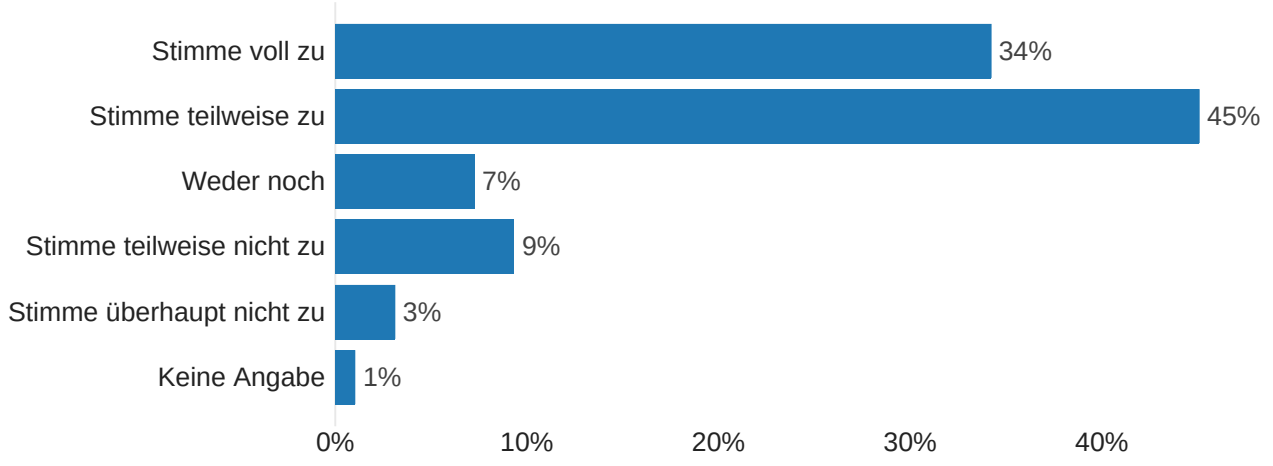
Q21 - Ich fühle mich ausreichend über die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme der IPB (Grundvoraussetzungen und Symptomgeschehen) informiert.

185 Antworten



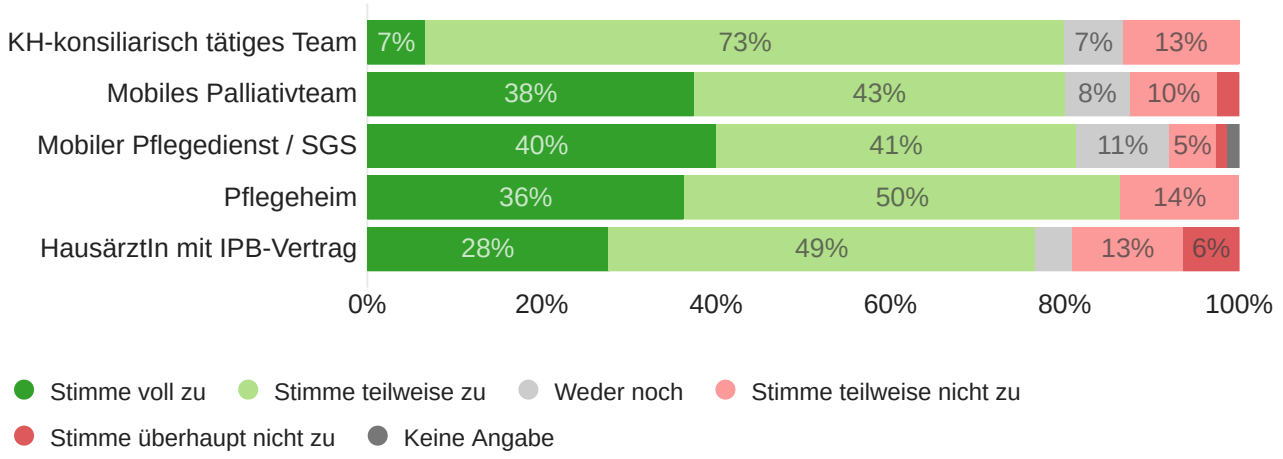
Q22 - Ich fühle mich ausreichend über die Verordnung (Dauer IPB, Leistungsumfang, etc.) der IPB informiert.

193 Antworten



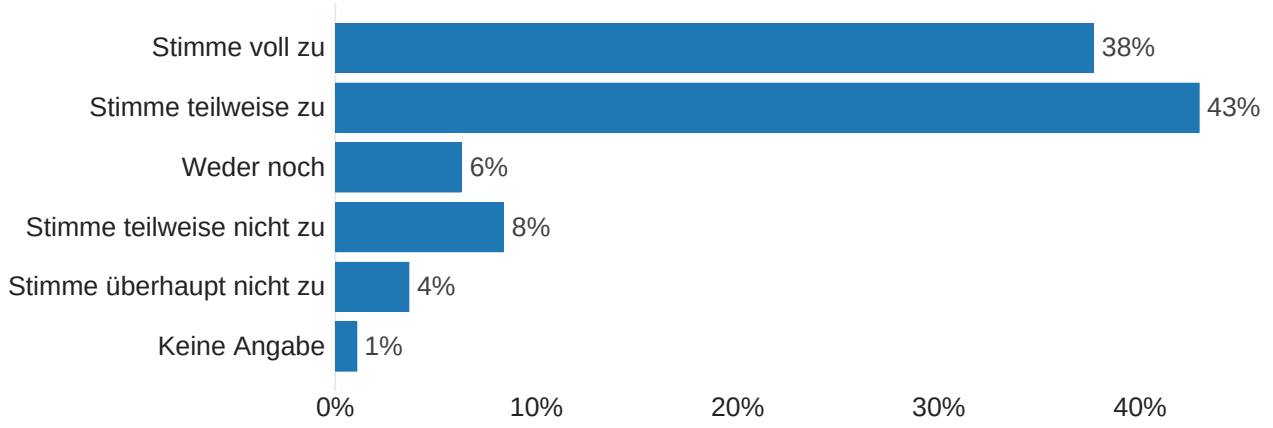
Q22 - Ich fühle mich ausreichend über die Verordnung (Dauer IPB, Leistungsumfang, etc.) der IPB informiert.

186 Antworten



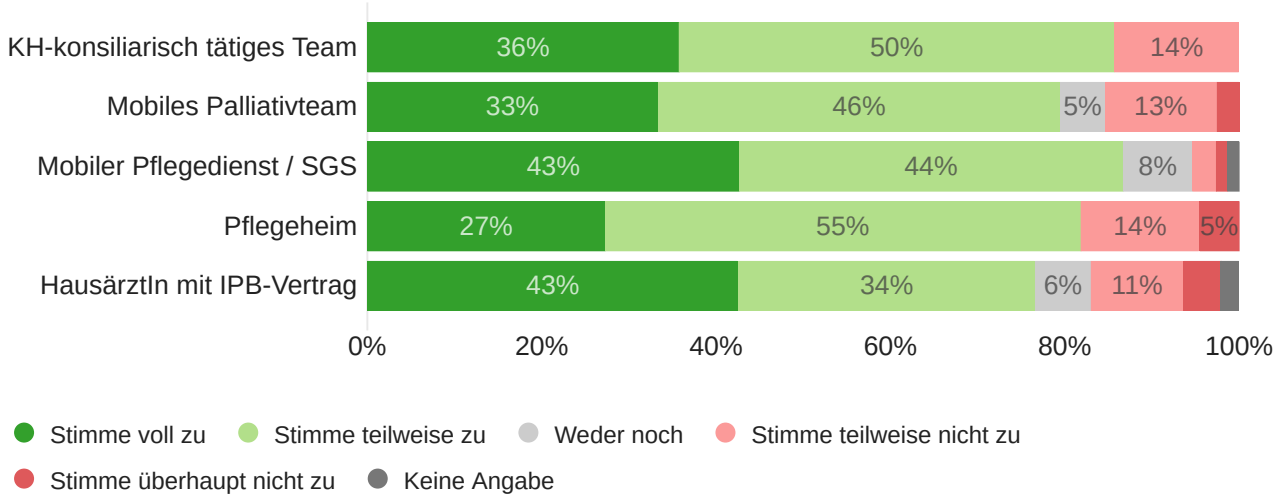
Q23 - Ich fühle mich ausreichend über den Ablauf der IPB informiert.

191 Antworten



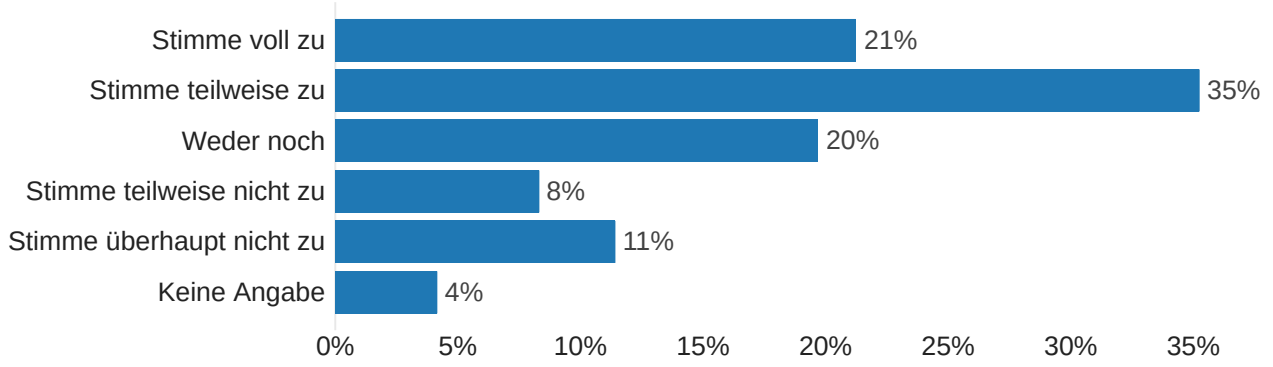
Q23 - Ich fühle mich ausreichend über den Ablauf der IPB informiert.

184 Antworten



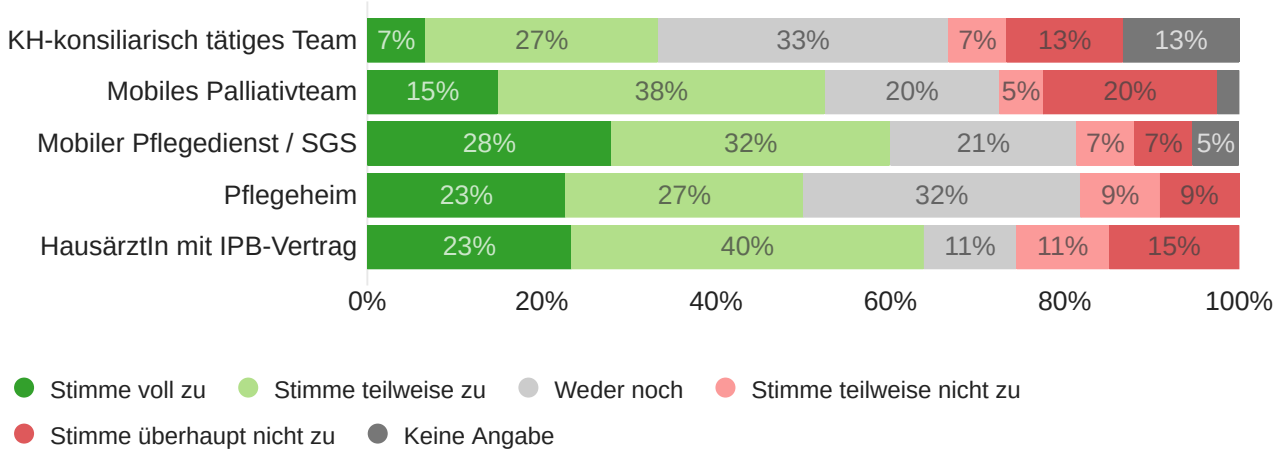
Q24 - Ich fühle mich ausreichend über die Abrechnungsmodalitäten der IPB informiert.

193 Antworten



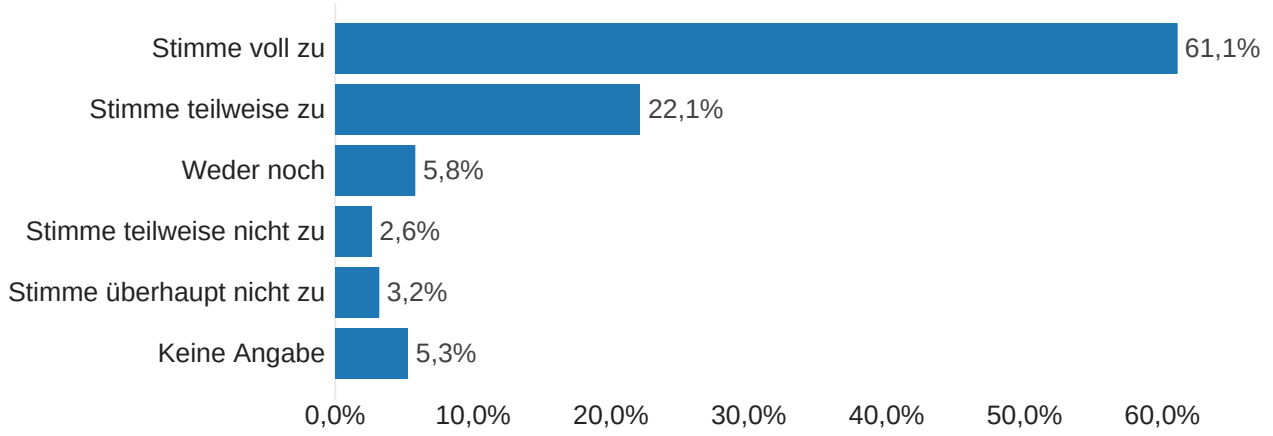
Q24 - Ich fühle mich ausreichend über die Abrechnungsmodalitäten der IPB informiert.

186 Antworten



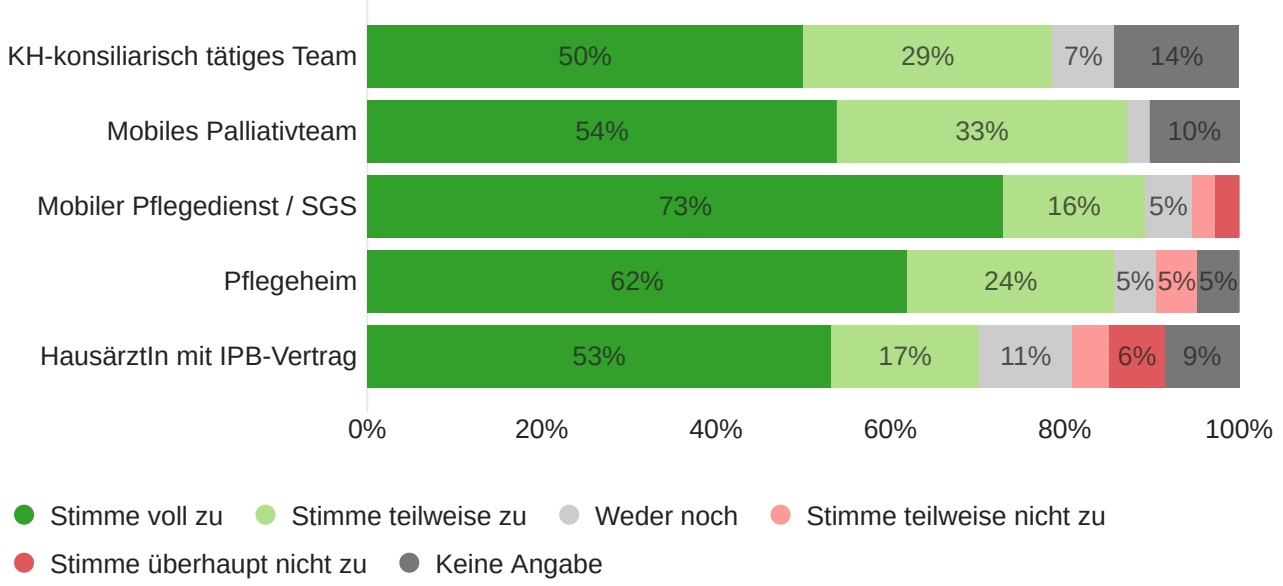
Q25 - Ich kann mich bei Fragen und Unklarheiten an meine KollegInnen im eigenen IPB-Betreuungsteam (HausärztIn, mobile Pflegedienste/SGS, Mobile Palliativteams) wenden.

190 Antworten



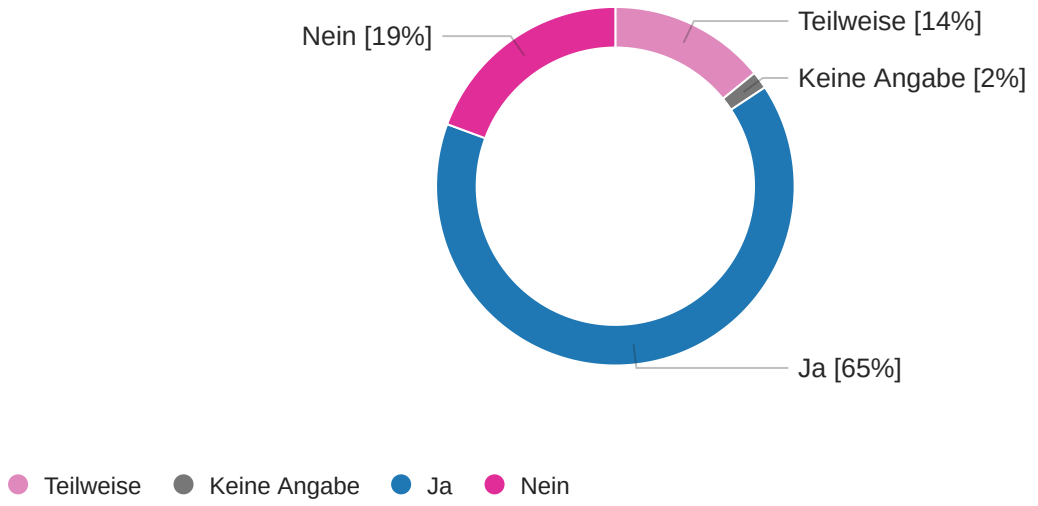
Q25 - Ich kann mich bei Fragen und Unklarheiten an meine KollegInnen im eigenen IPB-Betreuungsteam (HausärztIn, mobile Pflegedienste/SGS, Mobile Palliativteams) wenden.

183 Antworten



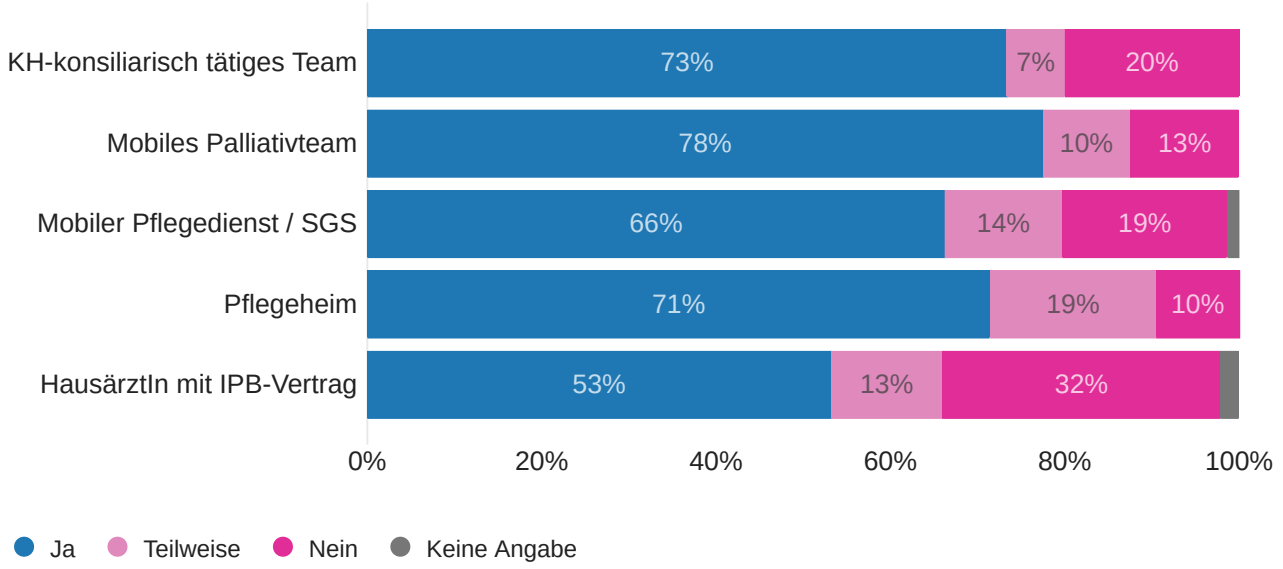
Q26 - Bei Fragen und Unklarheiten in Bezug auf die IPB sind mir AnsprechpartnerInnen bekannt.

191 Antworten



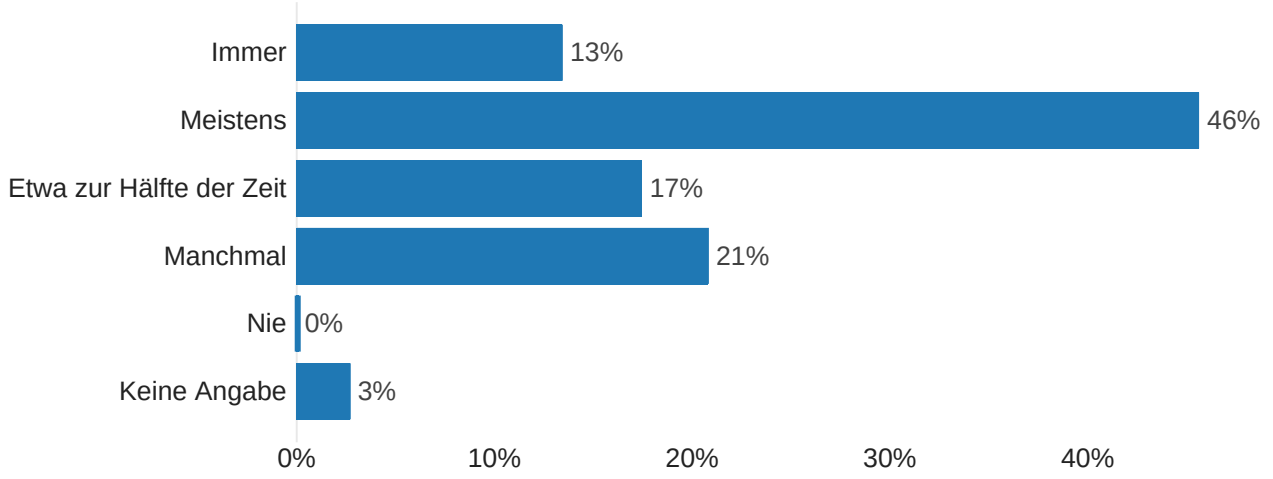
Q26 - Bei Fragen und Unklarheiten in Bezug auf die IPB sind mir AnsprechpartnerInnen bekannt.

184 Antworten



Q27 - Wie oft werden Ihrer Ansicht nach die mobilen Palliativteams im Zuge der IPB miteinbezogen?

149 Antworten



Q28 - Warum werden Ihrer Ansicht nach die mobilen Palliativteams im Zuge der IPB nicht miteinbezogen?

Warum werden Ihrer Ansicht nach die mobilen Palliativteams im Zuge der IPB nicht miteinbezogen?

1.Hervorragende Betreuung der Klienten in unserem AWH Pillerseetal 2. Gute Vernetzung Sozialsprengel mit lokalen Ärzten

75% unserer Hausärzte haben den Vertrag mit IPB nicht unterzeichnet, somit können nur wenige PatientInnen in den Genuss der IPB kommen.

ABHÄNGIG VON der Auslastung der Mobilen Einrichtungen, In Einrichtungen ist ausgebildetes Palliativpersonal vorhanden, Überschaubarkeit der Einsatzplanung in mobilen Bereichen.

Bin selber Palliativmediziner, seltener Bedarf ! Gute Kooperation mit Wohnheim und Sozialsprengel Eingespieltes Team

Da die Struktur schon vorher super funktioniert hat in meinem Sprengel

Keine Informationen

Meist nicht notwendig

Nicht immer notwenig

Palliative Betreuung als Standard implementiert

Weil wir im Haus eine enge und gute zusammenarbeit mit den Hausärzten haben und selbst über die Basisausbildung palliativcare verfüge.Nur manchmal brauchen wir das mobile Team wenn wir nicht mehr weiterwissen

Wenn Entlassung aus dem KH, des öfteren mob. Palliativ Team

Wenn eigene Ressourcen ausreichen!

Zu wenig Information für Pflegende-Angehörige

ich verlange sie nur bei Unklarheiten oder fehlenden Ressourcen meinerseits

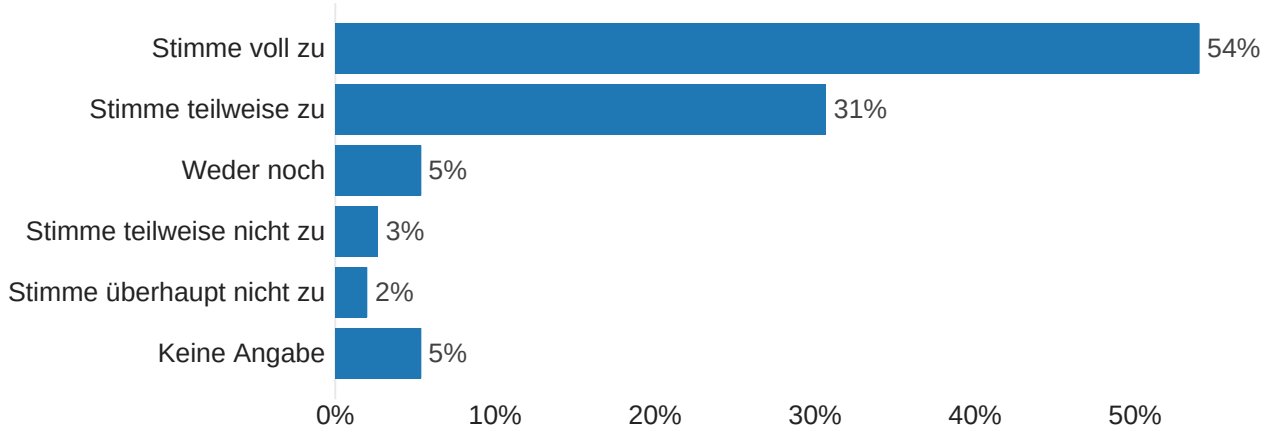
unbeherrschbares Schmerzsyndrom

zuwenig Informtionen in der Bevölkerung

Überforderung der Situation von Angehörigen. Wollen zu Hause nicht so viele fremde Menschen.

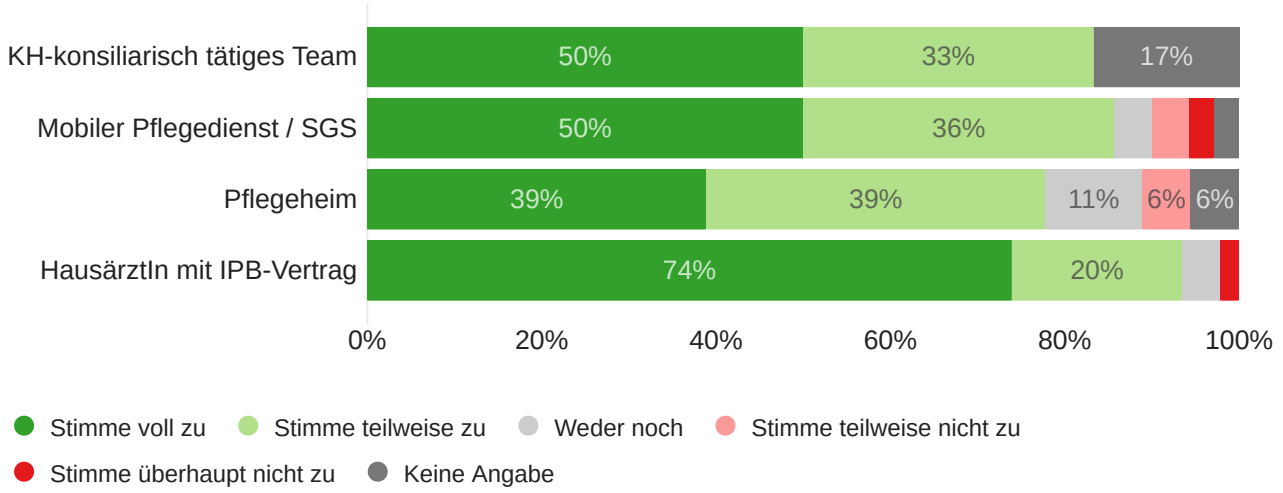
Q29 - Ich fühle mich für die Begleitung und Betreuung von Menschen mit einem komplexen palliativen Behandlungsbedarf ausreichend durch die mobilen Palliativteams unterstützt.

150 Antworten



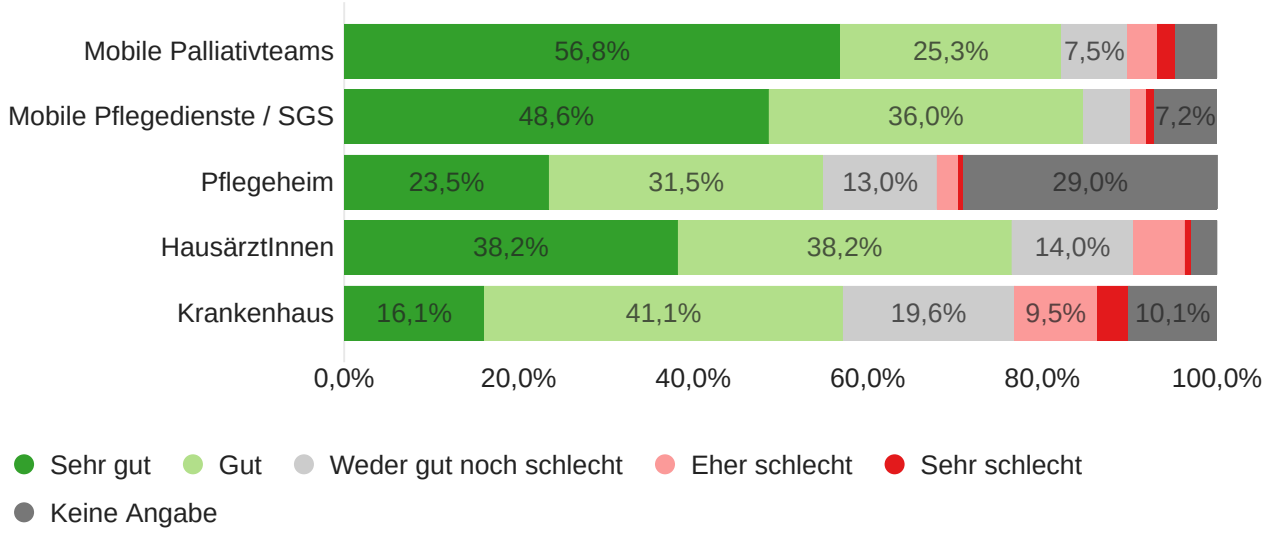
Q29 - Ich fühle mich für die Begleitung und Betreuung von Menschen mit einem komplexen palliativen Behandlungsbedarf ausreichend durch die mobilen Palliativteams unterstützt.

143 Antworten



Q31 - Wie bewerten Sie Ihre Zusammenarbeit mit folgenden AkteurInnen im Rahmen der IPB

185 Antworten



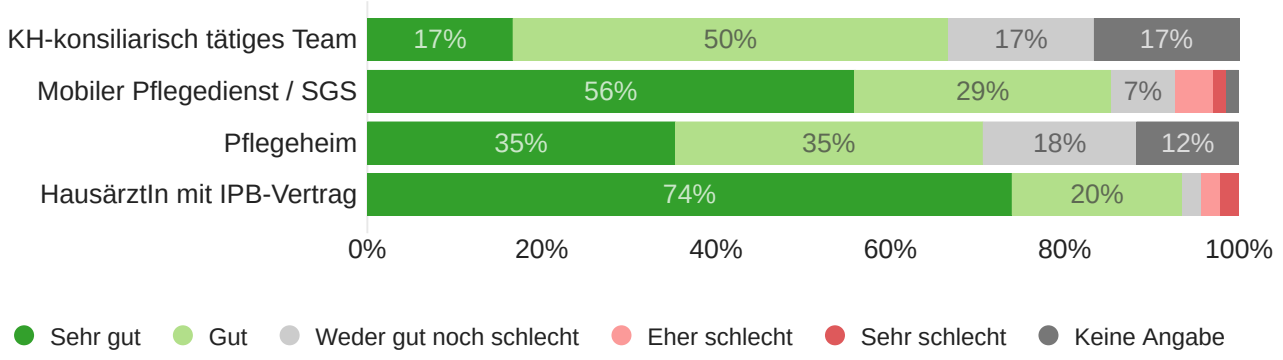
Q31 - Wie bewerten Sie Ihre Zusammenarbeit mit folgenden AkteurInnen im Rahmen der IPB?

185 Antworten

Feld	Sehr gut	Gut	Weder gut noch schlecht	Eher schlecht	Sehr schlecht	Keine Angabe
Mobile Palliativteams	56,8%	25,3%	7,5%	3,4%	2,1%	4,8%
Mobile Pflegedienste / SGS	48,6%	36,0%	5,4%	1,8%	0,9%	7,2%
Pflegeheim	23,5%	31,5%	13,0%	2,5%	0,6%	29,0%
HausärztInnen	38,2%	38,2%	14,0%	5,9%	0,7%	2,9%
Krankenhaus	16,1%	41,1%	19,6%	9,5%	3,6%	10,1%

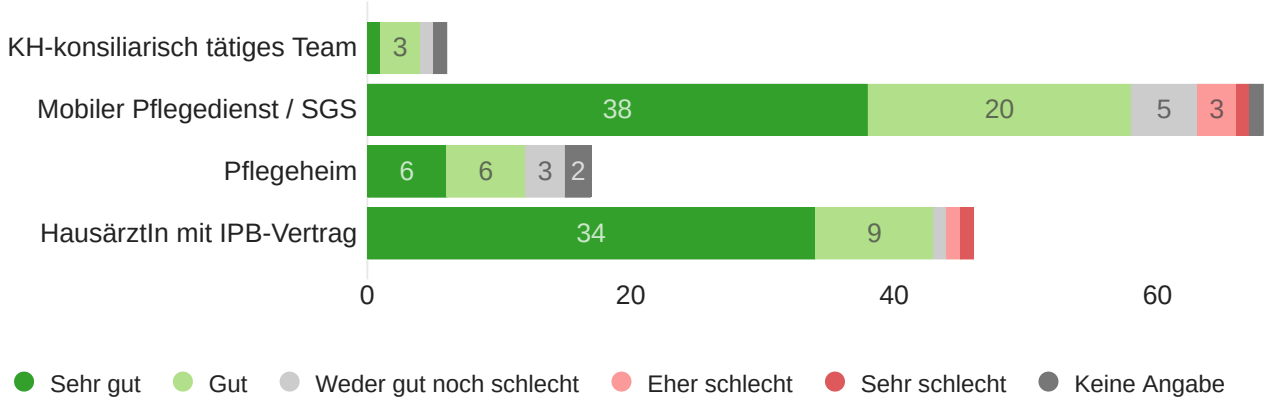
Q31_1 - Wie bewerten Sie Ihre Zusammenarbeit mit den mobilen Palliativteams im Rahmen der IPB?

140 Antworten



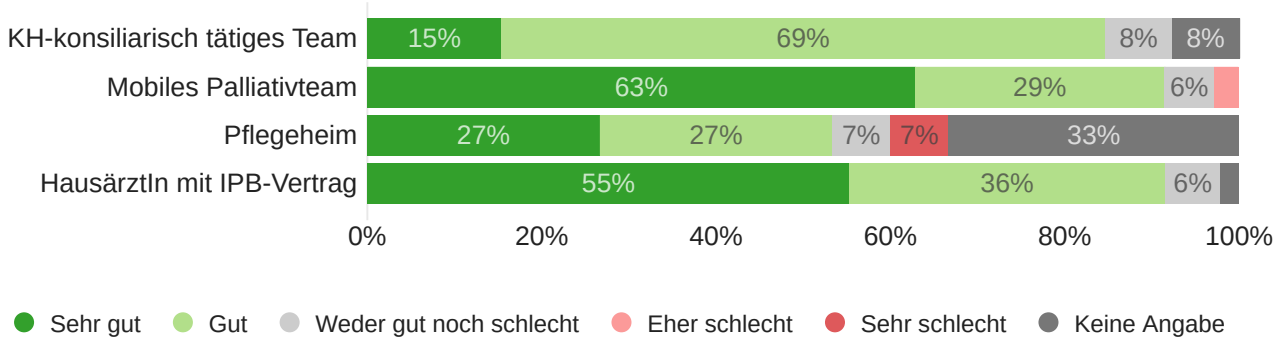
Q31_Q33_1 - Mobile Palliativteams

140 Antworten



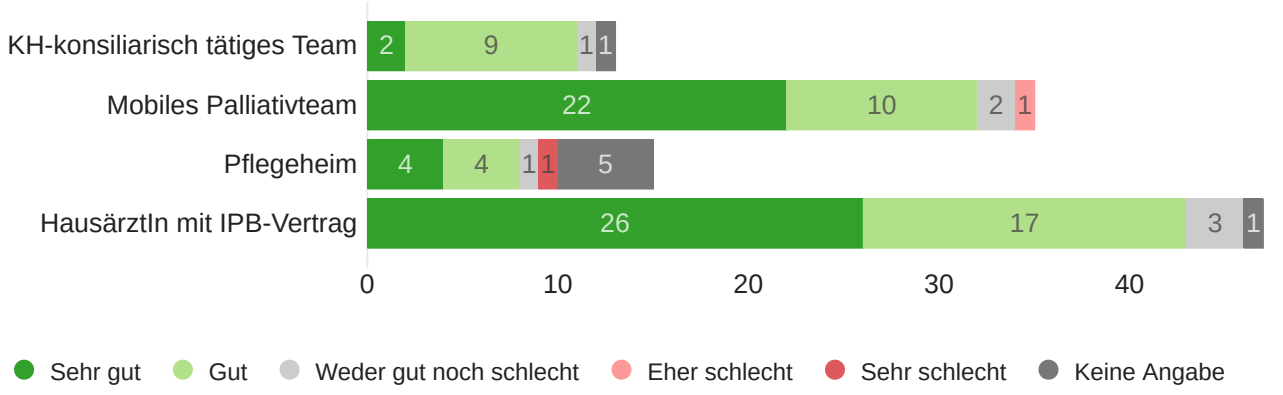
Q31_2 - Wie bewerten Sie Ihre Zusammenarbeit mit den mobilen Pflegediensten/SGS (Sozial- und Gesundheitssprengel) im Rahmen der IPB?

106 Antworten



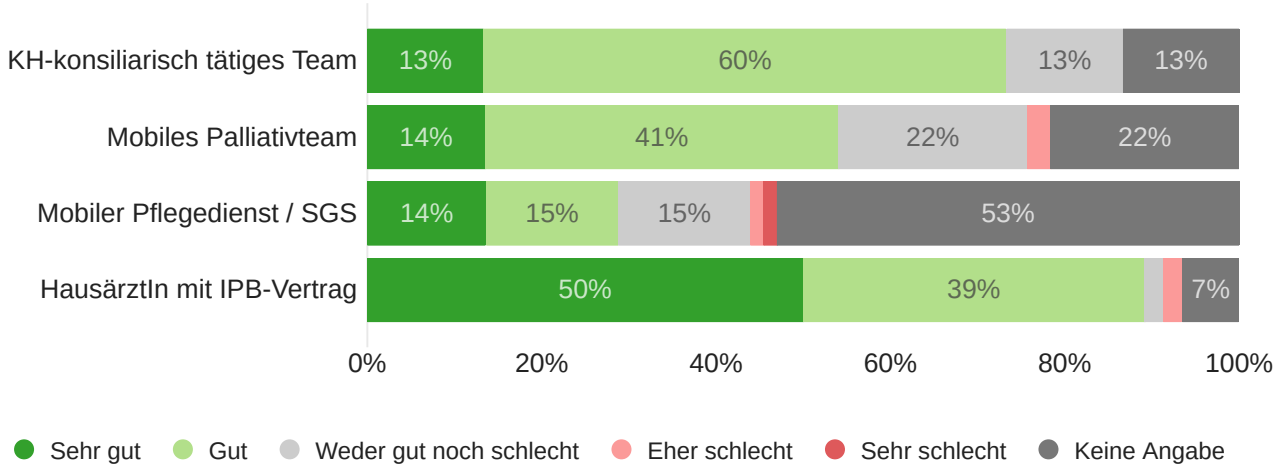
Q31_2 - Wie bewerten Sie Ihre Zusammenarbeit mit den mobilen Pflegediensten/SGS (Sozial- und Gesundheitssprengel) im Rahmen der IPB?

106 Antworten



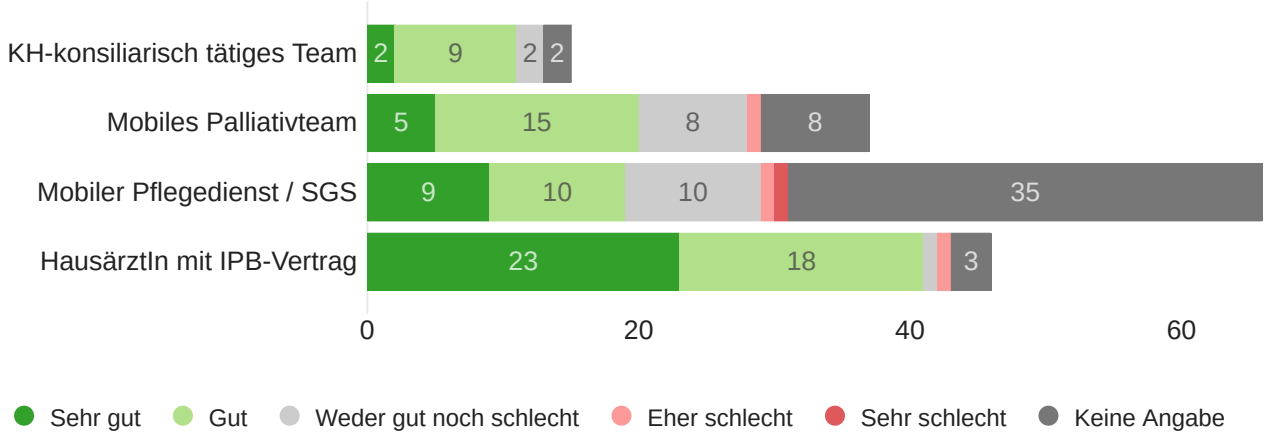
Q31_3 - Wie bewerten Sie Ihre Zusammenarbeit mit den Pflegeheimen im Rahmen der IPB?

156 Antworten



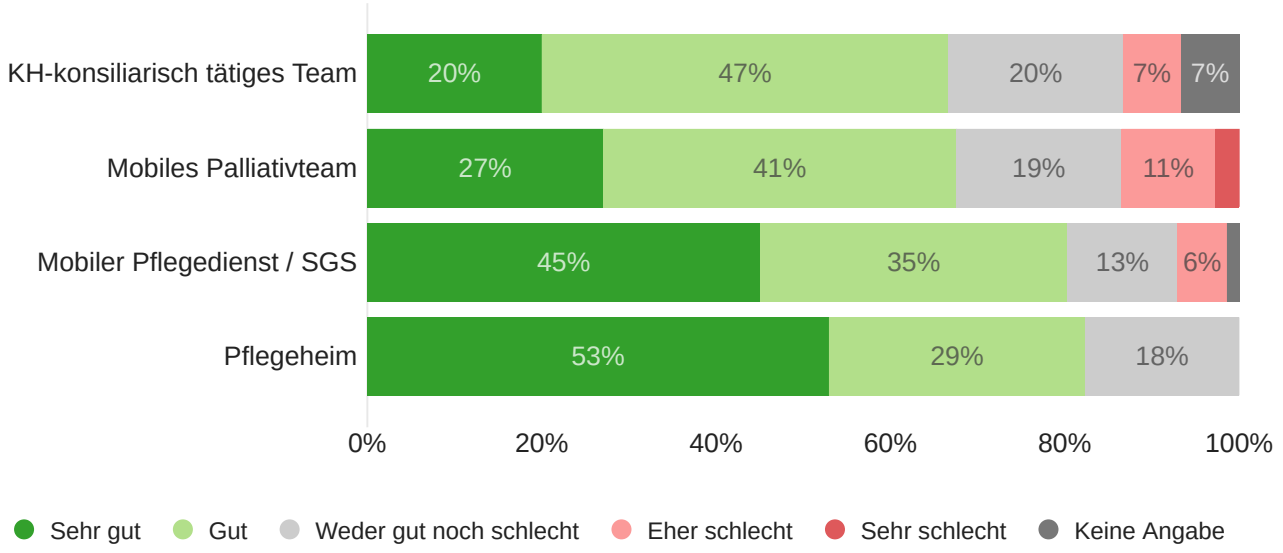
Q31_3 - Wie bewerten Sie Ihre Zusammenarbeit mit den Pflegeheimen im Rahmen der IPB?

156 Antworten



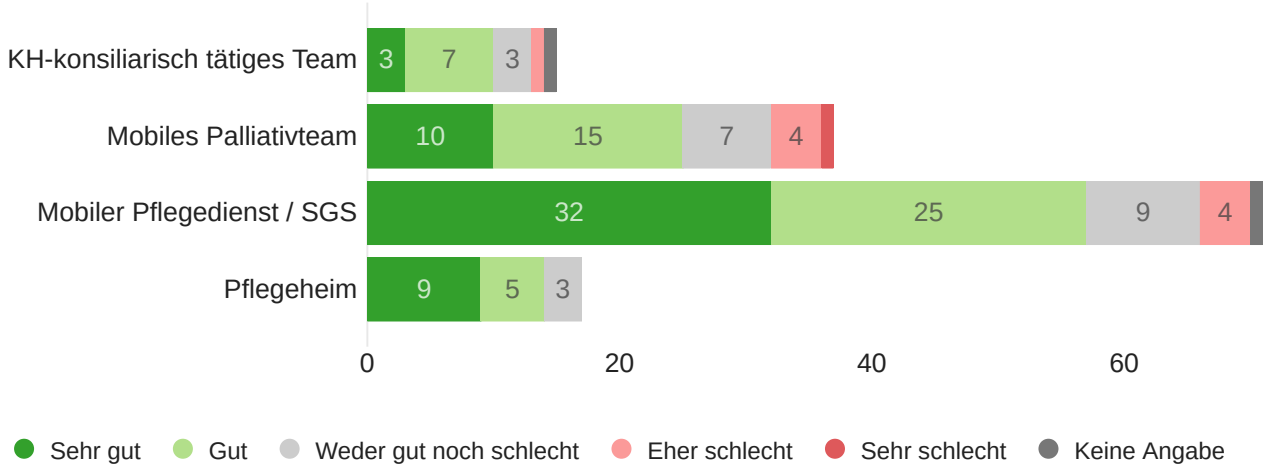
Q31_4 - Wie bewerten Sie Ihre Zusammenarbeit mit HausärztInnen im Rahmen der IPB?

130 Antworten



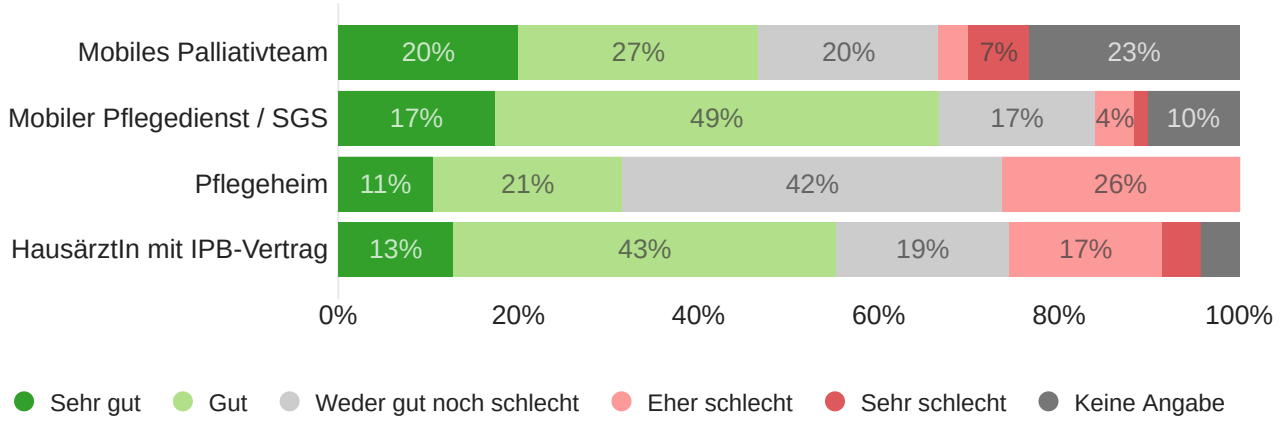
Q31_4 - Wie bewerten Sie Ihre Zusammenarbeit mit HausärztInnen im Rahmen der IPB?

130 Antworten



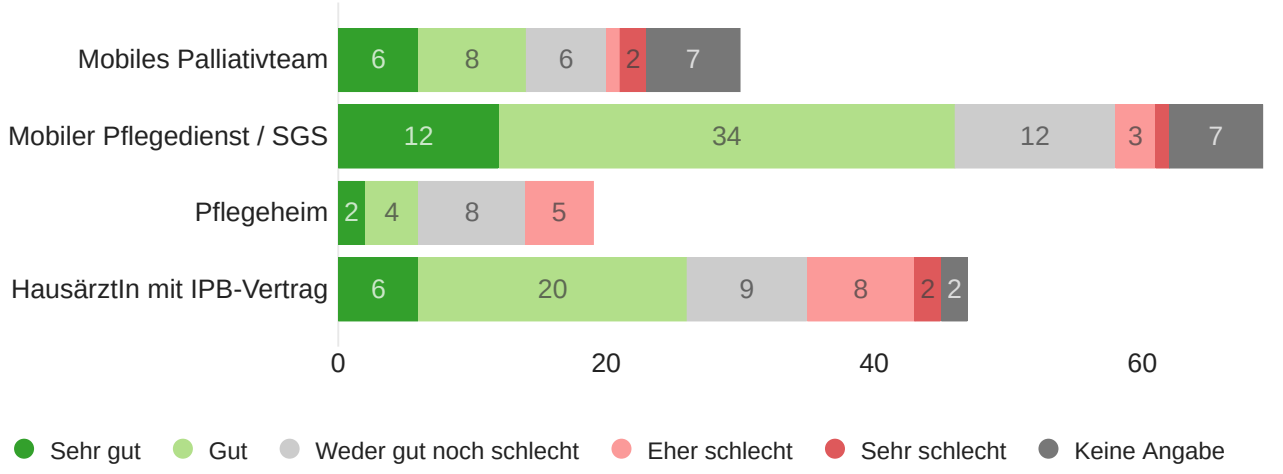
Q31_5 - Wie bewerten Sie Ihre Zusammenarbeit mit Krankenhäusern im Rahmen der IPB?

162 Antworten



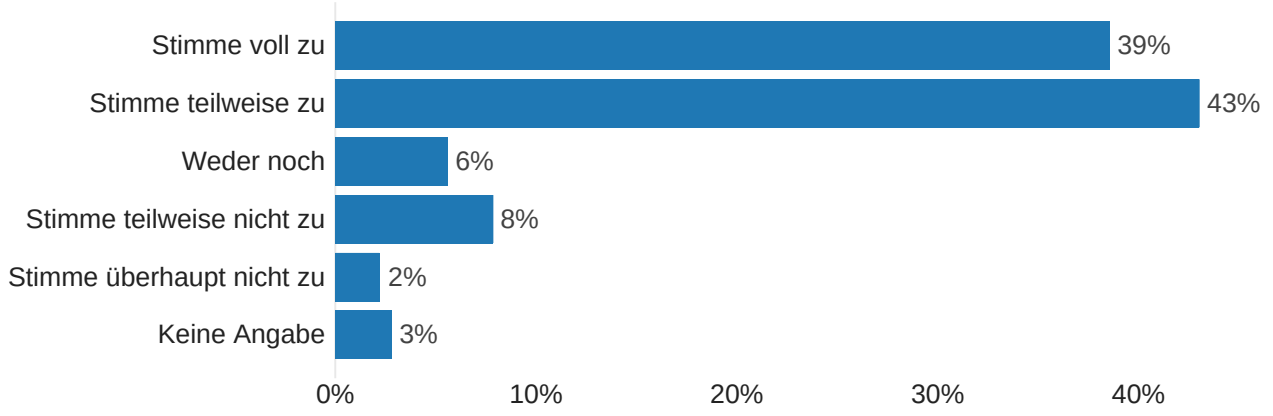
Q31_5 - Wie bewerten Sie Ihre Zusammenarbeit mit Krankenhäusern im Rahmen der IPB?

162 Antworten



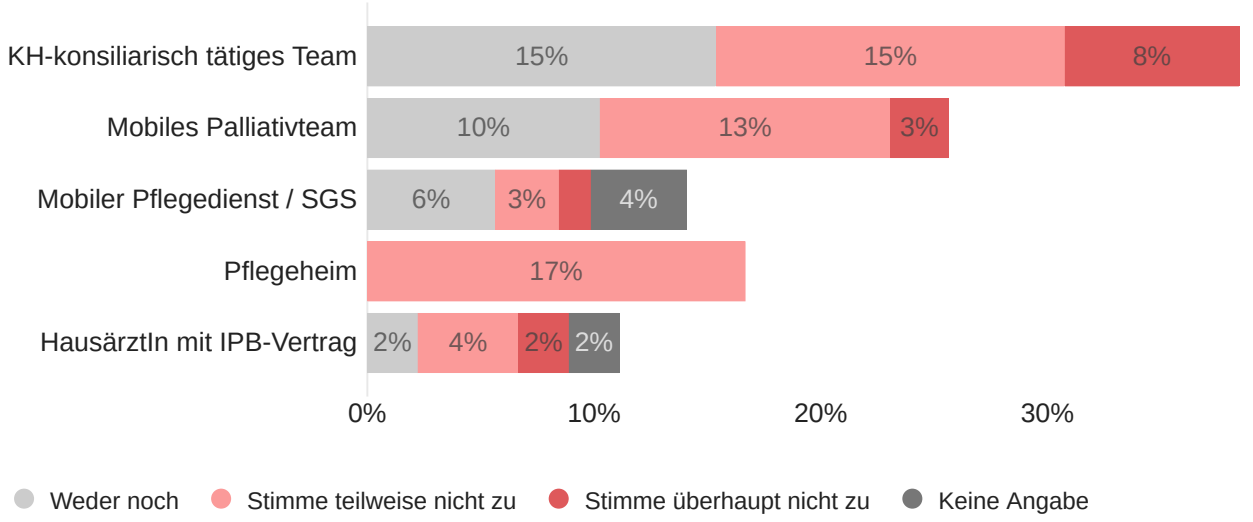
Q32 - Für mich ist das Spektrum der palliativmedizinischen und –pflegerischen Tätigkeiten im Rahmen der IPB klar definiert.

179 Antworten



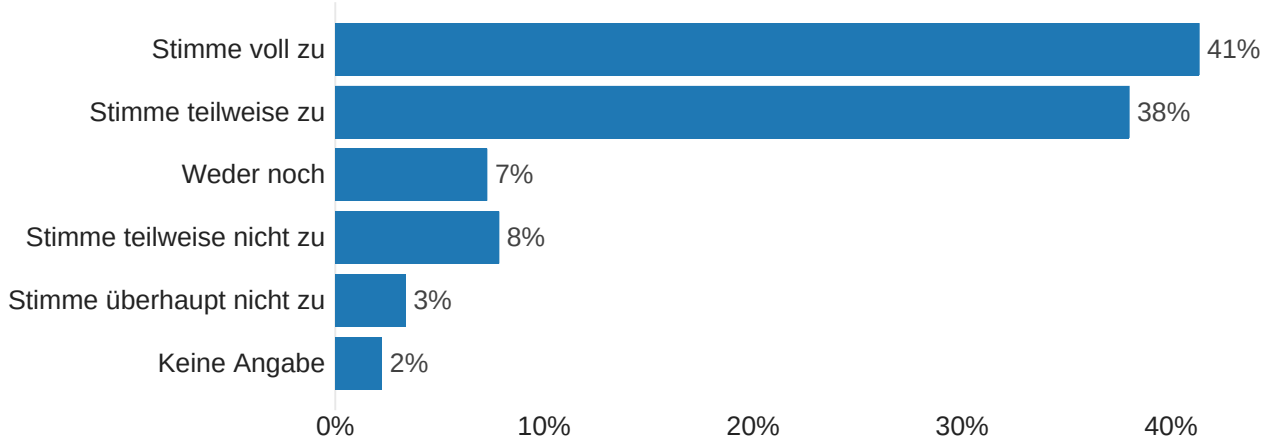
Q32 - Für mich ist das Spektrum der palliativmedizinischen und –pflegerischen Tätigkeiten im Rahmen der IPB klar definiert.

173 Antworten



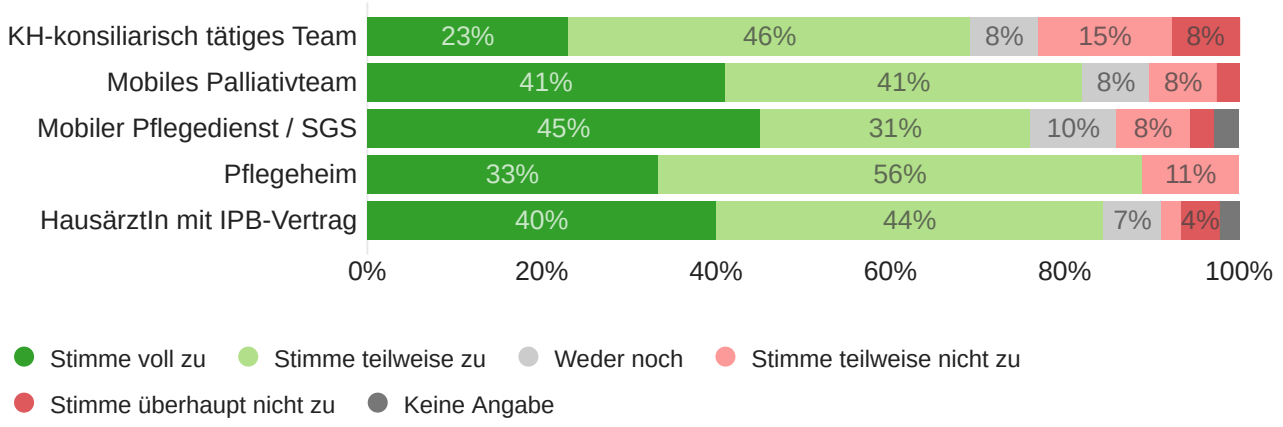
Q33 - Für mich sind die Zuständigkeiten in der Versorgung im Rahmen der IPB klar definiert.

179 Antworten



Q33 - Für mich sind die Zuständigkeiten in der Versorgung im Rahmen der IPB klar definiert.

173 Antworten



Q34 - Welche Elemente der Palliative Care setzen Sie im Rahmen der IPB ein? (Mehrfachnennung möglich)

176 Antworten

Feld	Antwortanzahl
Angehörigengespräche	153
Erstellung einer vorausschauenden Betreuungsplanung / Plan für Krisen und Notfälle	118
Gemeinsame Verlaufsgespräche (zwischen HausärztInnen, mobilen Pflegediensten/SGS, Pflegeheimen, Mobilen Palliativteams)	111
Gemeinsames Erstgespräch (zwischen HausärztInnen, mobilen Pflegediensten/SGS, Pflegeheimen, Mobilen Palliativteams)	108
Versorgungsmanagement (Koordination zwischen ambulanter und stationärer Versorgung)	104
Runde-Tisch-Gespräche (interdisziplinäre Besprechung mit PatientIn und Angehörigen zur Informationsweitergabe mit dem Fokus auf die Bedürfnisse des/der PatientIn)	66
Ethische Fallbesprechungen (interdisziplinäre Besprechung von Handlungsoptionen bei ethischen Konflikten)	34

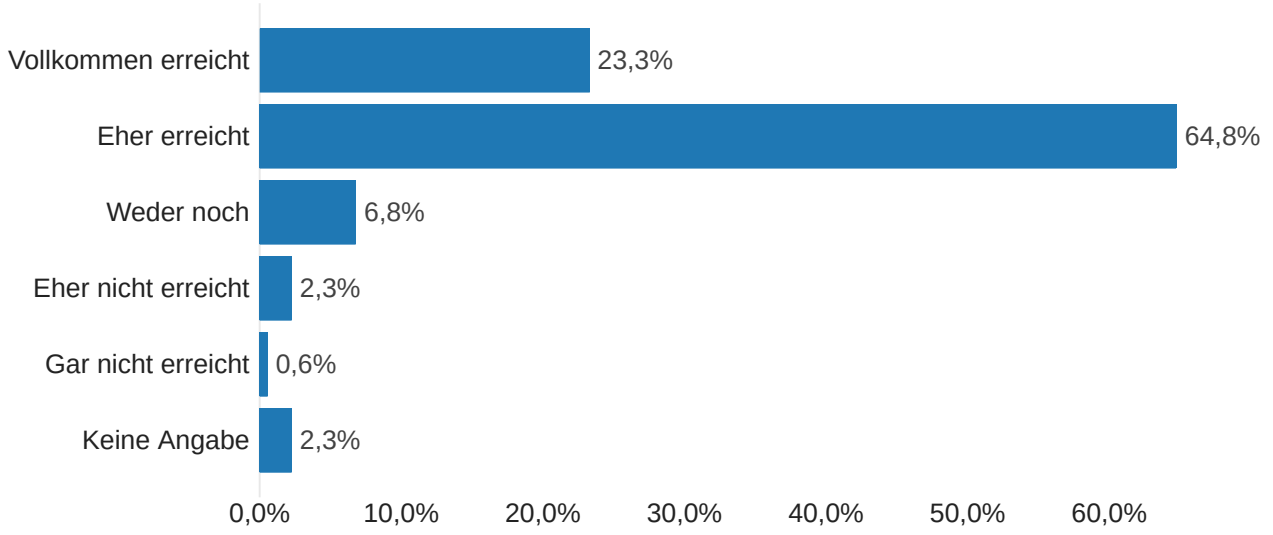
Q35 - Wie bewerten Sie den Nutzen dieser eingesetzten Elemente?

175 Antworten

Feld	Sehr hoch	Eher hoch	Weder hoch noch niedrig	Eher niedrig	Sehr niedrig	Keine Angabe
Erstellung einer vorausschauenden Betreuungsplanung / Plan für Krisen und Notfälle	84,6%	12,8%	1,7%	0,9%	0,0%	0,0%
Angehörigengespräche	80,4%	16,3%	2,6%	0,7%	0,0%	0,0%
Gemeinsames Erstgespräch	74,1%	23,1%	1,9%	0,9%	0,0%	0,0%
Gemeinsame Verlaufsgespräche	67,6%	29,7%	1,8%	0,9%	0,0%	0,0%
Runde-Tisch-Gespräche	66,2%	26,2%	6,2%	0,0%	0,0%	1,5%
Versorgungsmanagement	62,5%	33,7%	3,8%	0,0%	0,0%	0,0%
Ethische Fallbesprechungen	61,8%	29,4%	8,8%	0,0%	0,0%	0,0%

Q36 - Zu den Zielsetzungen der IPB gehören die gute Begleitung und Betreuung von sterbenden PatientInnen mit einem komplexen palliativen Behandlungsbedarf in der gewohnten Umgebung. Inwieweit finden Sie, dass dieses Ziel erreicht wird?

176 Antworten



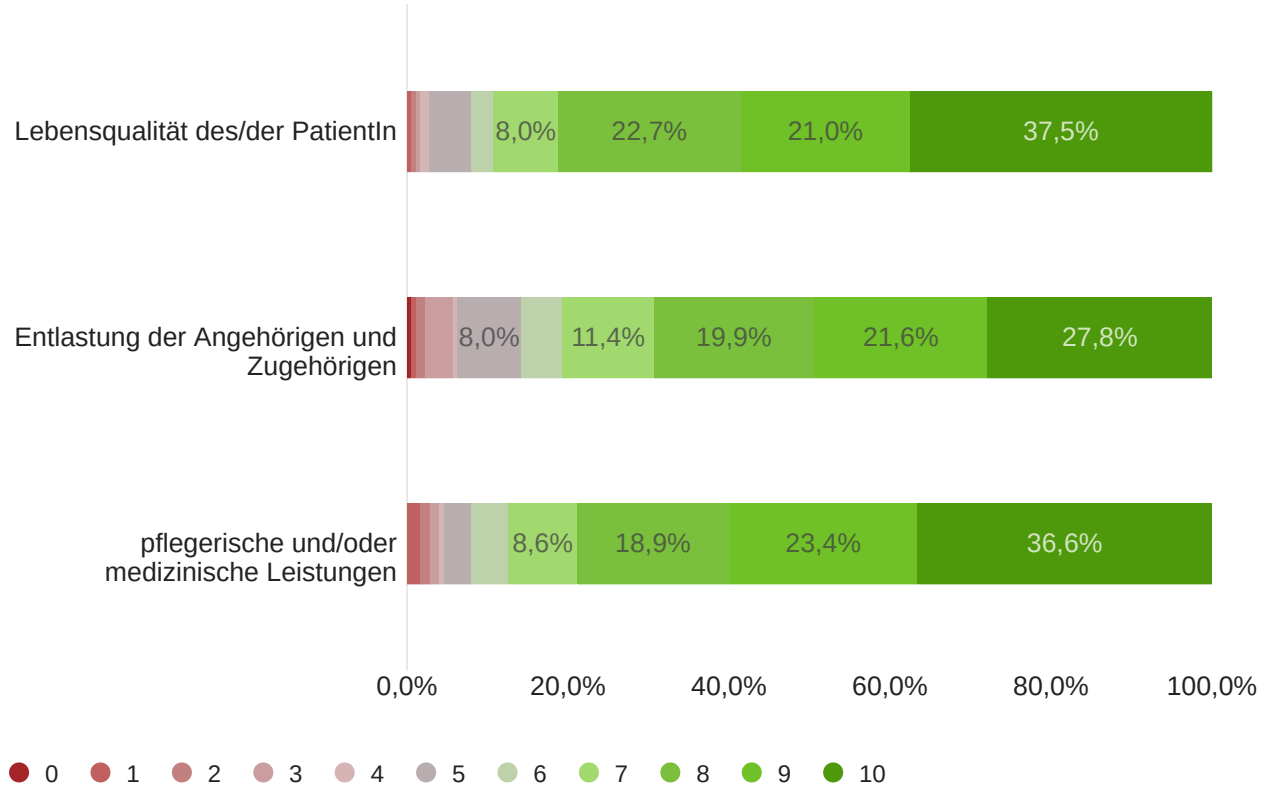
Q37 - Auf einer Skala von 0 (kein Nutzen) bis 10 (sehr hoher Nutzen). Wie bewerten Sie den Nutzen der IPB hinsichtlich folgender Aspekte?

176 Antworten

Feld	Mittelwert	Median	Standardabweichung	Abweichung	Antworten
Lebensqualität des/der PatientIn	8.5	9.0	1.7	2.9	176
Entlastung der Angehörigen und Zugehörigen	8.0	8.0	2.1	4.4	176
pflegerische und/oder medizinische Leistungen	8.4	9.0	1.9	3.7	175

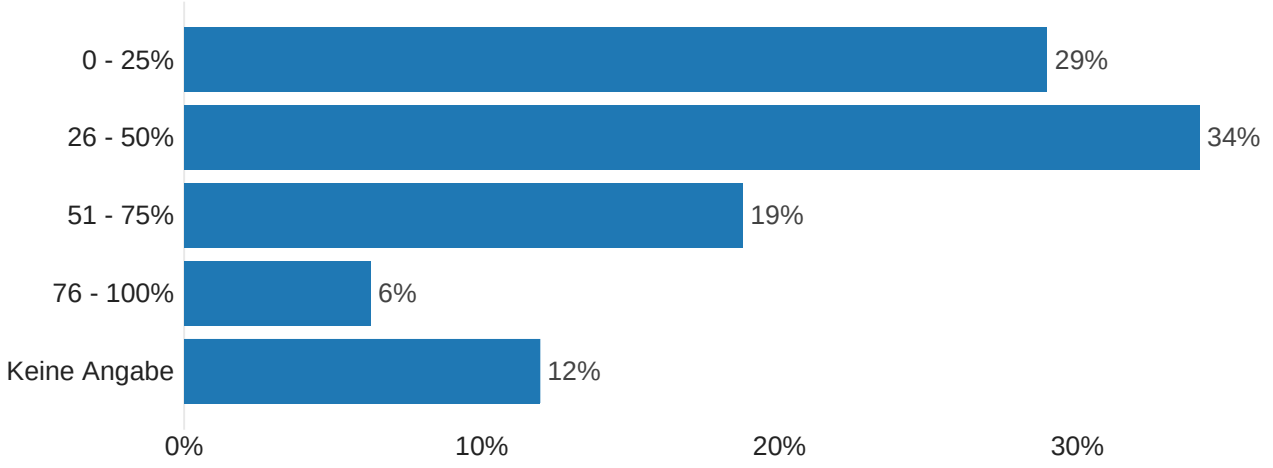
Q37 - Auf einer Skala von 0 (kein Nutzen) bis 10 (sehr hoher Nutzen). Wie bewerten Sie den Nutzen der IPB hinsichtlich folgender Aspekte?

176 Antworten

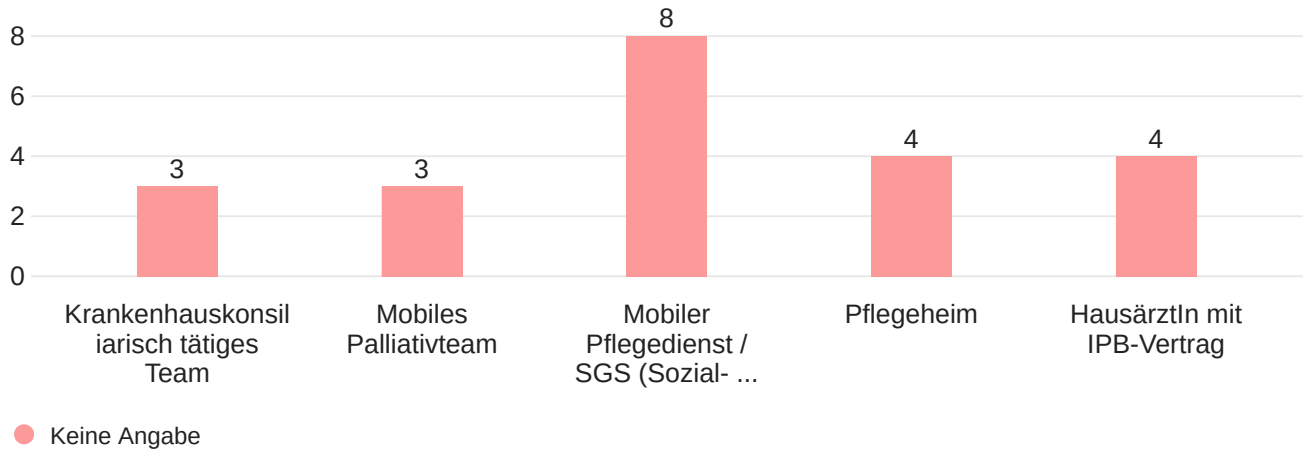


Q38 - Für wieviel Prozent der IPB-PatientInnen schätzen Sie die Betreuungsdauer von 28 Tagen inklusive einmaliger Verlängerung als zu wenig ein?

176 Antworten



Q38 - Für wieviel Prozent der IPB-PatientInnen schätzen Sie die Betreuungsdauer von 28 Tagen inklusive einmaliger Verlängerung als zu wenig ein?



Q39 - Wie begründen Sie Ihre Einschätzung?

Wie begründen Sie Ihre Einschätzung?

28 Tage sind zu wenig eher dauert die Betreuung bis zu 3 Monaten

Aufgrund Erfahrungswerte

Aus Erfahrung, die bisher betreuten Klienten haben längere Betreuungsdauer benötigt, bis auf 1 Klientin

Aus eigener Erfahrung

Begleitung über einen längeren Zeitraum macht Sinn - man kann im Vorfeld vertrauen aufbauen

Besser früher Beginn der IPB . Zu spät beginnen nicht gut

Betreuungsdauer oft dtl. länger als 28 TAge + Verlängerung

Da der Grund für eine IBP Meldung hauptsächlich die finanzielle Lage ist, sprich die Übernahme einer Betreuung durch den SGS, benötigen die meisten mehr Tage.

Da man durch die Vorgabe nur 1x verlängern zu können oft zu lange mit der Beantragung wartet.

Dadurch, dass die Bewilligung/Voraussetzungen der IPB klar definiert ist, hatten wir bisher keine KL die eine weitere Verlängerung zu hause benötigten, weil sie entweder vorher sterben konnten bzw. stationär im Hospiz aufgenommen wurden.

Das Ableben eines Menschen ist schwer planbar!

Das Ende der Lebensdauer ist oft schwer einschätzbar. Pat. in komplexen palliativen Situationen leben oft länger als ein Monat. Durch IPB können auch diese Pat. zu Hause bleiben.

Demente Kl.befinden sich in ihrer letzten Lebensphase , muss es sich immer um einen komplexe Situation handeln? GESELLSCHAFTLICHES Problem

Der Großteil nimmt meiner Erfahrung die palliative Betreuung erst kurz vor dem Lebensende in Anspruch, also oft zu spät.

Der Hausarzt der IPB Verordnen kann nützt diese Möglichkeit frühzeitig um in der Betreuung zu Gewährleisten. Eine Klientin wird seit über einem Jahr durch das Mobile Palliativteam betreut (kann aber nicht IPB abgerechnet werden da der HA den Vertrag nicht unterzeichnet hat)

Der Sterbeprozess ist bei jedem Patienten individuell, IPB sollte nicht nur in der letzten Sterbephase gelten.

Die Betreuungsdauer ist eigentlich meistens ausreichend, da ich die IPB erst relativ spät im Krankheitsverlauf in Anspruch nehmen musste.

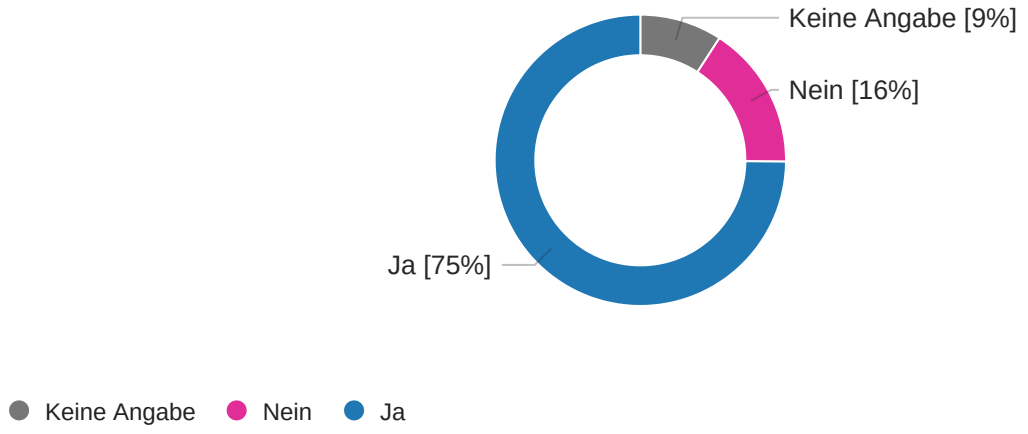
Die meisten sterben innerhalb eines Monates

Dies hängt von der Diagnosestellung und dem Verlauf der Begleitung ab. Es ist nicht leicht den Zeitpunkt zu bestimmen, ab wann denn jetzt eine IPB greifen soll oder nicht und dann ist es noch schwieriger die Zeitdauer der palliativen Betreuung abzuschätzen. mehr als einmal mussten wir den IPB Schein in den letzten 3 Jahren nicht verlängern.

Diese Einschätzung steht in Zusammenhang mit fehlenden Entlastungspflegeangeboten.

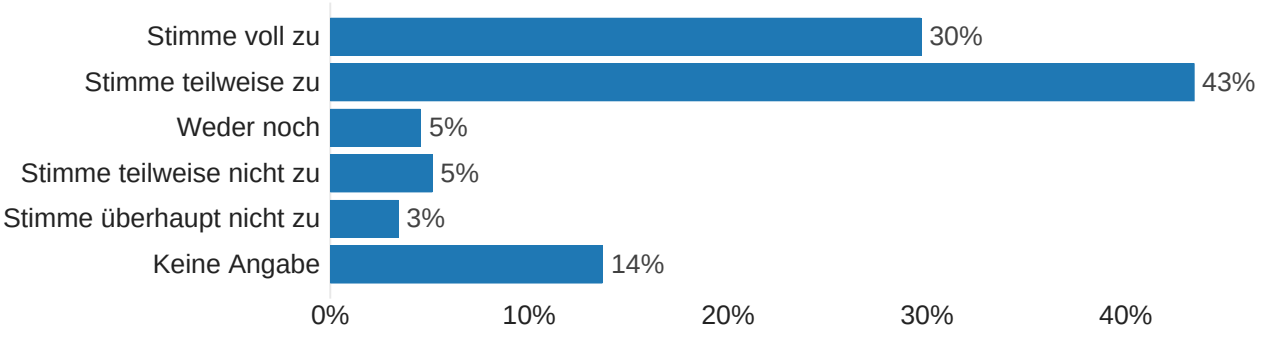
Q40 - Auch nach dem Ableben eines/r PatientIn hatte ich noch Kontakt mit den Angehörigen.

175 Antworten



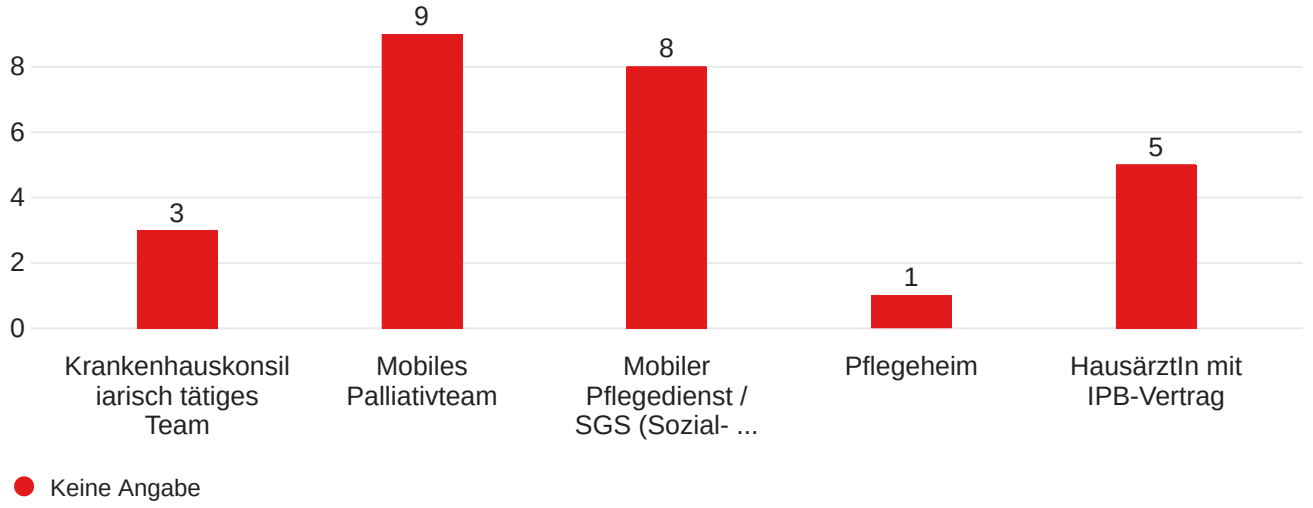
Q41 - Für mich ist die Versorgung eines/r verstorbenen PatientIn im Rahmen der IPB ausreichend möglich.

175 Antworten



Q41 - Für mich ist die Versorgung eines/r verstorbenen PatientIn im Rahmen der IPB ausreichend möglich.

169 Antworten



Q42 - Warum ist für Sie die Versorgung eines/r verstorbenen PatientIn im Rahmen der IPB nicht ausreichend möglich?

Warum ist für Sie die Versorgung eines/r verstorbenen PatientIn im Rahmen der IPB nicht ausreichend möglich?

Altenwohnheim muss immer auf Bestätigung des Todeseintritts durch den Sprengel/Notarzt warten - Bewohner muss bis dahin so bleiben, wie er aufgefunden wurde.

Aufgrund unserer Dienstzeiten nicht möglich, wenn der Patient außerhalb dieser verstirbt. (keine Rufbereitschaft)

Da die IPB in der Durchführung und Abrechnung nur DGKP zulässt und keine anderen Berufsgruppen (HH, PA, PFA, Altenfachsozialbetreuer, etc.), welche sehr wohl effektive Unterstützung für Patientinnen und Angehörige darstellen würden. Die expliziten Tätigkeiten, welche dem gehobenen Dienst zugeordnet sind, belaufen sich im zeitlichen Aufwand in den meisten Fällen auf Pflegesequenzen, die nur einen Bruchteil der gesamten Betreuung ausmachen. Es muss natürlich nicht erwähnt werden, dass die ganze Planung, Koordination, Assessements, etc. der DGKP obliegt, jedoch sind es oft "Sitzwachen", Inkontinenzpflege, Körperpflege, Einreibungen, Mundpflege uÄ und vor allem Gespräche, die die Angehörigen entlasten und dem Patienten einen Mehrwert geben. In den meisten palliativen Begleitungen im Rahmen von IPB werden Kernkompetenenzen, welche eigentlich einem PA oder PFA oder sogar einer Heimhilfe zugeordnet sind, von einer diplomierten Kraft durchgeführt. Mobile Pflegedienste und Sozialsprengel verfügen oft nicht über die personellen Ressourcen, einen DGKP stundenweise von heute auf morgen bei einem Patienten der plötzlich unter IPB läuft, einzusetzen. Die GuK Novellierung 2016 zielt mit der Berufsbild Differenzierung ab, den DGKP vom Bett wegzuholen, da diese in der Administration vermehrt eingesetzt werden sollen und die nachstehenden Kompetenzen sollen von PFA und PA durchgeführt werden, da diese in der Ausbildung im Curriculum ja auch enthalten sind. Nach der Akademisierung der Diplompflege sehen wir als Instution in der ambulanten Pflege den Trend, dass junge Pflegekräfte die Karriere in den Kliniken suchen. Langzeitpflegeeinrichtungen sowie Mobile Pflegedienste stehen vor einer rießigen Herausforderung diplomierte Kräfte zu gewinnen. Dies wäre aber kein so großes Problem, wenn das Land Tirol (und auch die Krankenkassen bei der MHKP) die Berufskompetenzen der PflegeassistentInnen sowie Pflegefachassistentinnen wahrnehmen würde. Nur dann können PatientInnen ausreichend versorgt werden wenn es ihnen ermöglicht werden soll, zuhause zu versterben.

Das palliativ Team Zams z.B. ist meist nur 9-16 Uhr erreichbar und das nur unter der Woche, soll zwar jetzt einen Pfleger geben der das Telefon immer hat. Das ist den Pateinten und Angehörigen nicht zumutbar, Palliative Begleitungen haben sehr oft kleinen "Notfälle", wenn da nicht eine Bezugsperson zur Verfügung steht geht das nicht. Da muss man sofort wissen um was es geht, nicht erst in einer Akte nachsehen müssen oder Nachfragen und zurückrufen. Natürlich ist es besser jemanden zu haben als keinen, nur können wir(mein Team und ich) das schon seit Jahren besser anbieten.

Die SGS haben meist nicht die Kapazitäten im RAhmen der IBP Meldung jedes Mal eine dipl Fachkraft einzuteilen, geschweige denn 3h am Tag. Nicht alle HÄ absolvieren dadurch Hausbesuche.

Leider kann die IPB nur mit dem Einsatz der DGKPS abgerechnet werden.Habe nicht immer die Kapazitäten und muss manchmal ein PA einteilen. Daher muss ich leider mit den Angehörigen eine Selbstkostenberechnung für den SGS machen.Was für die Angehörigen zusätzlich belastet. Leider oder doch sehr schön ist, wenn wir am Wochenende keine DGKP im Einsatz haben übernimmt immer eine Schwester freiwillig die Versorgung der zu Sterbenden. Damit der PA entlastet wird. Für die PA fände ich es schön wenn es einen Palliativkurs geben würde der sie Berechtigt die Versorgung von IPB Klienten zu übernehmen. Schwierig ist auch die Pumpenversorgung wegen der DGKP Besetzung in kleinen Sprengeln. Wir pflegen ein hohes Engagement für die Versorgung der zu sterbenden in unserem Gebiet. Die älteren Hausärzte pflegen nicht die IPB wenn ich nicht dazu anhalten würde.Die jüngeren Ärzte sind da top. Danke.Alles Liebe

Mitarbeitermanagel bzw nicht Planbar

Weil die durch IPB ermöglichten Leistungen von den Primärbetreuern nicht erbracht werden können (Ressourcen, personelle Strukturen usw.)

da zu wenig diplomiertes Personal im SGS arbeitet und nur für arbeiten vom diplomiertem Personal abgerechnet werden kann

großteils telefonisch passiert durch das IPB

weil dieses Zeitfenster von 3 Std täglich in besonders komplexen Situationen zu wenig ist. Die sehr zeitaufwendigen Vernetzungsgespräche können nicht als Case gebucht werden, immer wieder ist es in pflegerischen Situationen zu Hause notwendig, dass eine zweite Pflegeperson mit vor Ort ist (Beispiel: Adipöser oder massiv eingelagerter Klient, anlernen bzw. Vorstellen bei der Familie eines neuen Mitarbeiters ist sehr wichtig, weil ein sehr enger, intimer Kontakt in der häuslichen Betreuung stattfindet - dies kann abrechnungstechnisch dann nicht gebucht werden

weil wir als Sprengel nicht bis zu drei Stunden pro Tag Betr. durch eine Diplomkraft anbieten können, das ist utopisch, warum dürfen nicht auch PFA oder PA diese Betr. leisten??

weil wir in der mobilen Pflege keine Besuchsrechte / bezahlte Einsätze verbuchen können. Da nur der Sterbetag als Kontakt noch möglich ist (Angehörige sind aber an diesem Tag mit Formalitäten ausgelastet

Überhaupt IPB bereit zu stellen, da die Kapazitäten in der Hauskrankenpflege nicht gegeben sind. Kommt eine DGKP dann weniger als vorgesehen, muss der Patient die restlichen Besuche selber zahlen. Deswegen erfolgt oft keine Empfehlung zur IPB-Meldung.

Q43 - Welche Abläufe der IPB sollten Ihrer Meinung nach unbedingt beibehalten werden?

Welche Abläufe der IPB sollten Ihrer Meinung nach unbedingt beibehalten werden?

- Hausärztliche Verordnung - Indikationsstellung - Befristung der Laufzeit um eine Evaluierung unausweichlich zu machen

3 h kostenlos sind für Angehörige eine enorme Erleichterung.

ALLE

Alle

Alle

Alle

Angehörigennachsorge. Kontakt mit den Angehörigen in der ersten Zeit nach dem versterben eines Patienten (2-3 Kontakte je nach Bedarf). Aufbau von Angeboten für die Hinterbliebenen- besonders im ländlichen Raum

Anmeldung durch das Mobile Palliativteam muss möglich sein. Längere Laufzeit muss einfach gewährt werden, da der Todeszeitpunkt nciht bestimmbar ist, wie wir es ja auch allen PatientInnen so mitteilen.

Austausch klare information, Arztbrief vom palliativteam (elektronisch)

Beibehaltung der guten Zusammenarbeit zw. mobilem Palliativteam, Hausärzten und Pflegepersonal

Das Konzept von IPB ist gut durchdacht und funktioniert in der Praxis auch gut. Besonders die Menschlichkeit den Mobilen Teams im Bezirk Kitzbühel können wir nur loben.

Der Hausarzt stellt die Indikation und bleibt fallführend

Die Abläufe sollen wie bisher beibehalten werden

Die Idee von drei Stunden pro Tag wäre sehr sinnvoll, leider fast nie realistisch durchführbar.

Die Möglichkeit, einen Verlängerungsantrag stellen zu können. Die Verschreibung durch den/die Hausarzt/ärztin

Einbeziehung Sozialsprengel und Palliativteam; Verrechenbarkeit von mehreren Visiten pro Tag

Einbeziehung des Mob Palliativteams und Sozialsprengels, Flexibilität, Notfallplan

Einfache Antragstellung mit Hausarzt ohne vorherige Bewilligung der Krankenkassen sollten unbedingt beibehalten werden. Palliativbetreuung zuhause zu organisieren ist so schon eine sehr stressige Tätigkeit. Abrechnungsmodus soll beibehalten werden. Mobiles Palliativteam ist eine sehr wertvolle Stütze und Unterstützung und soll unbedingt weiterhin zur Verfügung stehen und weiter gefördert werden.

Ereichbarkeit, Flexibilität, medizinische Beratung und Versorgung, einfaches Ansuchen,zeitliches Kontingent von 3 Stunden

Erstgespräch mit KlientIn und allen beteiligten Berufsgruppen.

Q44 - Welche Abläufe der IPB sollten Ihrer Meinung nach optimiert werden?Wie könnte das Ihrer Meinung nach gelingen?

Welche Abläufe der IPB sollten Ihrer Meinung nach optimiert werden?Wie könnte das Ihrer Meinung nach gelingen?

* nicht nur an Hausärzte gebunden/auch Fachärzte (sind auch oft Hausärzte aus Mangel an besetzten Hausarztstellen) und ev. je nach Situation auch Arzt Palliativteam sollte IPB melden können * Qualitätssicherung in SGS, AWH und bei Hausärzten; Finanzierung, Ausbau, Annpassung der Personalressourcen, Qualifikation des Personals

-

- Ausbau von Entlastungsangeboten für pflegende Eltern - Schaffung von stationären Strukturen für junge Erwachsene

- Miteinbeziehung ALLER Berufsgruppen der Pflege! - Stationierung bzw Festlegung eines Hospiz und Palliative Care Beauftragten in jedem Tiroler Bezirk. - Schulung aller Sozialsprengel und Mobile Pflegeinstitutionen in Tirol im Rahmen der Hospiz und Palliative Care Workshops und Seminare durch die Tiroler Hospizgemeinschaft. - Nachbesprechung nach Versterben der Patientinnen mit Familienangehörigen abrechenbar in der IPB machen. Wir besuchen jede Familie nach 2, 3 Wochen ein letztes Mal um zu schauen, ob wir ihnen noch irgendwie helfen können, oder sie an eine Institution zB zur Trauerverarbeitung verweisen können. - IPB für selbständige und freiberufliche DGKP abrechenbar machen. Eine nicht genutzte Ressource in der palliativen Versorgungslandschaft in Tirol...

- Viel zu wenig Ressourcen vorhanden um die IPB voll auszuschöpfen. - Meiner Meinung nach geht eine IPB nicht ohne das Palliativteam hinzuzuziehen.

1) DRINGEND: große Pflegedienste (in Ibk.) sollen ENDLICH IPB-Betreuungen ermöglichen; dies bedeutet eine große Lücke zum Schaden der Patient:innen und der Angehörigen 2) Dringend: auch Wahlärzt:innen sollen IPB beantragen können 3) Informationsstand der Hausärzt:innen, IPB ist einigen zu wenig/nicht bekannt

24h Bereitschaft

AUSBAU UND Personalaufstockung.

Aufklärung bezüglich genauer Aufgabenteilung im palliativen Setting, Kooperations- und Nutzungsmöglichkeiten im Kinderbereich.

Bessere Absprachen der Hausärzte wann IPB beginnt, oft wissen SGS und MPT über IPB durch Hausarzt nicht bescheid. Hier wäre eine bessere Vernetzung notwendig und eine ev. Expertise eines MPT zu empfehlen

Bessere Aufklärung und Info an die Hausärzte - kennen sich nicht aus

Bessere Kommunikation untereinander Nicht monatliche Vertragsverlängerungen, weil Palliativversorgung oft mehrere Monate dauert

Bessere Kommunikation zwischen Palliativ Team weiter behandelnden Ärzten und Krankenanstalten: zB. Einbeziehung in das Entlassungsmanagement der Krankenanstalten. Zeitgerechte Information der weiter behandelnden oder zuweisenden Ärzte bei Aufnahme in ein Hospiz Setting

Bewilligungsantrag durch Ärzte - ihnen fehlt das Wissen: wie? wer? wielange? wo? Wenn die Pflege alleine entscheiden kann, ob ein IPB notwendig ist und es nicht über den Arzt laufen muss.

Case-Manger ... ist ja heute ein beliebtes Wort, wenn es umgesetzt wir dann ist es auch was sehr gutes. Machern Hausärzte seit Jahrzehnten.

Das Spital nimmt mit dem Hausarzt Kontakt auf bzgl. IPB, nicht über die Angehörigen

Dass auch PA und PFA in die Betreuung miteingebunden werden können und sollen!!! Da sie meistens in besseren Bezug zu langjährigen Klienten aufgebaut haben und dann plötzlich nicht mehr hin dürfen. Ist für Klienten/ Angehörige und Personal keineswegs optimal.

Der Umgang mit Angehörigen muß mehr geschult werden.

Der bürokratische Aufwand der IPB Verordnung ist für uns enorm (Jeden Monat 3x Fax, Tabellen, Listen und keine Klare Leistungspositionen - Hauskrankenpflege oder IPB?) Abrechnung ist mühsam und oft wird die Leistung nicht bezahlt .- Limitgrenzen.

Die Abläufe sind gut durchdacht

Die Kostenübernahme der Leistungen des SGS ist meist nur begrenzt möglich. Es werden nur Leistungen einer DGKP übernommen. Die meisten Sprengel im Bezirk haben jedoch einen Mangel an diplomierten Personal, sodass die Kosten der Betreuung bei der Familie/ Patienten bleiben. Hier sollte das Angebot ausgeweitet werden, sodass auch die Kosten der Pflegeassistenten vergütet werden.

Die Nachtdienste im Bereich in der mobilen Versorgung ist nicht gewährleistet, weil es kostenmäßig auch nicht übernommen wird. Wenn Nachtzuschläge an die MAinnen bezahlt werden müssen, dann muss sich dies in der Abrechnung mit Land Tirol kostendeckend wieder finden.

Dokumentation, WE Bereitschaftsdienst in stationären Einrichtungen

Erstgespräche mob Palliaticteam oft erst nach 1-2 Wochen möglich; diese Zeitspanne ist oft zu lange; niederschwelligeres kurzfristiges Angebot wäre sehr wichtig. Personalmangel im mob Pfelegdienst; manchmal sind am Wochenende kein diplomierten Pflegerinnen verfügbar; pflegerische Tätigkeit (Infusion nachhängen) Katheterwechsel Verbandwechsechsel müssen dann die Hausärztinnen übernehmen. Es fehlt mobile Sozialarbeit und mobile Seelsorge!!! Intervision/Balintgruppen für Hausärztinnen gibt es nicht. Wir sind mit dem Tod da draussen ziemlich alleine...

Q3 - Warum haben Sie bis jetzt keine PatientInnen im Rahmen einer IPB betreut?

37 Antworten

Feld	Antwortanzahl
Unknown	21
noch nicht vorgekommen	7
noch nicht im IPB tätig	3
nicht teilnahmeberechtigt im IPB	2
im Krankenhaus tätig	1
im Pflegeheim tätig	1
Nicht relevant	1
Organisation unbekannt	1

Q10 - Warum tauschen Sie sich im Rahmen der IPB nicht mit den Mobilen Palliativteams aus?

8 Antworten

Feld	Antwortanzahl
Unknown	5
kein Bedarf	3
PCA Pumpe im Haus	1

Q13 - Warum tauschen Sie sich im Rahmen der IPB nicht mit den mobilen Pflegediensten/SGS (Sozial- und Gesundheitssprengel) aus?

1 Antworten

Feld	Antwortanzahl
wird durch andere abgedeckt	1

Q16 - Warum tauschen Sie sich im Rahmen der IPB nicht mit den Pflegeheimen aus

50 Antworten

Feld	Antwortanzahl
KlientIn war/ist nicht im Pflegeheim	27
Kein Bedarf	9
Wird durch andere abgedeckt	6
Wenig Kommunikation	4
Keine Relevanz	2
Austausch nicht gewünscht	1
KlientInenstatus unbekannt	1

Q19 - Warum tauschen Sie sich nicht mit den HausärztInnen aus?

5 Antworten

Feld	Antwortanzahl
Wird durch andere abgedeckt	3
Kein Bedarf	1
Mobiler Pflegedienst meldet nicht zurück	1

Q28 - Warum werden Ihrer Ansicht nach die mobilen Palliativteams im Zuge der IPB nicht miteinbezogen?

17 Antworten

Feld	Antwortanzahl
Kein Bedarf	5
Gute Vernetzung mit AWH und SP	3
Keine Informationen	2
Geringer Anteil an IPB-VertragsärztInnen	1
Kompetenzen in der Einrichtung vorhanden	1
Nur bei Unklarheiten	1
Palliative Betreuung als Standard implementiert	1
Pflegende-Angehörige unzureichend informiert	1
Unbeherrschbares Schmerzsyndrom	1
Widersprüchlich	1
Überforderung für Angehörige	1

Q39 - Wie begründen Sie Ihre Einschätzung?
(Frage Q38 - Für wieviel Prozent der IPB-PatientInnen schätzen Sie die Betreuungsdauer von 28 Tagen inklusive einmaliger Verlängerung als zu wenig ein?)

101 Antworten

Feld	Antwortanzahl
Erfahrungswerte	17
IPB sollte früher beginnen	14
Einschätzung schwierig	12
individuelle Dauer	12
Gute Einschätzung möglich	9
Rahmenbedingungen Verordnung anpassen	8
Länger als vorgesehen notwendig	7
Betreuungsdauer ausreichend	3
komplexe Betreuung notwendig	3
mangelde Entlastungsangebote	3
Option zur Verlängerung von IPB wichtig	3
Restüberlebenszeit kurz	3
wenig Erfahrung	3
Einschätzung für junge PatientInnen schwierig	2
IPB zu früh verordnet	2
lange Wartezeit bei Verlängerung/Beantragung	2
Arzt hat Vertrag nicht unterzeichnet	1
auch außerhalb von IPB notwendig	1
Betreuungsdauer junge PatientInnen länger	1
Hohes Alter	1
Information an Angehörige erfolgt spät	1
Information/Erinnerung	1
Nicht relevant	1

Rufbereitschaft problematisch	1
Rufbereitschaft SGS sinnvoll	1
späte Verordnung durch Angehörige gewünscht	1
wenig Austausch mit palliativ Team	1
Zusammenarbeit Einschätzung optimieren	1

Q42 - Warum ist für Sie die Versorgung eines/r verstorbenen Patientin im Rahmen der IPB nicht ausreichend möglich?

14 Antworten

Feld	Antwortanzahl
fehlende Kapazitäten DGPK	7
Verrechnung begrenzt möglich	4
Berufskompetenzen der PA PFA wahrnehmen	1
Erreichbarkeit Eingeschränkt	1
geringe Stundenanzahl tägliche Betreuung	1
keine Rufbereitschaft	1
Palliativkurs für PA wäre sinnvoll	1
telefonisch erfolgt	1
Vorgaben Bestätigung Todeseintritt	1

Q43 - Welche Abläufe der IPB sollten Ihrer Meinung nach unbedingt beibehalten werden?

76 Antworten

Feld	Antwortanzahl
Alle Abläufe so beibehalten	16
Kommunikation-Vernetzungsgespräche	10
unkomplizierte Beantragung	10
Zusammenarbeit	9
Erstgespräch mit allen Beteiligten	6
unkomplizierte Abläufe	6
Kostenübernahme durch die Kassen	5
unterstützung der Angehörigen	4
Zeitausmaß 3 h	4
Zwischengespräch mit allen Beteiligten	3
Abrechnungsmodus so behalten	2
mobile IPP Teams	2
Nicht relevant	2
Rufbereitschaft	2
Angebot ausweiten	1
Beantragung durch MPT ermöglichen	1
Fallführung durch Hausarzt	1
Flexibilität	1
Hausarzt und Sprengel Hauptansprechpartner und Verordner	1
IPB Personal als freiberuflich ermöglichen	1
längere Laufzeit notwendig	1
Möglichkeit auf Verlängerung	1
Nachtbereitschaft	1
Protokolle	1
runder Tirsch vor Ort	1

schnelle, gute mobile Palliativteams	1
seelsorgerische Betreuung	1
Verrechnung von mehreren Visiten pro Tag	1
widersprüchlich	1

Q44 - Welche Abläufe der IPB sollten Ihrer Meinung nach optimiert werden? Wie könnte das Ihrer Meinung nach gelingen?

87 Antworten

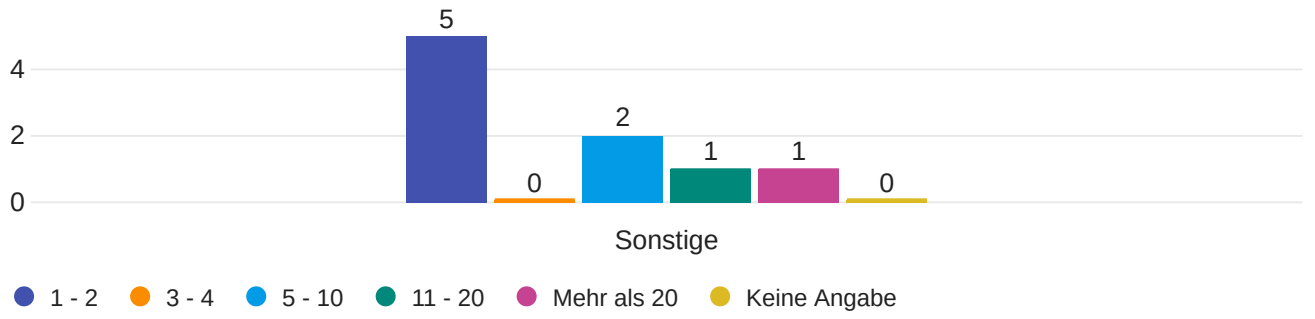
Feld	Antwortanzahl
PH und PFA einbeziehen/qualifizieren	14
Mehr Aufklärung und Informationen notwendig	13
Rufbereitschaft	6
Betreuungsdauer erhöhen	5
Keine Optimierungen notwendig	5
Ressourcen allgemein problematisch	5
Ressourcen DGKP problematisch	5
Abrechnungsmöglichkeiten anpassen	4
Nicht relevant	4
Krisenmanagement	3
regelmäßiger interdisziplinärer Austausch	3
Abstimmung mit Entlassungsmanagement optimieren	2
Austausch zwischen Arzt und SGS, MPT	2
Erstgespräche früher durchfürhen	2
Fortbildungen verstärken	2
Netzwerktreffen	2
Ressourcen Hausärzte problematisch	2
Umgang mit Angehörigen schulen	2

Verlängerung der IPB allgemein	2
Vernetzung Betreuungsparter	2
Angehörige mehr informieren	1
Anordnungen Arzt-/Medikamente schriftlich, zeitnah	1
Ausbau Entlastungsangebote für Angehörige	1
Beantragung vereinfachen	1
Betreungspläne sinnvoll	1
Dokumentation palliative Kurve	1
Einsatz von Case-Manager	1
Fachärzten IPB Vertrag ermöglichen	1
Flexibilität bei Betreuungszeiten	1
Hausbesuch ÄrztInnen festlegen	1
Kommunikation verbessern	1
Mobiles Palliativteam im KH mehr einsetzen	1
Nachbesprechung Angehörige	1
Palliative Care Beauftragte pro Bezirk	1
Personalressourcen ausbauen	1
persönliche Auswahl PatientInnen	1
rascherer Organisation	1
Runder Tisch	1
Schaffung stationäre Strukturen junge Erwachsene	1
Therpieplan zeitnah kommunizieren	1
Verordnung durch Pflege ermöglichen	1
verpflichtende Qualitätszirkel	1
Verrechnung für selbständige DGKP ermöglichen	1
ärztliche Konkurrenzsituationen abschaffen	1

Auswertungsfilter
In welchem/n Bereich/en der IPB arbeiten Sie derzeit?
Antwort: Sonstige

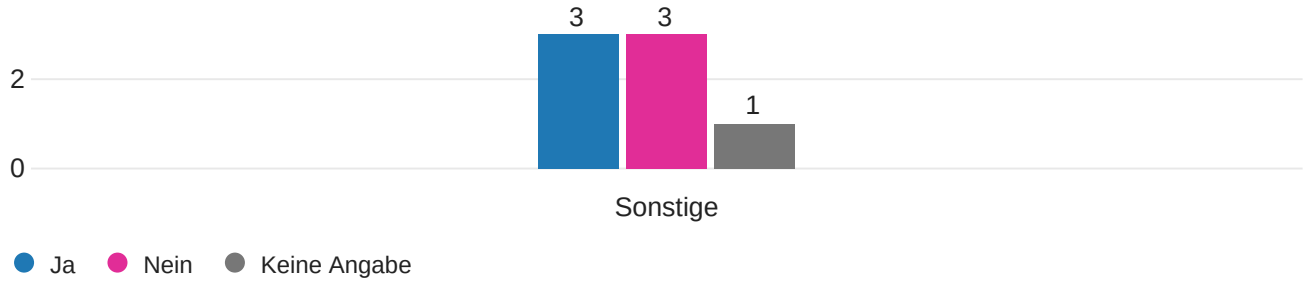
Q7 - Wie viele PatientInnen haben Sie im letzten Jahr im Rahmen der IPB betreut? (Derzeit im IPB Bereich tätig: Sonstige)

200 Antworten



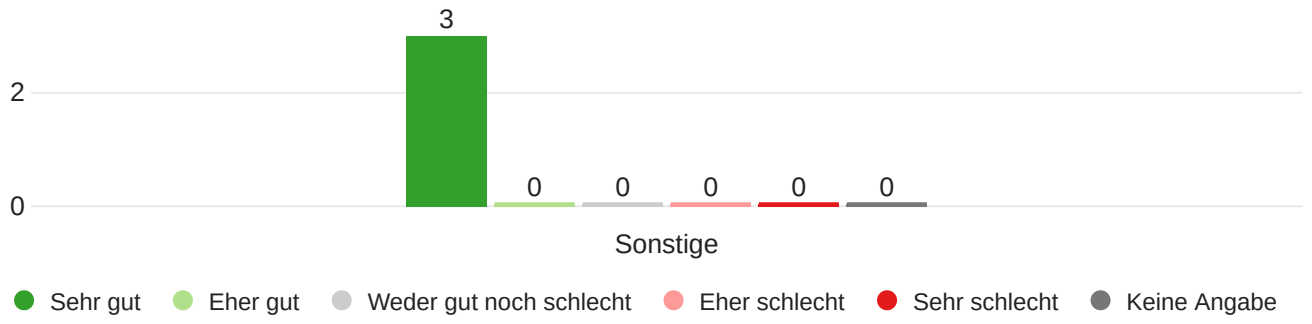
Q9 - Tauschen Sie sich im Rahmen der IPB mit den Mobilen Palliativteams aus?

156 Antworten



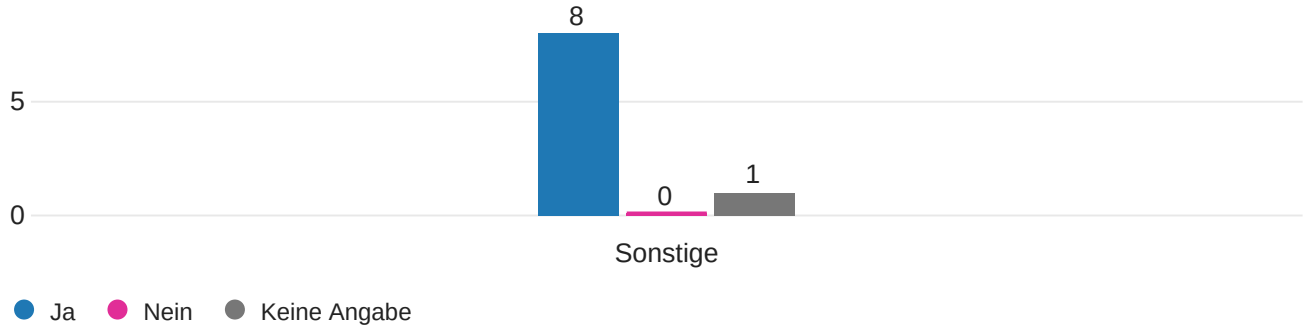
Q11 - Wie bewerten Sie die Qualität des Austausches mit den Mobilen Palliativteams? (Derzeit im IPB Bereich tätig: Sonstige)

140 Antworten



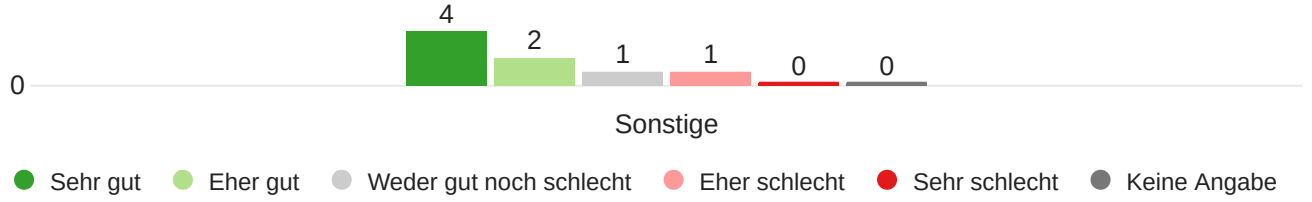
Q12 - Tauschen Sie sich im Rahmen der IPB mit den mobilen Pflegediensten / SGS (Sozial- und Gesundheitssprengel) aus?

189 Antworten



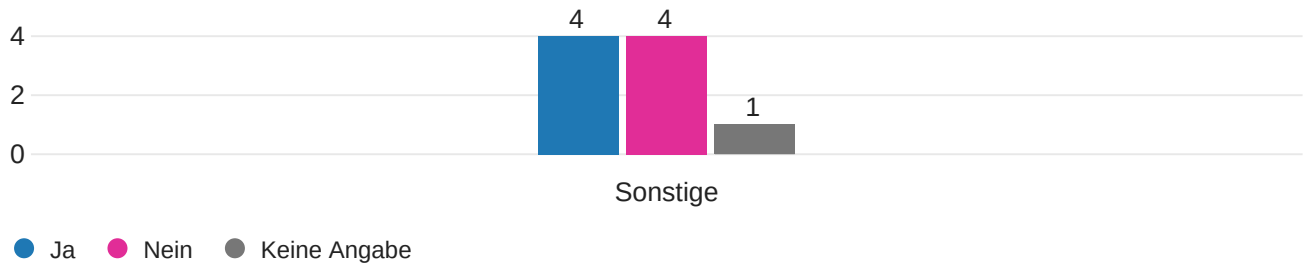
Q14 - Wie bewerten Sie die Qualität des Austausches mit den mobilen Pflegediensten / SGS (Sozial- und Gesundheitssprengel)?

146 Antworten



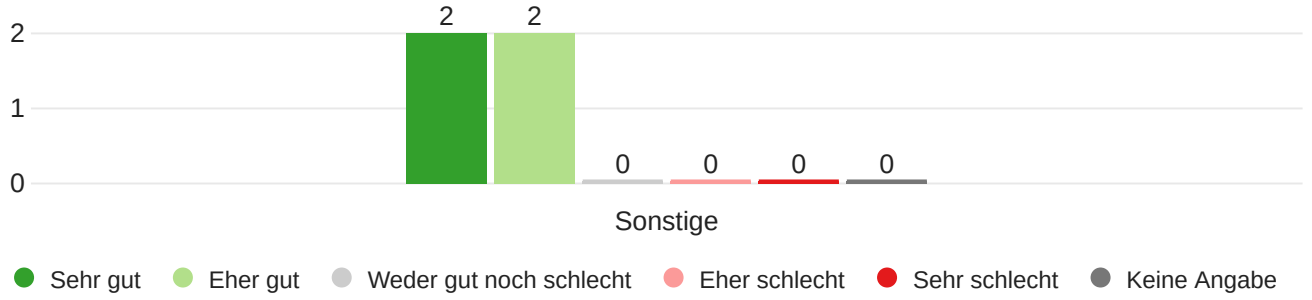
Q15 - Tauschen Sie sich im Rahmen der IPB mit den Pflegeheimen aus? (Derzeit im IPB Bereich tätig: Sonstige)

166 Antworten



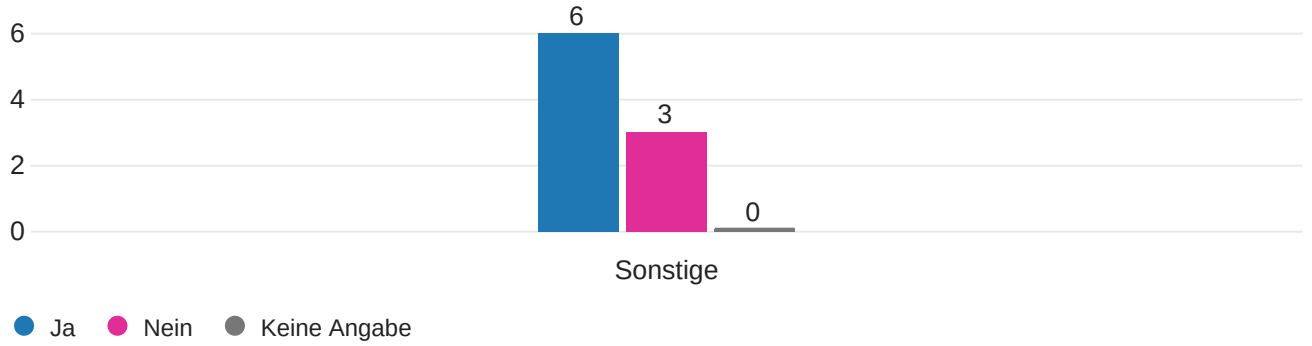
Q17 - Wie bewerten Sie die Qualität des Austausches mit den Pflegeheimen? (Derzeit im IPB Bereich tätig: Sonstige)

86 Antworten



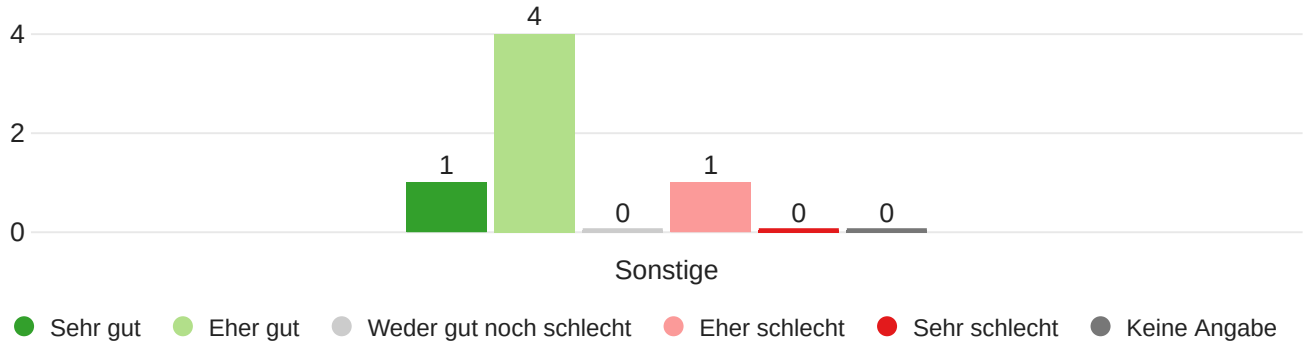
Q18 - Tauschen Sie sich im Rahmen der IPB mit den HausärztInnen aus? (Derzeit im IPB Bereich tätig: Sonstige)

145 Antworten



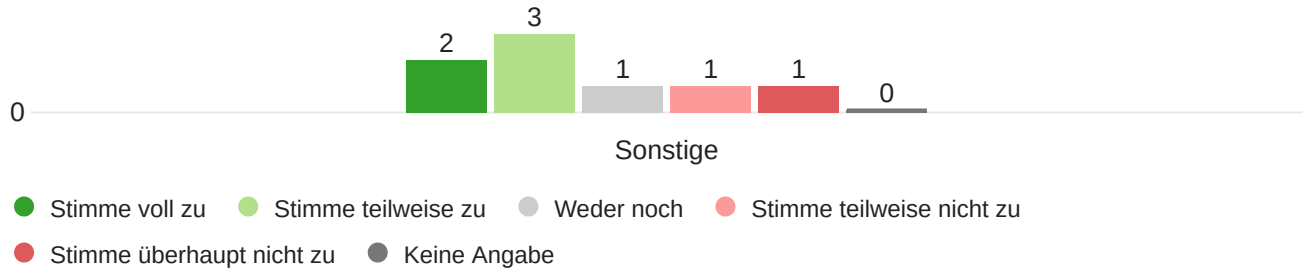
Q20 - Wie bewerten Sie die Qualität des Austausches mit den HausärztInnen? (Derzeit im IPB Bereich tätig: Sonstige)

136 Antworten



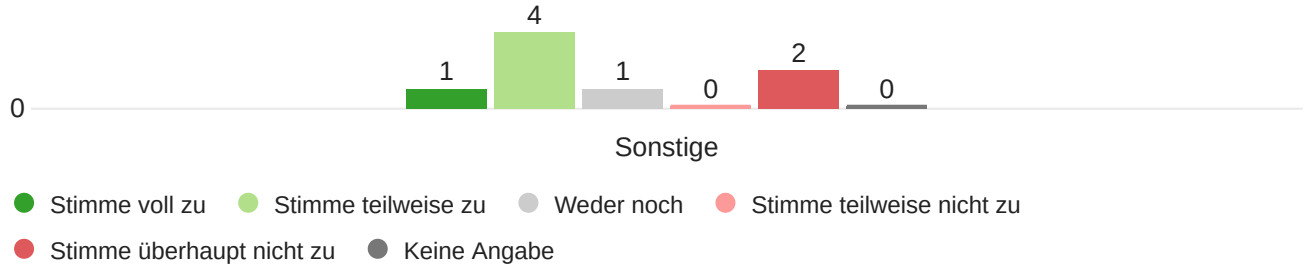
Q21 - Ich fühle mich ausreichend über die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme der IPB (Grundvoraussetzungen und Symptomgeschehen) informiert. (Derzeit im IPB Bereich tätig: Sonstige)

185 Antworten



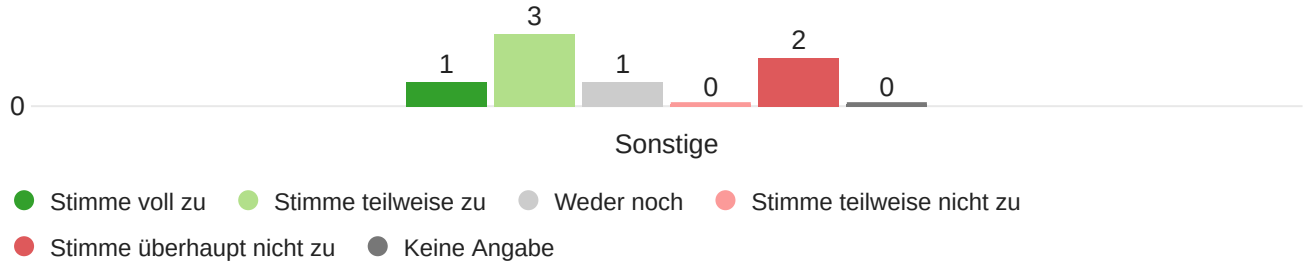
Q22 - Ich fühle mich ausreichend über die Verordnung (Dauer IPB, Leistungsumfang, etc.) der IPB informiert. (Derzeit im IPB Bereich tätig: Sonstige)

186 Antworten



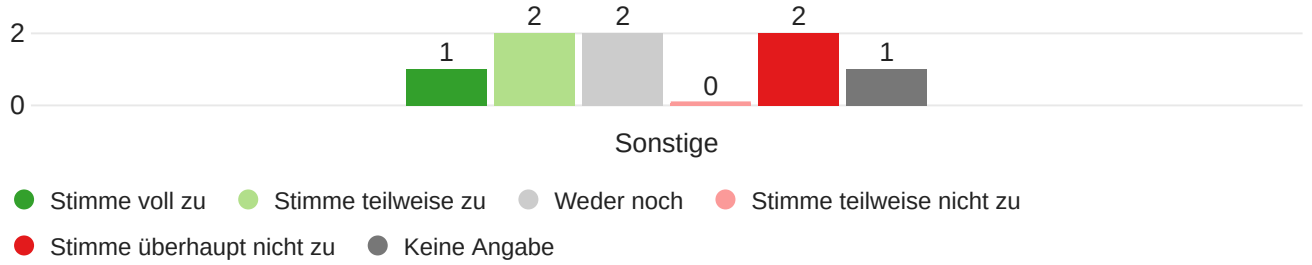
Q23 - Ich fühle mich ausreichend über den Ablauf der IPB informiert. (Derzeit im IPB Bereich tätig: Sonstige)

184 Antworten



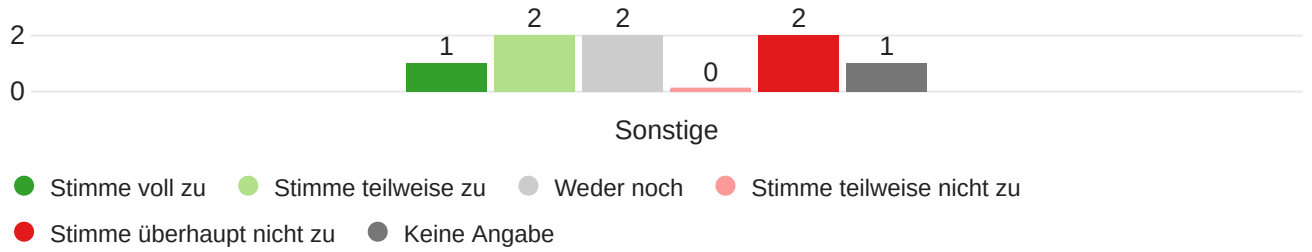
Q24 - Ich fühle mich ausreichend über die Abrechnungsmodalitäten der IPB informiert. (Derzeit im IPB Bereich tätig: Sonstige)

186 Antworten



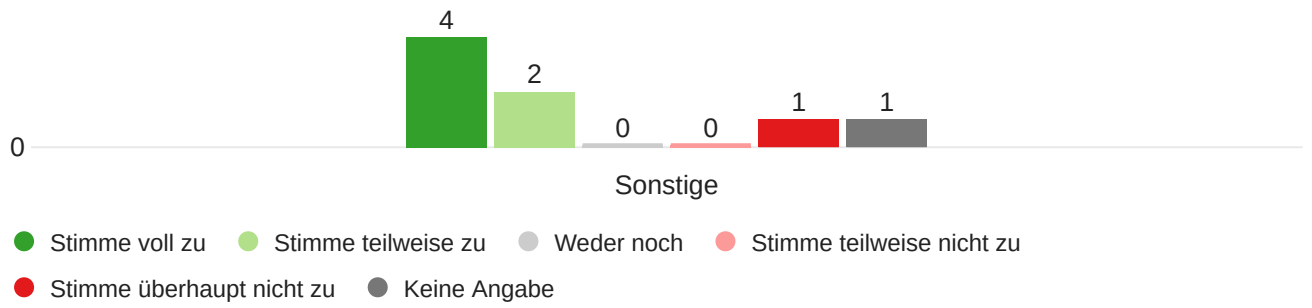
Q24 - Ich fühle mich ausreichend über die Abrechnungsmodalitäten der IPB informiert. (Derzeit im IPB Bereich tätig: Sonstige)

186 Antworten



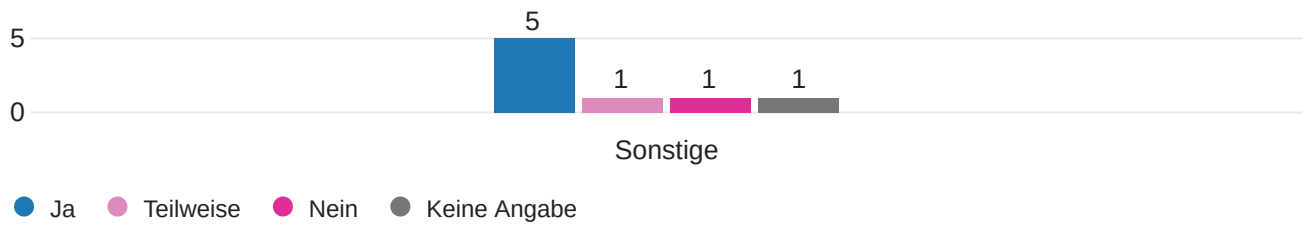
Q25 - Ich kann mich bei Fragen und Unklarheiten an meine KollegInnen im eigenen IPB-Betreuungsteam (HausärztIn, mobile Pflegedienste/SGS, Mobile Palliativteams) wenden. (Derzeit im IPB Bereich tätig: Sonstige)

183 Antworten



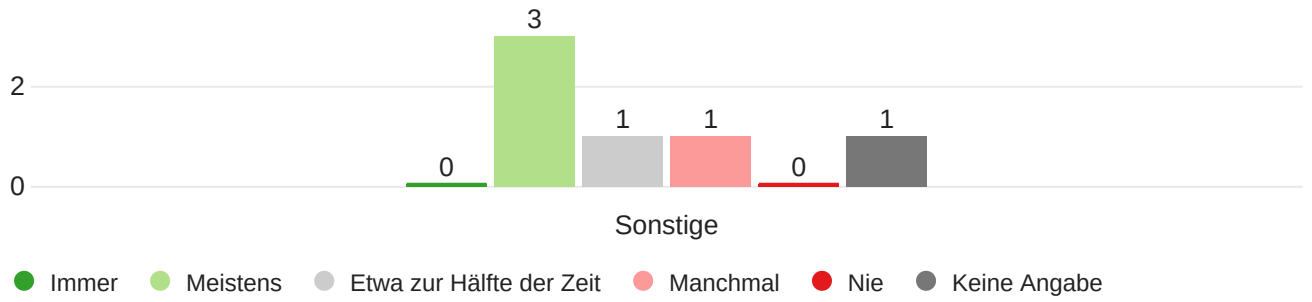
Q26 - Bei Fragen und Unklarheiten in Bezug auf die IPB sind mir AnsprechpartnerInnen bekannt. (Derzeit im IPB Bereich tätig: Sonstige)

184 Antworten



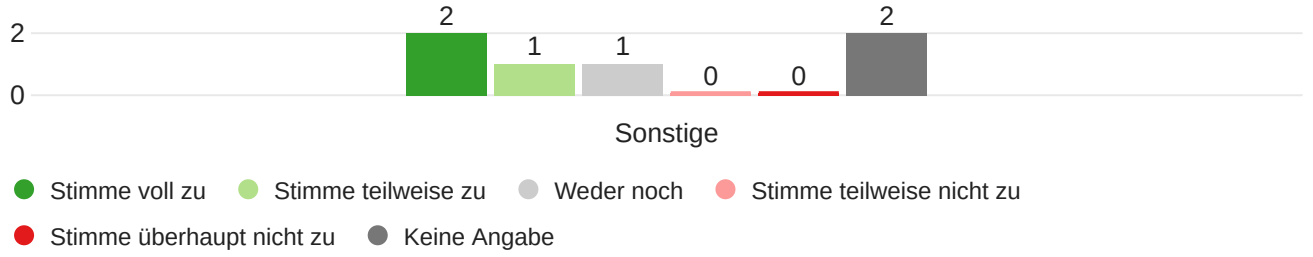
Q27 - Wie oft werden Ihrer Ansicht nach die mobilen Palliativteams im Zuge der IPB miteinbezogen?

142 Antworten



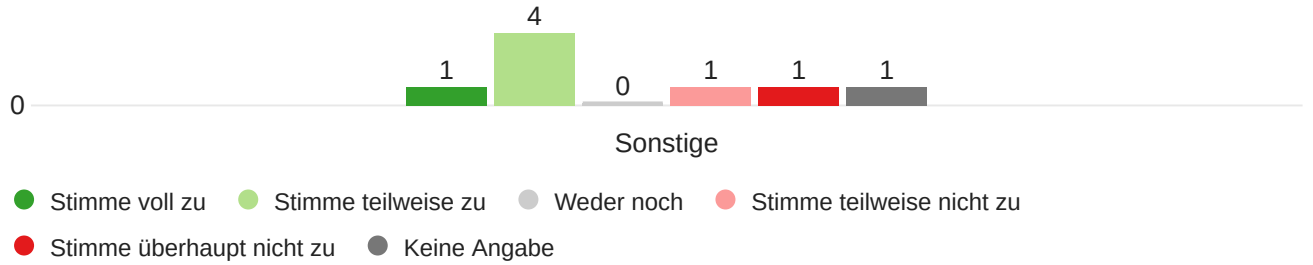
Q29 - Ich fühle mich für die Begleitung und Betreuung von Menschen mit einem komplexen palliativen Behandlungsbedarf ausreichend durch die mobilen Palliativteams unterstützt.
Derzeit im IPB Bereich tätig: Sonstige)

143 Antworten



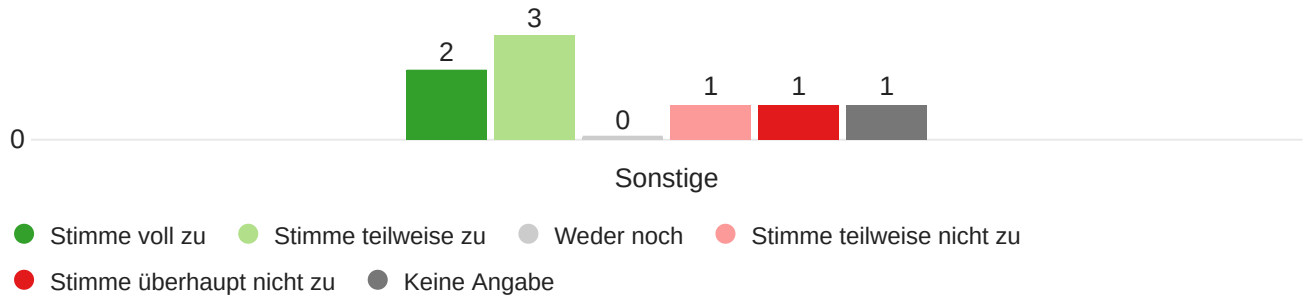
Q32 - Für mich ist das Spektrum der palliativmedizinischen und –pflegerischen Tätigkeiten im Rahmen der IPB klar definiert.

173 Antworten



Q33 - Für mich sind die Zuständigkeiten in der Versorgung im Rahmen der IPB klar definiert.

173 Antworten



Q34 - Welche Elemente der Palliative Care setzen Sie im Rahmen der IPB ein? (Mehrfachnennung möglich)

170 Antworten

Feld	Sonstige
Gemeinsames Erstgespräch (zwischen HausärztInnen, mobilen Pflegediensten/SGS, Pflegeheimen, Mobilen Palliativteams)	4
Gemeinsame Verlaufsgespräche (zwischen HausärztInnen, mobilen Pflegediensten/SGS, Pflegeheimen, Mobilen Palliativteams)	3
Erstellung einer vorausschauenden Betreuungsplanung / Plan für Krisen und Notfälle	2
Versorgungsmanagement (Koordination zwischen ambulanter und stationärer Versorgung)	3
Angehörigengespräche	6
Runde-Tisch-Gespräche (interdisziplinäre Besprechung mit PatientIn und Angehörigen zur Informationsweitergabe mit dem Fokus auf die Bedürfnisse des/der PatientIn)	1
Ethische Fallbesprechungen (interdisziplinäre Besprechung von Handlungsoptionen bei ethischen Konflikten)	1

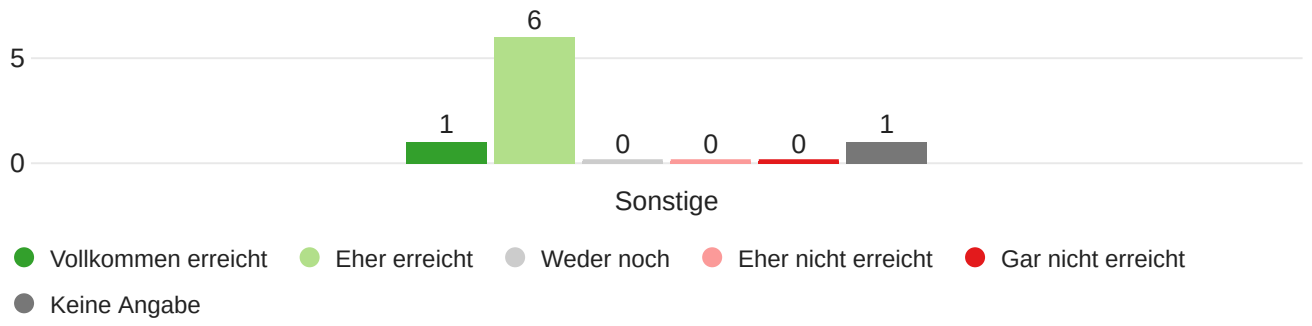
Q35 - Wie bewerten Sie den Nutzen dieser eingesetzten Elemente?

175 Antworten

Feld	Min	Max	Mittelwert	Standardabweichung	Abweichung	Antworten	Sumr
Gemeinsames Erstgespräch	1.0	4.0	1.3	0.5	0.3	108	140
Gemeinsame Verlaufsgespräche	1.0	4.0	1.4	0.6	0.3	111	151
Erstellung einer vorausschauenden Betreuungsplanung / Plan für Krisen und Notfälle	1.0	4.0	1.2	0.5	0.2	117	139
Versorgungsmanagement	1.0	3.0	1.4	0.6	0.3	104	147
Angehörigengespräche	1.0	4.0	1.2	0.5	0.3	153	189
Runde-Tisch-Gespräche	1.0	99.0	2.9	12.0	144.7	65	188
Ethische Fallbesprechungen	1.0	3.0	1.5	0.7	0.4	34	50

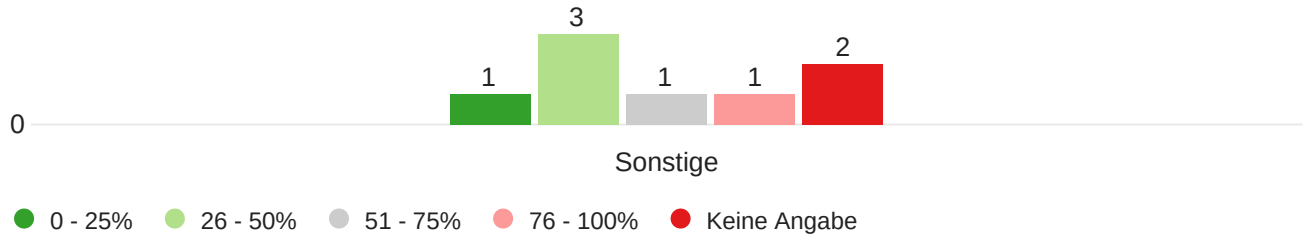
Q36 - Zu den Zielsetzungen der IPB gehören die gute Begleitung und Betreuung von sterbenden PatientInnen mit einem komplexen palliativen Behandlungsbedarf in der gewohnten Umgebung. Inwieweit finden Sie, dass dieses Ziel erreicht wird?

170 Antworten



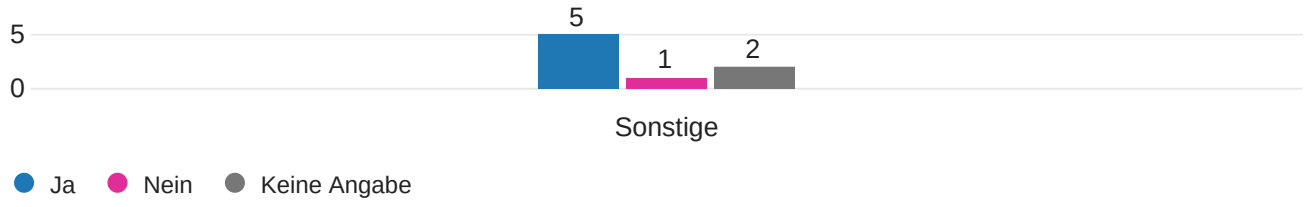
Q38 - Für wieviel Prozent der IPB-PatientInnen schätzen Sie die Betreuungsdauer von 28 Tagen inklusive einmaliger Verlängerung als zu wenig ein?

170 Antworten



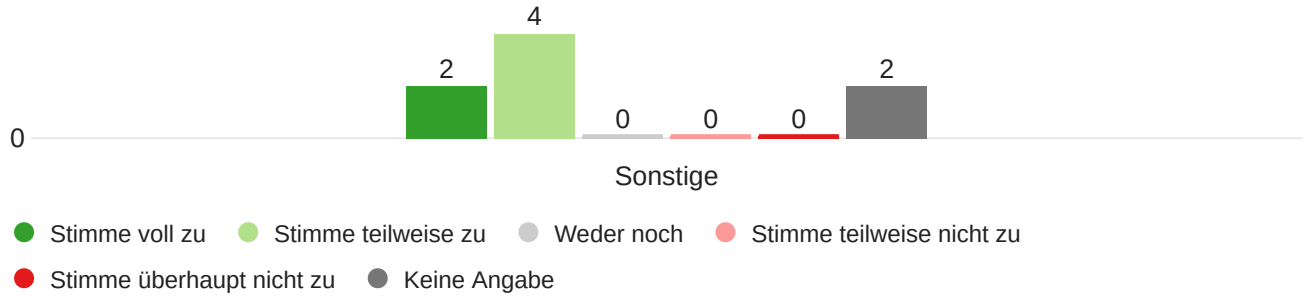
Q40 - Auch nach dem Ableben eines/r PatientIn hatte ich noch Kontakt mit den Angehörigen.

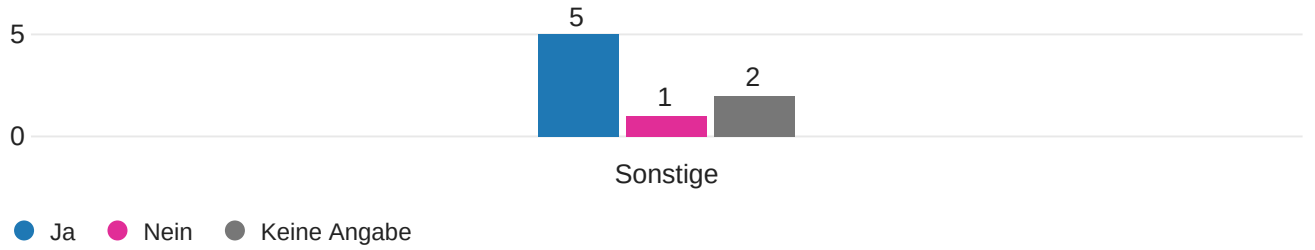
169 Antworten



Q41 - Für mich ist die Versorgung eines/r verstorbenen PatientIn im Rahmen der IPB ausreichend möglich.

169 Antworten



Q40 - Auch nach dem Ableben eines/r PatientIn hatte ich noch Kontakt mit den Angehörigen.

169 Antworten