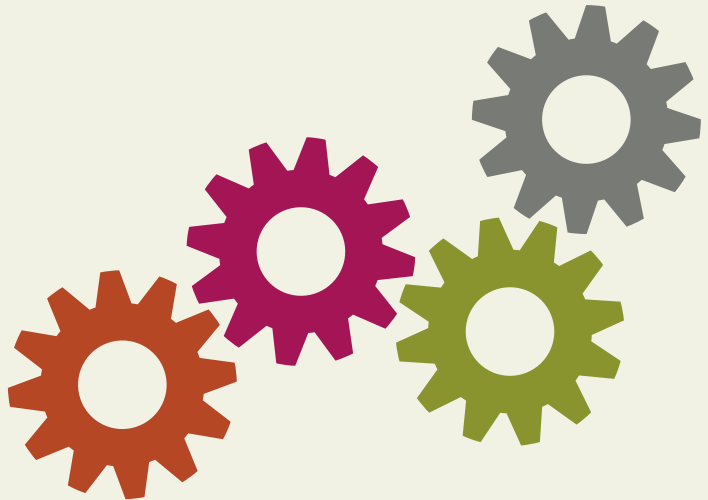


Rollen und Aufgaben der therapeutischen Berufsgruppen **Diaetologie, Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie** in Hospiz und Palliative Care

1. Auflage 2026



Inhalt

1 Gehobene medizinisch-therapeutisch-diagnostische Gesundheitsberufe im Kontext von Lebensqualität am Lebensende	4
1.1 Hospiz und Palliative Care	5
1.2 Zielgruppen der MTD-Berufe im hospizlich-palliativen Kontext	5
1.3 Lebensqualität am Lebensende	5
1.4 Gesetzliche Grundlagen	7
Literatur	7
2 Die Bedeutung des interprofessionellen rehabilitativen Ansatzes in Hospiz und Palliative Care	8
2.1 Rehabilitativer Ansatz: Leben aktiv gestalten	8
2.2 Interprofessionelle Zusammenarbeit: Befähigung als Kultur	9
2.3 Bedeutung für Einrichtungen der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung und das Gesundheitswesen	9
Literatur	9
3 Rollenbeschreibungen der MTD-Berufe in Hospiz und Palliative Care	10
3.1 Diaetologie	11
Was ist Diaetologie in Hospiz und Palliative Care?	11
Warum ist die diaetologische Begleitung von Menschen im palliativen Kontext wichtig?	11
Was sind die Aufgaben der Diaetologie in Hospiz und Palliative Care?	11
Wo arbeiten Diaetolog:innen im Kontext von Hospiz und Palliative Care?	12
Wo finden Sie Diaetolog:innen?	12
Literatur	12

Impressum

Titel: Rollen und Aufgaben der therapeutischen Berufsgruppen – Diaetologie, Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie in Hospiz und Palliative Care,

© 2026 Österreichische Palliativgesellschaft (OPG)

Kontakt: office@palliativ.at

Autor:innen: Brigitte Loder-Fink, Birgit Nienhusmeier, Bernadette Pichler-Holzer, Rainer Simader

Unter Mitarbeit von: Susanne Domkar, Susanne Javorszky und Barbara Kurz

Layout: Luise Keck

Unterstützt durch die Mitglieder der Arbeitsgruppe MTD-Berufe und Heilmasseur:innen der Österreichischen Palliativgesellschaft sowie durch Diaetologie Austria, Ergotherapie Austria, Logopädie Austria und Physio Austria.



3.2 Ergotherapie	13
Was ist Ergotherapie in Hospiz und Palliative Care?	13
Warum ist Ergotherapie in der Begleitung von Menschen im palliativen Kontext wichtig?	13
Was sind die Aufgaben der Ergotherapie in Hospiz und Palliative Care?	13
Wo arbeiten Ergotherapeut:innen im Kontext von Hospiz und Palliative Care?	14
Wo finden Sie Ergotherapeut:innen?	15
Literatur	15
3.3 Logopädie	16
Was ist Logopädie in Hospiz und Palliative Care?	16
Warum ist Logopädie in der Begleitung von Menschen im palliativen Kontext wichtig?	16
Was sind die Aufgaben der Logopädie in Hospiz und Palliative Care?	16
Wo arbeiten Logopäd:innen in Hospiz und Palliative Care?	17
Wo finden Sie Logopäd:innen?	17
Literatur	17
3.4 Physiotherapie	18
Was ist Physiotherapie in Hospiz und Palliative Care?	18
Warum ist Physiotherapie in der Begleitung von Menschen im palliativen Kontext wichtig?	18
Was sind die Aufgaben der Physiotherapie in Hospiz und Palliative Care?	18
Wo arbeiten Physiotherapeut:innen in Hospiz- und Palliative Care?	19
Wo finden Sie Physiotherapeut:innen?	20
Literatur	20
4 Aus- und Fortbildung	22
Literatur	23

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Darstellung biopsychosoziales Modell als Grundlage der ICF, 2025

Abkürzungsverzeichnis

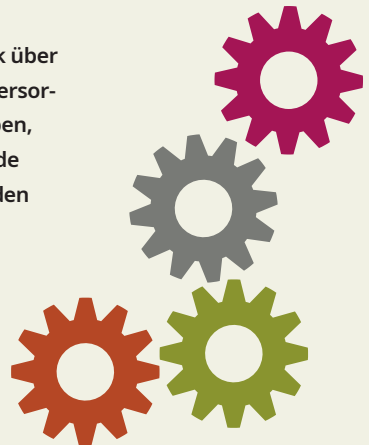
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health)
MTD	Medizinisch-therapeutisch-diagnostische Gesundheitsberufe
MTDG	Bundesgesetz über die gehobenen medizinisch-therapeutisch-diagnostischen Gesundheitsberufe
OPG	Österreichische Palliativgesellschaft
WHO	Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization)

1

Gehobene medizinisch-therapeutisch-diagnostische Gesundheitsberufe im Kontext von Lebensqualität am Lebensende

Die Hospiz- und Palliativversorgung ist interprofessionell geprägt und stützt sich auf das Zusammenspiel verschiedener Berufsgruppen. Die gehobenen medizinisch-therapeutisch-diagnostischen Gesundheitsberufe Diätologie, Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie leisten einen wesentlichen Beitrag.

Die nachfolgenden Kapitel geben einen Überblick über grundlegende Aspekte der Hospiz- und Palliativversorgung. Sie behandeln die Definition und Zielgruppen, die Bedeutung von Lebensqualität am Lebensende sowie die rechtlichen Rahmenbedingungen, die den Einsatz der genannten MTD-Berufe sichern.



1.1 Hospiz und Palliative Care

Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patient:innen und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art [1].

Hospiz und Palliative Care sind Ansätze, die in allen Settings Anwendung finden, in denen Menschen leben und sterben. In der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene und der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene werden diese Settings und Angebote beschrieben. Es sind dies sowohl spezialisierte Angebote wie z. B. Palliativstationen, Mobile Palliativteams etc. als auch Einrichtungen und Settings der Grundversorgung wie z. B. zu Hause oder Langzeitpflegeeinrichtungen [2].

1.2 Zielgruppen der MTD-Berufe im hospizlich-palliativen Kontext

Diätolog:innen, Ergotherapeut:innen, Logopäd:innen und Physiotherapeut:innen zählen zu den gehobenen medizinisch-therapeutisch-diagnostischen Gesundheitsberufen¹. Die Angebote dieser Berufsgruppen richten sich überwiegend an Patient:innen. Weitere Zielgruppen sind

- An- und Zugehörige sowie
- Mitglieder des multiprofessionellen Teams

Eine genaue Beschreibung der Tätigkeitsbereiche erfolgt in der Darstellung der individuellen Berufsgruppen.

1.3 Lebensqualität am Lebensende

Wie in der Definition der WHO beschrieben, ist die adäquate Symptomlinderung ein wesentlicher Beitrag zu einer guten Lebensqualität am Lebensende [3].

Einschränkungen von **Körperfunktionen und -strukturen** verursachen Symptome, z. B. Schmerzen, Dyspnoe (Atemnot) oder andere Beschwerden, deren Linderung ein wichtiger Ansatz von Palliative Care ist. Es ist allerdings essenziell notwendig, dass auch die Ebenen der **Aktivität** und **Partizipation (Teilhabe)** der Patient:innen bedacht werden. Erst die Berücksichtigung aller drei Bereiche ermöglicht eine Verbesserung der Lebensqualität, wie in der von der WHO entwickelten *Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)* beschrieben wird.

¹ Weitere Berufsgruppen der gehobenen medizinisch-therapeutisch-diagnostischen Gesundheitsberufe sind Biomedizinische Analytiker:innen, Orthoptist:innen und Radiologietechnolog:innen. Die Auswahl der in diesem Dokument beschriebenen Berufsgruppen ist darin begründet, dass diese zum Zeitpunkt der Erstellung in der Arbeitsgruppe der MTD-Berufe der Österreichischen Palliativgesellschaft vertreten waren und in der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung integriert sind.

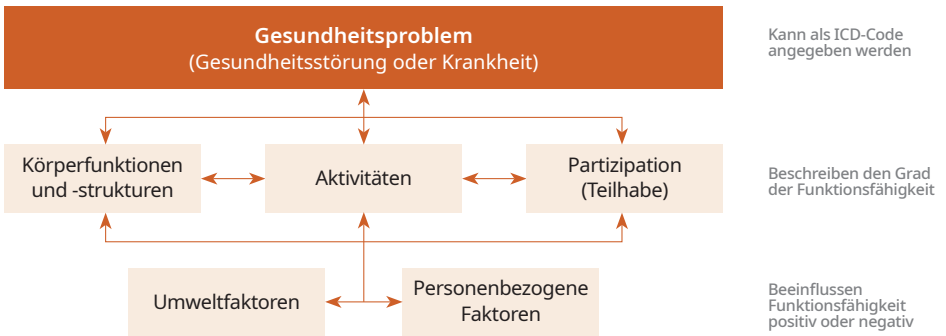


Abb. 1: Darstellung des biopsychosozialen Modells als Grundlage der ICF, 2025

- **Aktivität:** Patient:innen machen Lebensqualität daran fest, was sie tun können, wie aktiv sie ihre verbleibende Lebenszeit gestalten können oder etwa, inwieweit sie für sich bedeutungsvollen Betätigungen nachgehen können. Beispiele für Aktivitäten oder Betätigungen sind Fortbewegung, Essen und Trinken, Körperpflege, Kommunikation, Hobbys etc.
- **Soziale Teilhabe (Partizipation):** Ein bedeutsamer Aspekt der Lebensqualität am Lebensende ist die Möglichkeit, soziale Rollen aufrechterhalten zu können bzw. sich als Teil eines sozialen Systems zu erleben [4].
- **Funktionsfähigkeit** bedeutet, wie gut ein Mensch seinen Alltag bewältigen kann. Sie umfasst die körperlichen Funktionen und Strukturen, die alltäglichen Aktivitäten (z. B. Fortbewegung, Körperpflege, Kommunikation) und die Teilhabe am sozialen Leben (z. B. Familie, Beruf, Hobbys). Dabei wird Funktionsfähigkeit nicht nur durch die Erkrankung selbst beeinflusst, sondern auch durch personenbezogene Faktoren (z. B. Alter, Motivation, Lebensstil) und Umweltfaktoren (z. B. Unterstützung durch Angehörige, Hilfsmittel, Nutzung von Dienstleistungen im Gesundheitswesen).

Eine alleinige Verbesserung von Symptomen oder von Körperfunktionen und -strukturen ist nicht gleichzusetzen mit einer Verbesserung der Lebensqualität. Erkrankte Personen und deren An- und Zugehörige brauchen oftmals therapeutische Begleitung, um in den Bereichen der Aktivität und sozialen Teilhabe Fortschritte zu erzielen und persönliche Ziele zu erreichen [3, 5].

Für die Erreichung von Zielen auf der Aktivitäts- und Partizipationsebene sind, auch in Hospiz und Palliative Care, ressourcenorientierte und befähigende, also **rehabilitative Ansätze** bedeutsam. Diätolog:innen, Ergotherapeut:innen, Logopäd:innen und Physiotherapeut:innen sind hierbei im interprofessionellen Team die Expert:innen. Es ist essenziell wichtig, sie in diesen Teams zu integrieren, wie auch von der WHO empfohlen [3], und früh im Krankheitsverlauf beizuziehen [1].

Auf das Thema rehabilitative Palliative Care wird im Kapitel 2 näher eingegangen.

1.4 Gesetzliche Grundlagen

Die gesetzlichen Grundlagen für das Tätigwerden der MTD-Berufe sind entscheidend für die Sicherung einer qualitativ hochwertigen Begleitung. Das **MTD-Gesetz (BGBl. I Nr. 100/2024)** beschreibt, dass palliative Aufgaben zum Tätigkeitsbereich dieser Berufe gehören [6]. Das **Hospiz- und Palliativfonds-Gesetz (BGBl. I Nr. 29/2022)** regelt die Einrichtung eines Fonds zur Förderung von Hospiz- und Palliativangeboten. Dazu zählen ebenso die Förderung von mobilen, teilstationären oder stationären Hospiz- und Palliativangeboten sowie von Mobil-Palliativteams [7]. Die im Rahmen des Gesetzesbeschlusses entwickelten **Qualitätskriterien** für Hospiz und Palliative Care durch die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) bekräftigen die Bedeutung der MTD-Berufe im Rahmen einer multiprofessionellen Versorgung und definieren, dass MTD-Berufsgruppen für die Begleitung palliativ erkrankter Personen verfügbar oder integriert sein müssen [2].

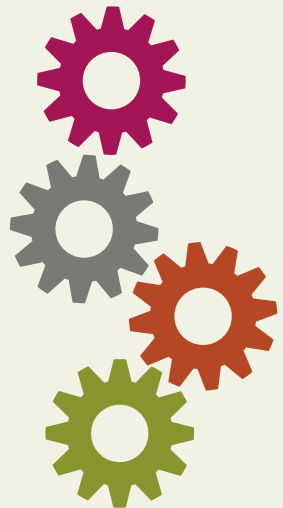
Zusammen bilden die **interprofessionelle Begleitung**, die auch MTD-Berufe berücksichtigt, die **gesetzlichen Grundlagen** und die **hochqualitative Aus- und Weiterbildung** das Fundament für die Begleitung schwer kranker Menschen und damit für deren Lebensqualität, Selbstständigkeit und Selbstbestimmung. Dieser Ansatz respektiert ebenso das Umfeld, die An- und Zugehörigen und das Behandlungsteam.

Literatur

- [1] Hospiz Österreich. (2025). *Die Idee von Hospiz und Palliative Care*. Hospiz Österreich. <https://www.hospiz.at/hospiz-palliative-care/die-idee-von-hospiz-und-palliative-care/> (abgerufen am 15. September 2025)
- [2] Pochobradsky, E., Neruda, T., Paretta, P., & Stoppacher, A. (2025). *Spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene sowie Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene*. Gesundheit Österreich. https://goeg.at/umsetzung_hospalfg (abgerufen am 15. September 2025)
- [3] World Health Organization. (2023). *Policy brief on integrating rehabilitation into palliative care services*. WHO Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/366505/WHO-EURO-2023-5825-45590-68173-eng.pdf> (abgerufen am 15. September 2025)
- [4] Loder-Fink, B. (2022). Die ICF als Grundlage für die klientenzentrierte Arbeit in der Palliative Care. In P. Nieland & R. Simader (Hrsg.), *Physiotherapie in der Palliative Care. Rehabilitation am Lebensende* (S. 89–99). Elsevier.
- [5] Österreichische Palliativgesellschaft [OPG]. (2024). *Policy Brief zur Integration der Rehabilitation in Hospiz- und Palliativangebote*. <https://www.palliativ.at/services/leitlinien> (abgerufen am 15. September 2025)
- [6] Rechtsinformationssystem des Bundes [RIS]. (2025a). *Bundesgesetz über die gehobenen medizinisch-therapeutisch-diagnostischen Gesundheitsberufe (MTD-Gesetz 2024 – MTDG)*, BGBl. I Nr. 100/2024.
- [7] Rechtsinformationssystem des Bundes [RIS]. (2025b). *Hospiz- und Palliativfonds-Gesetz (HosPallFonds-gesetz 2022)*, BGBl. I Nr. 29/2022

Die Bedeutung des interprofessionellen rehabilitativen Ansatzes in Hospiz und Palliative Care

Palliative Care verfolgt das Ziel, Menschen mit unheilbaren Erkrankungen bestmöglich zu unterstützen und ihre Lebensqualität zu sichern. Traditionell liegt der Fokus stark auf der zweifelsfrei wichtigen Symptomlinderung in der letzten Lebensphase. Tiberini und Richardson [1] erweitern dieses Verständnis, indem sie das Konzept der Rehabilitativen Palliative Care beschreiben, das Rehabilitation, Befähigung und Selbstmanagement in die Hospiz- und Palliativversorgung integriert.



2.1 Rehabilitativer Ansatz: Leben aktiv gestalten

Im Zentrum steht die Frage: *Wie können Menschen trotz fortschreitender Erkrankung ein aktives und selbstbestimmtes Leben führen?* Rehabilitative Palliative Care ermöglicht Patient:innen und ihren An- und Zugehörigen, ihre persönlichen Ziele zu verfolgen, Alltagsfunktionen so weit wie möglich aufrechtzuerhalten und damit Normalität, Würde und Selbstkontrolle zu bewahren. Dieser Ansatz versteht Rehabilitation nicht als kurativen Prozess, sondern als Unterstützung im „Leben mit dem Sterben“.

Dieser Ansatz integriert all jene Maßnahmen, die sowohl Patient:innen als auch deren An- und Zugehörige befähigen. Beispiele dafür sind Bewegungsförderung, Hilfsmittelanpassung, selbst durchführbare nicht-pharmakologische Interventionen, die Befähigung zu Aktivitäten des täglichen Lebens, die Zubereitung von adäquaten Speisen, die Förderung von Kommunikation oder beispielsweise die Ermöglichung von bedeutsamen und sinnstiftenden Betätigungen [1].

2.2 Paradigmenwechsel zur Befähigung

Rehabilitative Palliative Care ist interdisziplinär angelegt und betrifft nicht allein die üblicherweise mit Rehabilitation assoziierten Berufsgruppen, die allerdings eine bedeutende Rolle spielen. Deswegen sind neben Diätolog:innen, Ergotherapeut:innen, Logopäd:innen und Physiotherapeut:innen auch Ärzt:innen und Pflegepersonen sowie Angehörige psychosozialer und seelsorgerischer Berufsgruppen und ehrenamtliche Hospizbegleiter:innen in der Umsetzung dieses Ansatzes relevant. Sie arbeiten eng zusammen und orientieren sich an den Prioritäten der Patient:innen. Entscheidend dabei sind neben Zielen, die die Symptomlinderung adressieren, jene, die sich auf die Aktivität einer Person fokussieren. Dies ist Grundlage für einen befähigenden Ansatz. Der rehabilitative Ansatz bedeutet einen Paradigmenwechsel vom Fokus auf Versorgung hin zur Befähigung und Selbstbestimmung von betroffenen Personen. Er unterstützt Menschen darin, „vollständig zu leben, bis sie sterben“, und macht deutlich, dass Palliative Care nicht Sterbebegleitung, sondern Lebensgestaltung ist, und kann mitunter zur Attraktivierung des Feldes beitragen [1].

2.3 Bedeutung für Einrichtungen der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung und das Gesundheitswesen

Tiberini und Richardson [1] betonen, dass sich Hospiz- und Palliativeinrichtungen an demografische und gesellschaftliche Veränderungen anpassen müssen. Die Zunahme an palliativ erkrankten Patient:innen und der Engpass bei anderen Gesundheitsberufen erfordern die **Zeit der Selbstständigkeit, Selbstwirksamkeit und Selbstbefähigung, auch im Kontext des Lebensendes, so lange wie möglich zu verbessern bzw. zu erhalten** [2, 3]. Ein rein symptomorientiertes Modell greift hier zu kurz. Rehabilitative Palliative Care eröffnet Chancen, Abhängigkeit und Pflegebedarfe zu reduzieren und damit auch ökonomisch nachhaltig zu wirken.

Literatur

- [1] Tiberini, R., & Richardson, H. (2015). *Rehabilitative palliative care: Enabling people to live fully until they die*. Hospice UK.
- [2] Österreichische Palliativgesellschaft. (2024). *Policy Brief zur Integration der Rehabilitation in Hospiz- und Palliativangebote*. <https://www.palliativ.at/services/leitlinien> (abgerufen am 15. September 2025)
- [3] World Health Organization. (2023). *Policy brief on integrating rehabilitation into palliative care services*. WHO Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/366505/WHO-EURO-2023-5825-45590-68173-eng.pdf> (abgerufen am 15. September 2025)

3 Rollenbeschreibungen der MTD-Berufe in Hospiz und Palliative Care

Das nachfolgende Kapitel gibt einen Überblick über die Aufgaben von Diätolog:innen, Ergotherapeut:innen, Logopäd:innen und Physiotherapeut:innen im hospizlich-palliativen Kontext.

Dabei werden folgende Fragen beantwortet:

- Was umfasst die jeweilige Tätigkeit in Hospiz und Palliative Care?
- Warum ist sie für die Begleitung von Menschen in dieser Situation bedeutsam?
- Welche Aufgaben werden dabei übernommen?
- In welchen Handlungsfeldern und Settings erfolgt die Tätigkeit?
- Wie können Therapeut:innen aus den jeweiligen Berufsgruppen gefunden werden?



3.1 Diaetologie

Was ist Diaetologie in Hospiz und Palliative Care?

Diaetologie umfasst die ernährungsmedizinische Behandlung und Beratung mit dem Ziel, Ernährung so einzusetzen, dass Gesundheit gefördert, Symptome gelindert und Lebensqualität verbessert werden. Diaetolog:innen sind Fachpersonen für Prävention und Behandlung von Erkrankungen, die durch Ernährung beeinflusst werden [1]. Im Mittelpunkt stehen immer die individuellen Bedürfnisse, Gewohnheiten und Lebensumstände der Patient:innen [2].

Warum ist die diaetologische Begleitung von Menschen im palliativen Kontext wichtig?

In der Hospiz- und Palliativversorgung trägt Ernährungstherapie entscheidend zur Lebensqualität bei. Sie kann belastende Symptome (z. B. gastrointestinale Beschwerden, Kau- und Schluckstörungen, Nebenwirkungen von Therapien) lindern und psychosoziale Belastungen verringern [3, 4, 5]. Ernährung bedeutet in dieser Lebensphase nicht nur Nährstoffzufuhr, sondern auch Genuss, Normalität und soziale Teilhabe. Diaetologische Unterstützung hilft dabei, die Betreuung individuell anzupassen, von der Stärkung und Stabilisierung in früheren Krankheitsphasen bis hin zur Symptomkontrolle und psychosozialer Begleitung im späteren Verlauf. Damit leistet Diaetologie einen wichtigen Beitrag zum Wohlbefinden von Patient:innen und ihren An- und Zugehörigen [6].

Was sind die Aufgaben der Diaetologie in Hospiz und Palliative Care?

Diaetolog:innen sind sowohl in der individuellen Beratung und Schulung von Patient:innen und ihren An- und Zugehörigen als auch im Verpflegungsmanagement tätig [7, 8].

Dabei erfüllen sie folgende Aufgaben:

- Anamnese über Essgewohnheiten und Erstellen individueller Empfehlungen [9]
- Lindern von Beschwerden und Ängsten rund um das Essen [9]
- Neben körperlichen werden auch soziale, kulturelle und emotionale Aspekte des Essens mit einbezogen [9]
- Erhalt von Lebensqualität, Selbstbestimmung und Freude am Essen [9]
- Erstellen von Kostformen, Speiseplänen und Rezepturen
- Ansprechpartner:innen für den Lebensmitteleinkauf
- Auswahl und Berechnung von Produkten zur künstlichen Ernährung
- Mitarbeit an Qualitätsstandards zur Ernährung

DIAETOLOGIE WIRKT.

Professionell durchgeführte Ernährungstherapie stärkt körperlich, entlastet emotional und unterstützt psychisch. So trägt sie wesentlich zur Lebensqualität bei.

Wo arbeiten Diätolog:innen im Kontext von Hospiz und Palliative Care?

Diätolog:innen für die Begleitung von palliativ erkrankten Personen sowie deren An- und Zugehörigen sind sowohl angestellt als auch freiberuflich tätig. In folgenden Settings ist der diätologische Beitrag in der Begleitung von palliativ erkrankten Personen empfehlenswert:

- Einrichtungen der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung für Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene und für Erwachsene
- Krankenhäuser inklusive spezialisierten Ambulanzen
- Rehabilitationszentren
- Einrichtungen der Langzeitpflege
- Betreuungseinrichtungen
- Praxen
- Hausbesuchssetting
- Hilfsdienste

Wo finden Sie Diätolog:innen?

Diätolog:innen finden Sie über *Diaetologie Austria – Verband der Diätolog:innen Österreichs* unter <https://diaetologie.at/fuer-patientinnen/diaetologin-finden/>

Literatur

- [1] Rechtsinformationssystem des Bundes [RIS]. (2025a). *Bundesgesetz über die gehobenen medizinisch-therapeutisch-diagnostischen Gesundheitsberufe (MTD-Gesetz 2024 – MTDG)*, BGBl. I Nr. 100/2024.
- [2] Gäbler, G. & Hofbauer, A. (Hrsg.). (2020). *Der diätologische Prozess. Qualitätsstandard für die diätologische Praxis* (1. Auflage). Wien: Verband der Diätologen Österreichs.
- [3] Aeberhard, C. & Stanga, Z. (2014). Ernährung in der Palliativmedizin. *Schweizer Zeitschrift für Ernährungsmedizin*, (1), 10–15.
- [4] Albert, S., Sauter, C., Rettig, S., Niederle, R., Seekatz, B. & van Oorschot, B. (2014). Ernährungstherapie auf einer Palliativstation: Besonders primär mangelernährte Patienten und Patienten mit deutlich reduzierter oraler Nahrungsaufnahme profitieren. *Zeitschrift für Palliativmedizin*, 15(02), 62–69. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1360031>
- [5] Beirer, A. (2021). Malnutrition and cancer, diagnosis and treatment. *Magazine of European Medical Oncology*, 14(2), 168–173. <https://doi.org/10.1007/s12254-020-00672-3>
- [6] Domkar, S. (2022). Ernährungstherapie in der Palliative Care. In Nieland, P. & Simader, R. (Hrsg.), *Physiotherapie in der Palliative Care. Rehabilitation am Lebensende* (2. Auflage, S. 35–37). Elsevier BV.
- [7] Eglseer, D., Bauer, S. & Schuettengruber, G. (2024). Malnutrition management and the application of medical nutrition therapy in hospitalized patients at the end of life. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 28(7), 100255. <https://doi.org/10.1016/j.jnha.2024.100255>
- [8] Pinto, I. F., Pereira, J. L., Campos, C. J. & Thompson, J. L. The dietitian's role in palliative care: a qualitative study exploring the scope and emerging competencies for dietitians in palliative care. *Journal of Palliative Care & Medicine*, 253(6).
- [9] Wright, A. (2016, Juni). The Dietitian in Palliative Care: no soft option. *Network Health Digest*, (115), 28–31. Verfügbar unter: www.NHDMag.com

3.2 Ergotherapie

Was ist Ergotherapie in Hospiz und Palliative Care?

Ergotherapie ermöglicht Menschen mit schweren und lebensverkürzenden Erkrankungen, weiterhin bedeutungsvolle Betätigungen in unterschiedlichen Lebensbereichen durchzuführen. Ihr persönlicher Lebenskontext wird dabei immer berücksichtigt [1, 4].

Beispiele für solche Betätigungen sind Körperpflege, Haushaltstätigkeiten, Einkaufen, Essenszubereitung, Kinderbetreuung sowie Freizeitaktivitäten. In Hospiz und Palliative Care zielt die Ergotherapie darauf ab, Handlungsfähigkeit, Teilhabe und Eingebundensein der Betroffenen bis zuletzt zu ermöglichen [1, 4, 6, 7].

Warum ist Ergotherapie in der Begleitung von Menschen im palliativen Kontext wichtig?

Schwere Erkrankungen verändern neben den Körperfunktionen und -strukturen auch den Alltag sowie das Zusammenleben der Patient:innen und ihrer An- und Zugehörigen grundlegend. Bedeutsame Betätigungen sind in Hospiz und Palliative Care ein zentraler Anker: Sie stiften Sinn, fördern die Aufrechterhaltung von Selbstbestimmung und prägen maßgeblich die Lebensqualität [2, 5].

Im Mittelpunkt steht daher die Erhebung der individuell relevanten Handlungsrollen (z. B. als Elternteil oder Partner:in), der bisherigen Handlungsbiografie mit Hobbys und Routinen sowie der daraus abgeleiteten Handlungsbedürfnisse – etwa selbstständig essen zu können oder soziale Kontakte zu pflegen. Diese bilden die Basis für die ergotherapeutische Therapiezielfindung. Um den daraus resultierenden Auswirkungen auf den Alltag zu begegnen, stehen Ergotherapeut:innen verschiedene Interventionen zur Verfügung [2, 5, 6, 7].

Was sind die Aufgaben der Ergotherapie in Hospiz und Palliative Care?

Ergotherapeut:innen orientieren sich an den Ressourcen der Menschen mit palliativer Erkrankung und deren Umfeld und arbeiten patientenzentriert und ganzheitlich. Sie beziehen Patient:innen und Angehörige aktiv in alle Phasen des Therapieprozesses ein [2, 5].

Ihre Aufgaben sind [2, 5, 6, 11]:

- Training alltagsrelevanter Tätigkeiten (z. B. Körperpflege, Ankleiden, Toilettenbenutzung, Haushaltsführung, Freizeit, Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel)

ERGOTHERAPIE WIRKT.

Ergotherapie befähigt Menschen in palliativen Lebensphasen, ihren Alltag selbstbestimmt und sinnerfüllt zu gestalten, dadurch wird Teilhabe sowie das aktive Eingebundensein in alle Lebensentscheidungen unterstützt. Die Möglichkeit eigene Wünsche umzusetzen, Beziehungen zu pflegen, eigene Rollen auszuüben und sich selbstwirksam und handelnd zu erleben, stärkt Identität, Autonomie und Hoffnung.

- Erarbeitung und Training von Strategien zur Bewältigung des Alltags trotz belastender Symptome wie Fatigue, Schmerzen oder Dyspnoe – z. B. durch Energiemanagement, geplante Pausen, den Einsatz von Hilfsmitteln wie Duschhocker, Greifzange oder Anziehhilfen sowie durch Kompensationstechniken wie Einhandmethoden beim Anziehen
- Versorgung mit Hilfsmitteln, Wohnraumberatung und Wohnraumadaptationen, einschließlich Anpassungen der Umgebung (z. B. Ermöglichung einer ergonomischen Körperhaltung, die die Durchführung bedeutsamer Alltagsaktivitäten unterstützt – im Stehen und Sitzen durch einen höhenverstellbaren Arbeits- oder Esstisch sowie im Liegen durch ein lageverstellbares Bett oder geeignete Lagerungshilfen)
- Durchführung individuell bedeutsamer, nicht energieintensiver handwerklich gestalterischer Tätigkeiten wie Stricken, Häkeln, Nähen, Malen oder einfache Ton- oder Holzarbeiten. Diese Tätigkeiten unterstützen die Betroffenen darin, ihre Identität, Selbstbestimmung und Lebensqualität auch in fortgeschrittenen Krankheitsphasen aufrechtzuerhalten und tragen dazu bei, Sorgen und Ängste zu lindern [8, 9].
- Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung von Teilhabe in bedeutsamen Lebensbereichen, wie z. B. im Familien- und Sozialleben (z. B. Teilnahme an Familienfeiern, gemeinsames Kochen oder Treffen mit Freund:innen); bei Kindern insbesondere auch Teilhabe am Spiel [10]

Aufgaben im Bereich Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene:

- Unterstützung der motorischen, kognitiven, sozialen und emotionalen Entwicklung im Hinblick auf Handlungsfähigkeit und Teilhabe (z. B. Training der Graphomotorik zur besseren Stiftführung beim Schreiben oder Malen, kognitive Förderung von Planung und Aufmerksamkeit durch Regelspiele wie Brett- oder Kartenspiele sowie soziale Förderung durch die Teilnahme an gemeinschaftlichen Schul- oder Gruppenaktivitäten)
- Angehörigenberatung und -training zur Unterstützung im Alltag und in der Betreuung der Betroffenen

Wo arbeiten Ergotherapeut:innen im Kontext von Hospiz und Palliative Care?

Ergotherapeut:innen für die Begleitung von palliativ erkrankten Personen sowie deren An- und Zugehörigen sind sowohl angestellt als auch freiberuflich tätig. In folgenden Settings ist der ergotherapeutische Beitrag in der Begleitung von palliativ erkrankten Personen empfehlenswert:

- Einrichtungen der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung für Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene und für Erwachsene
- Krankenhäuser inklusive spezialisierten Ambulanzen
- Rehabilitationszentren
- Einrichtungen der Langzeitpflege
- Betreuungseinrichtungen
- Praxen
- Hausbesuchssetting
- Hilfsdienste

Wo finden Sie Ergotherapeut:innen?

Ergotherapeut:innen finden Sie über *Ergotherapie Austria* – Bundesverband der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten Österreichs unter: <https://www.ergotherapie.at/therapeutinnen-suche>

Literatur

- [1] American Occupational Therapy Association. (2020). Occupational therapy practice framework: Domain and process (4th ed.). *American Journal of Occupational Therapy*, 74(Suppl. 2), 7412410010. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.74S2001>
- [2] American Occupational Therapy Association. (2023). End-of-life care and the role of occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 77(Suppl. 3). <https://doi.org/10.5014/ajot.2023.77S3002>
- [3] Canadian Association of Occupational Therapists. (2017). *CAOT position statement: Occupational therapy and end-of-life care*. https://caot.ca/document/6130/PS_EndOfLife.pdf
- [4] Canadian Association of Occupational Therapists. (n.d.). *Occupational therapy and end-of-life care* [Fact sheet]. <https://caot.ca/document/4056/EndOfLife-FactSheet.pdf>
- [5] Canadian Association of Occupational Therapists. (2024). *OT practice document: Palliative care*. <https://caot.ca/document/8276/Palliative%20Care%20EN.pdf>
- [6] Loder-Fink, B., Nienhusmeier, B., & Kriegseisen-Peruzzi, M. (2022). Ergotherapie in der Palliative Care. In R. Likar, M. Werni-Kourik, G. Pinter, I. Strohscheer, G. Bernatzky, H. Watzke, & F. Zdrahal (Hrsg.), *Palliativmedizin – Lehrbuch für Ärzte, psychosoziale Berufe und Pflegepersonen* (3. Aufl., S. 229–234). Uni-Med Verlag.
- [7] World Federation of Occupational Therapists. (2016). *Position statement: Occupational therapy in end-of-life care*. <https://share.google/hFf9sEQfCgwmuAxrs-Occupational-Therapy-in-End-of-Life-Care.pdf>
- [8] Tavemark, S., Hermansson, L. N., & Blomberg, K. (2019). Enabling activity in palliative care: Focus groups among occupational therapists. *BMC Palliative Care*, 18(1), Article 17. <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0394-9>
- [9] Bundeskanzleramt der Republik Österreich. (2024). *MTD-Gesetz 2024 – § 10 Berufsbild und Kompetenzbereich: Ergotherapeutin/Ergotherapeut (BGBl. I Nr. 100/2024)*. RIS – Rechtsinformationssystem des Bundes. <https://ris.bka.gv.at/eli/bgbl/i/2024/100/P10/NOR40264015>
- [10] Mohammadi, A., Mehraban, A. H., Damavandi, S. A., Zarei, M. A., & Haghani, H. (2021). The effect of play-based occupational therapy on symptoms and participation in daily life activities in children with cancer: A randomized controlled trial. *British Journal of Occupational Therapy*, 84(7), 400–409. <https://doi.org/10.1177/0308022620987125>
- [11] Dachverband Hospiz Österreich, Ergotherapie Austria, Logopädie Austria, Physio Austria, & Verband der Diätolog*innen Österreichs. (2022). *Kurzbeschreibung der vier Berufsgruppen und Beispiele für deren Haupttätigkeiten in der Hospiz- und Palliativversorgung* [Unveröffentlichtes Manuskript].

3.3 Logopädie

Was ist Logopädie in Hospiz und Palliative Care?

Logopädie befasst sich mit der Prävention, Diagnostik und Therapie von Störungen der Kommunikation, des Sprechens, der Sprache, des Schluckens und der Stimme. Kommunikation ist ein zentraler Bestandteil menschlicher Identität, sozialer Teilhabe und Lebensqualität – gerade am Lebensende.

Logopäd:innen helfen Menschen, ihre Kommunikationsfähigkeit und orale Nahrungsaufnahme so lange wie möglich zu erhalten – angepasst an individuelle Bedürfnisse, Werte und Ziele. Dabei stehen Lebensqualität, Autonomie und Würde der Patient:innen im Mittelpunkt [1, 2].

Warum ist Logopädie in der Begleitung von Menschen im palliativen Kontext wichtig?

Am Lebensende treten häufig Schluckstörungen (Dysphagie), Sprach- und Sprechstörungen oder Kommunikationsschwierigkeiten auf – verursacht durch neurologische Erkrankungen, Tumoren oder altersbedingte Degeneration. Diese können Angst, Isolation, Schmerzen und Ernährungskomplikationen verursachen [3, 4].

LOGOPÄDIE WIRKT.

Logopädie fördert Kommunikation, Teilhabe, Selbstbestimmung und Sicherheit bei oraler Ernährung – auch am Lebensende.

Logopäd:innen unterstützen Menschen mit fortschreitenden Erkrankungen dabei, die bestmögliche Selbstständigkeit und Lebensfreude in Alltagssituationen zu bewahren, in Verbindung mit anderen zu bleiben, Gedanken, Sorgen und Wünsche mitteilen zu können und Beschwerden wie Erstickenangst oder Mangelernährung zu lindern. Kommunikation und die Fähigkeit zur Aufnahme von Nahrung durch Schlucken sind Ausdruck von Selbstbestimmung und sozialem Miteinander – auch im Sterben [5, 6, 7].

Was sind die Aufgaben der Logopädie in Hospiz und Palliative Care?

Logopäd:innen sind Ansprechpartner:innen wenn es um Kommunikation geht, wie z.B. Stimmgebung [8]. Auch Hörtests und Schwindeldiagnostik fallen in das Arbeitsgebiet der Logopädie. Logopäd:innen können auch nach erfolgter Ver-

sorgung mit Hörgeräten dabei unterstützen, diese im Alltag einzusetzen [2]. Die Beurteilung und mögliche Behandlung von Schluckstörungen gehören ebenfalls zu den Aufgaben der Logopädie [4, 9].

Weitere Aufgaben sind:

- Kommunikationsfähigkeit (z. B. durch Sprachtherapie, Unterstützte Kommunikation) fördern oder wiederherstellen
- individuell angepasste, risikoakzeptierende Ernährungskonzepte bei Dysphagie entwickeln
- An- und Zugehörige, Pflegepersonen und Fachkräfte im Umgang mit Kommunikations- und Schluckstörungen beraten
- Maßnahmen zur Symptomkontrolle bei oralen Beschwerden, z. B. Mundtrockenheit oder Schwierigkeiten beim Kauen, durchführen

- Strategien zur Vertiefung und Koordination der Atmung und Stimmverwendung vermitteln
- psychosoziale Aspekte wie Identität, Selbstwert und soziale Teilhabe stärken
- Autonomie, Würde und Lebensqualität bis zuletzt wahren

Wo arbeiten Logopäd:innen in Hospiz und Palliative Care?

Logopäd:innen für die Begleitung von palliativ erkrankten Personen sowie deren An- und Zugehörigen sind sowohl angestellt als auch freiberuflich tätig. In folgenden Settings ist der logopädische Beitrag in der Begleitung von palliativ erkrankten Personen empfehlenswert:

- Einrichtungen der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung für Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene und für Erwachsene
- Krankenhäuser inklusive spezialisierten Ambulanzen
- Rehabilitationszentren
- Einrichtungen der Langzeitpflege
- Betreuungseinrichtungen
- Praxen
- Hausbesuchssetting
- Hilfsdienste

Wo finden Sie Logopäd:innen?

Logopäd:innen finden Sie über *logopädie austria – Berufsverband der österreichischen Logopäd_innen*: <https://logopaediaustria.at/logopaedin-suche>

Literatur

- [1] Winterholler, C. (2020). *Palliative Logopädie*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-30220-9>
- [2] Eckman, S., & Roe, J. (2005). Speech and language therapists in palliative care: What do we have to offer? *International Journal of Palliative Nursing*, 11(4), 179–181. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2005.11.4.28783>
- [3] Askren, A. N., & Kershner, M. (2020). Eating, drinking, and comfort at end-of-life: Promoting a quality of death. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 5(4), 1015–1020. https://doi.org/10.1044/2020_PERSP-19-00183
- [4] Bogaardt, H., Veerbeek, L., Kelly, K., van der Heide, A., van Zuylen, L., & Speyer, R. (2015). Swallowing problems at the end of the palliative phase: Incidence and severity in 164 unседated patients. *Dysphagia*, 30(2), 145–151. <https://doi.org/10.1007/s00455-014-9590-1>
- [5] Kelly, K., Cumming, S., Corry, A., Gilseman, K., Tamone, C., Vella, K., & Bogaardt, H. (2016). The role of speech-language pathologists in palliative care: Where are we now? A review of the literature. *Progress in Palliative Care*, 24(6), 315–323. <https://doi.org/10.1080/09699260.2016.1141745>
- [6] Chandregowda, A., Stierwalt, J. A. G., & Clark, H. M. (2021). Facilitating end-of-life interaction between patients with severe communication impairment and their families. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 6(3), 649–653. https://doi.org/10.1044/2021_PERSP-20-00282
- [7] Chahda, L., Carey, L. B., Mathisen, B. A., & Threats, T. (2021). Speech-language pathologists and adult palliative care in Australia. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 23(1), 57–69. <https://doi.org/10.1080/17549507.2020.1730966>
- [8] Chahda, L., Mathisen, B. A., & Carey, L. B. (2017). The role of speech-language pathologists in adult palliative care. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 19(1), 58–68. <https://doi.org/10.1080/17549507.2016.1241301>
- [9] Javorszky, S. M., Kurz, K. (2025). *Palliative Logopädie*. In: *Palliativmedizin* 26(05), 232-234. <https://doi.org/10.1055/a-2645-9105>

3.4 Physiotherapie

Was ist Physiotherapie in Hospiz und Palliative Care?

Physiotherapeutische Interventionen sind bis zum Lebensende von großer Bedeutung. Sie dienen unter anderem der Schmerzlinderung, der Erleichterung von Atmung und Fatigue, der Verbesserung der Gelenkbeweglichkeit, der Muskelkraft, der Ausdauer und des Gleichgewichtes – stets mit dem Ziel, soziale Teilhabe zu ermöglichen, die Lebensqualität zu verbessern und die Selbstständigkeit im Alltag so lange wie möglich zu erhalten [1]. Dies geschieht auf Grundlage eines patientenzentrierten Ansatzes und durch gemeinsame Zielformulierung [2].

Warum ist Physiotherapie in der Begleitung von Menschen im palliativen Kontext wichtig?

Im Mittelpunkt steht die Erhaltung der funktionellen Unabhängigkeit, also der Fortbewegung oder etwa der Durchführung von anderen alltagsrelevanten Aktivitäten als wesentliche Grundlage der Würde der Patient:innen. Physiotherapie trägt zur Steigerung der Lebensqualität bei und reduziert die Abhängigkeit von Pflege- und Betreuungsdiensten sowie von An- und Zugehörigen – mit positiven Auswirkungen auf alle Beteiligten [3, 4]. Verbesserte funktionelle Kompetenzen fördern zudem die Sicherheit im Alltag [5].

Auch körperliche Nähe und Berührung, zentrale Elemente physiotherapeutischer Arbeit, können das Wohlbefinden steigern [6].

Wie in der gesamten Hospiz- und Palliativversorgung richtet sich die Begleitung nicht nur an die Patient:innen, sondern auch an deren An- und Zugehörige. Edukation und Unterstützung bei der Selbstbefähigung sind hierbei wichtige Bestandteile [7]. Durch gezielte Aufgabenübertragung können nicht nur Patient:innen profitieren, sondern auch An- und Zugehörige aktiv in die Betreuung eingebunden werden [8].

Physiotherapie stärkt körperliche Ressourcen und schafft so Raum, auch psychosoziale und spirituelle Anliegen zu berücksichtigen bzw. zu ermöglichen [9].

Was sind die Aufgaben der Physiotherapie in Hospiz und Palliative Care?

Die zentralen Aufgaben sind [10]:

- **Symptomlinderung und Erlernen von Selbstmanagementstrategien**, z. B. Schmerzen, Atemnot, Fatigue, Ödeme, Obstipation oder Angst durch nicht-medikamentöse Maßnahmen, wie z. B. Atemphysiotherapie, Krafttraining, Ausdauertraining, manuelle Lymphdrainage oder Massagetechniken
- **Optimierung von Mobilität und Funktion nach Möglichkeiten bei fortgeschrittenen Erkrankungen**: Förderung von Kraft, Ausdauer, Gleichgewicht und Beweglichkeit zur Unterstützung von Selbstständigkeit und sozialer Teilhabe (Gangschulung, Bewegungsübergänge, Positionen für Aktivitäten des täglichen Lebens etc.)
- **Hilfsmittelberatung und -anpassung**, um Patient:innen sowie An- und Zugehörigen größtmögliche Unabhängigkeit und Selbstbestimmung zu ermöglichen (Gehhilfen, Rollstuhl auswahl und -adaptierung, Orthesen, Sitzkissen, Sitzschalen etc.)

- **Förderung von Selbstkontrolle und Selbstwirksamkeit** in einer Lebensphase, die häufig mit Kontrollverlust verbunden ist, z. B. selbstständig die Toilette benutzen oder die Gehstrecke bis zur nächsten Apotheke bewältigen können
- **Edukation und Beratung** von Patient:innen, Angehörigen und Betreuungspersonen zur Erleichterung von Versorgung und Begleitung
- **Stärkung von Wohlbefinden** durch ressourcenorientierte physiotherapeutische Maßnahmen (Atemphysiotherapie, Lagewechsel, Transfer, Positionierung etc.)

Aufgaben im Bereich Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene:

- **Unterstützung altersgerechter motorischer Entwicklung** und Ermöglichung sozialer Teilhabe (z. B. Kindergarten, Schule, Freizeit)
- **Förderung von Bewegung und Spiel** zur Stärkung von Selbstwirksamkeit und Verbesserung der Lebensqualität
- **Bewegungstherapie und sensomotorische Förderung** durch spezifische physiotherapeutische Ansätze sowie Hilfsmittelversorgung
- **Symptomkontrolle** bei Schmerzen, Atemnot, Tonusregulationsstörungen (veränderte Grundspannung der Muskeln) und weiteren Beschwerden durch z.B. Atemphysiotherapie, Entspannungstechniken, Positionierung, Belastungsmanagement
- **Beratung und Begleitung von Familien** hinsichtlich Lagerung, Transfers, Alltagsanpassung sowie Bewegungs- und Spielmöglichkeiten

Wo arbeiten Physiotherapeut:innen in Hospiz und Palliative Care?

Physiotherapeut:innen für die Begleitung von palliativ erkrankten Personen sowie deren An- und Zugehörigen sind sowohl angestellt als auch freiberuflich tätig. In folgenden Settings ist der physiotherapeutische Beitrag in der Begleitung von palliativ erkrankten Personen empfehlenswert:

- Einrichtungen der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung für Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene und für Erwachsene
- Krankenhäuser inklusive spezialisierten Ambulanzen
- Rehabilitationszentren
- Einrichtungen der Langzeitpflege
- Betreuungseinrichtungen
- Praxen
- Hausbesuchssetting
- Hilfsdienste

Wo finden Sie Physiotherapeut:innen?

Physiotherapeut:innen finden Sie über *Physio Austria, Bundesverband der Physiotherapeut*innen Österreichs*:
<https://www.physioaustria.at/therapeutinnensuche>

PHYSIOTHERAPIE WIRKT.

Physiotherapie lindert Symptome, erhält und fördert Bewegungsfähigkeit und Selbstständigkeit, stärkt Wohlbefinden und Selbstwirksamkeit und schafft Raum für soziale, psychosoziale und spirituelle Teilhabe bis zum Lebensende.

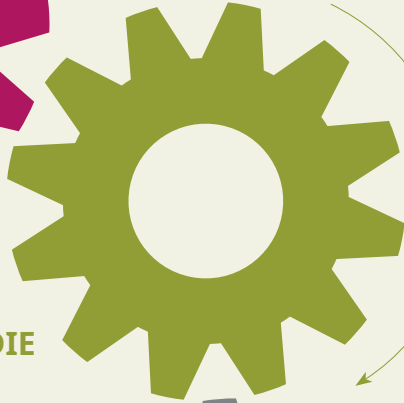
Literatur

- [1] Taylor, J. (2022). Von der Symptomkontrolle zur Rehabilitation: Ansätze für eine palliative Physiotherapie. In P. Nieland & R. Simader (Hrsg.), *Was wir noch tun können: Rehabilitation am Lebensende* (S. 15-27). Urban & Fischer.
- [2] Physio Austria. (2025). *Der physiotherapeutische Prozess*. <https://www.physioaustria.at/poster> (abgerufen am 28. September 2025)
- [3] Sandsdalen, T., Hov, R., Høye, S., Rystedt, I., & Wilde-Larsson, B. (2015). Patients' preferences in palliative care: A systematic mixed studies review. *Palliative Medicine*, 29(5), 399–419. <https://doi.org/10.1177/0269216314557882>
- [4] Brose, J. M., Willis, E., & Morgan, D. D. (2023). The intentional pursuit of everyday life while dying: A longitudinal qualitative study of working-aged adults living with advanced cancer. *Palliative Medicine*, 37(8), 1210–1221. <https://doi.org/10.1177/02692163231180911>
- [5] Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. (2015). *S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patient:innen mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung (Langversion 1.1, Mai 2015)*. https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/LL_Palliativmedizin_Langversion_1_1.pdf (abgerufen am 28. September 2025)
- [6] Brütsch, VM (2025) Resonanzräume in der Physiotherapie. Wahre Begegnung jenseits der körperlichen Funktionalität. In Müller M, Schroer M, Rechenberg-Winter P. *Leidfaden*. Resonanzen des Lebens. 2025. Jg. 14, Heft 2.
- [7] Nieland, P., & Simader, R. (2022). *Was wir noch tun können: Rehabilitation am Lebensende*. Urban & Fischer.
- [8] Österreichische Palliativgesellschaft. (2024). *Policy brief zur Integration der Rehabilitation in Hospiz- und Palliativangebote*. <https://www.palliativ.at/services/leitlinien> (abgerufen am 15. September 2025)
- [9] Dahlin, Y. (2022). Der richtige Zeitpunkt: Gibt es ein „zu früh“ oder ein „zu spät“ für Physiotherapie? In P. Nieland & R. Simader (Hrsg.), *Was wir noch tun können: Rehabilitation am Lebensende* (S. 27). Urban & Fischer.
- [10] Dachverband Hospiz Österreich, Ergotherapie Austria, Logopädie Austria, Physio Austria, & Verband der Diätolog*innen Österreichs. (2022). *Kurzbeschreibung der vier Berufsgruppen und Beispiele für deren Haupttätigkeiten in der Hospiz- und Palliativversorgung* [Unveröffentlichtes Manuskript].

DIAETOLOGIE

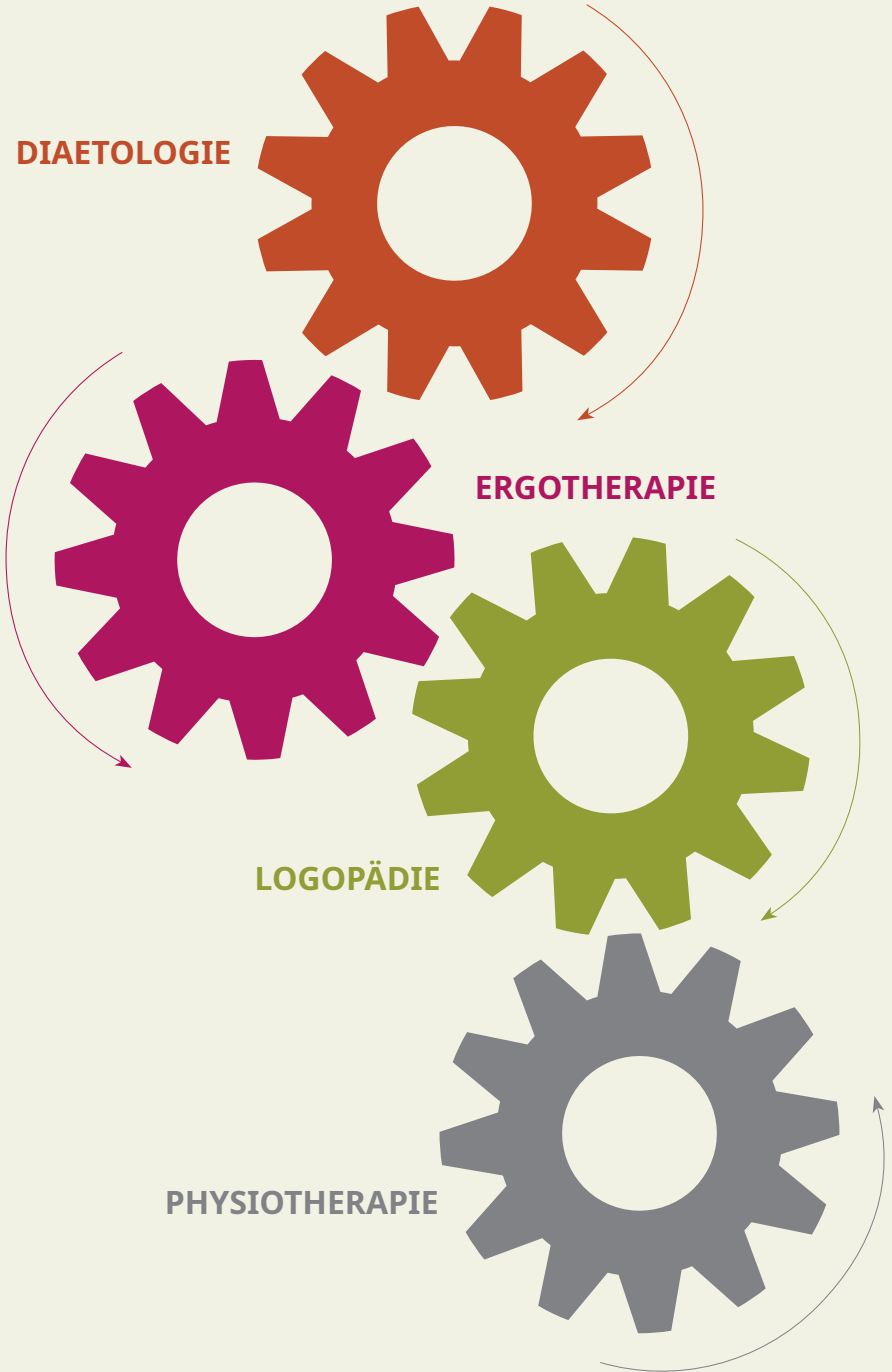


ERGOTHERAPIE



LOGOPÄDIE

PHYSIOTHERAPIE

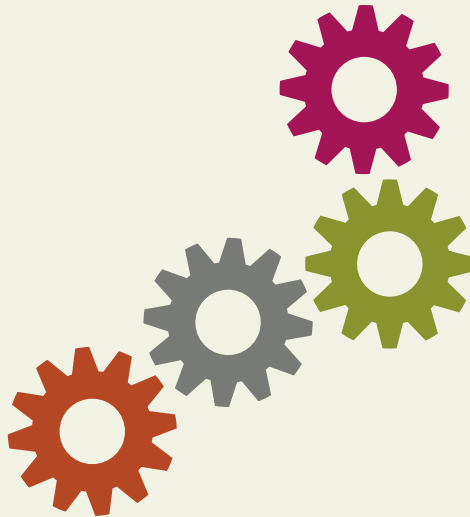


4

Aus- und Fortbildung



Aktuell vermitteln zahlreiche österreichische Bachelorstudiengänge, der vier in diesem Dokument beschriebenen MTD-Berufe Grundkenntnisse für die therapeutische Begleitung von Personen mit palliativen Erkrankungen.



Positive Effekte durch die Integration von Hospiz und Palliative Care in die grundständigen Studiengänge der MTD-Berufe sind bekannt. Die Einbindung dieser Inhalte führt bei Studierenden zu einem deutlichen Zuwachs an Fachkenntnissen, zu mehr beruflicher Selbstwirksamkeit und zu größerem Selbstvertrauen in palliativen Situationen [1]. Es wird empfohlen Palliative Care nicht nur theoretisch zu lehren, sondern auch kommunikative und ethische Kompetenzen zu vermitteln, die in interdisziplinären Kontexten erforderlich sind [2]. Sämtliche Ausbildungs- und Weiterbildungsinhalte sollten sich an den zehn Kernkompetenzen der European Association for Palliative Care [6] orientieren und in ihrer Tiefe dem jeweiligen Ausbildungsniveau angepasst werden. Auch fachspezifische Praktika sind für diesen Kompetenzerwerb essenziell [3, 4, 5].

Aufgrund der gesetzlichen Vorgaben des MTDG (§ 38) sind Angehörige der MTD-Berufe verpflichtet, sich kontinuierlich fortzubilden.

Folgende Fortbildungen und laufende Maßnahmen zur Qualitätssicherung werden Angehörigen der MTD-Berufe für ihre Tätigkeit im Feld Hospiz und Palliative Care empfohlen:

- Interprofessioneller Palliativ-Basislehrgang (Level I, Masterstudiengang) ²
- Fachspezifischer Vertiefungslehrgang für MTD-Berufe (Level II, Masterstudiengang) ²
- Masterstudiengang Palliative Care (Level III, Masterstudiengang) ²
- Vertiefung der Fachkompetenz in der eigenen therapeutischen Disziplin, zum Beispiel durch Angebote der Berufsverbände sowie durch Fort- und Weiterbildungseinrichtungen
- Selbsterfahrung zu Themen der eigenen Sterblichkeit sowie Reflexion persönlicher Erfahrungen mit Verlust, Tod und Sterben
- Einzel- und Gruppensupervision
- Vernetzung mit Berufskolleg:innen und dem multiprofessionellen Team der Hospiz- und Palliativversorgung, z. B. Mitarbeit in berufsspezifischen oder interprofessionellen Arbeitsgruppen

Literatur

- [1] Chiarelli, P. E., Johnston, C., & Osmotherly, P. G. (2014). Introducing palliative care into entry-level physical therapy education. *Journal of Palliative Medicine*, 17(2), 152–158. <https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0158>
- [2] Lloyd-Williams, M., & MacLeod, R. D. M. (2004). A systematic review of teaching and learning in palliative care within the medical undergraduate curriculum. *Medical Teacher*, 26(8), 683–690. <https://doi.org/10.1080/01421590400019575>
- [3] Jacoby LH, Beehler CJ, Balint JA. The impact of a clinical rotation in hospice: medical students' perspectives. *J Palliat Med*. 2011 Jan;14(1):59-64. doi: 10.1089/jpm.2010.0281. PMID: 21244255.
- [4] Gryscek, G., Cecilio-Fernandes, D., Mason, S., & de Carvalho-Filho, M. A. (2020). Assessing palliative care education in undergraduate medical students: translation and validation of the Self-Efficacy in Palliative Care and Thanatophobia Scales for Brazilian Portuguese. *BMJ Open*, 10(6), Article e034567. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-034567>
- [5] Morris, J., & Leonard, R. (2007). Physiotherapy students' experiences of palliative care placements — promoting interprofessional learning and patient-centred approaches. *Journal of Interprofessional Care*, 21(5), 569–571. <https://doi.org/10.1080/13561820701324662>
- [6] Krumm, N, Schmidlin E. C.Schulz C, Elsner F. (2015). Kernkompetenzen in der Palliativversorgung – ein Weißbuch der European Association for Palliative Care zur Lehre in der Palliativversorgung. *ZPalliativmed*; 16: 152–167 DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0035-1552684>

² oder ein vergleichbarer Bildungsabschluss



Österreichische
PalliativGesellschaft

Medizinische Universität Wien
Universitätsklinik für Innere Medizin I
Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien
Tel: + 43 1 40400 27520, office@palliativ.at
www.palliativ.at

Informationen für Patient:innen und An- und Zugehörige
zu den Aufgaben der Diaetologie, Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie
in der Hospiz und Palliativversorgung sowie eine englische Ausgabe
dieses Dokuments finden Sie hier:

[www.palliativ.at/die-opg/arbeitsgruppen/
mtd-berufe-inkl-heilmasseurinnen/informationen-downloads](http://www.palliativ.at/die-opg/arbeitsgruppen/mtd-berufe-inkl-heilmasseurinnen/informationen-downloads)

