

**ÖSTERREICHISCHES BUNDESINSTITUT FÜR GESUNDHEITSWESEN**



**ÖBIG**

**ABGESTUFTE  
HOSPIZ- UND PALLIATIVVERSORGUNG  
IN ÖSTERREICH**

**IM AUFTRAG DES  
BUNDESMINISTERIUMS FÜR GESUNDHEIT UND FRAUEN**

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen



ÖBIG

# **Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich**

Claudia Nemeth

Ingrid Rottenhofer

(Moderation der Sitzungen der Arbeitsgruppe)

Wien, November 2004

Im Auftrag des  
Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen

Zahl: 4486

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

# Inhaltsverzeichnis

<b>1 Einleitung</b> .....	7
1.1 Ausgangslage und Projektauftrag .....	7
1.2 Chronik.....	9
<b>2 System der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung</b> .....	12
2.1 Inhalte und Grundsätze der Hospiz- und Palliativbetreuung .....	13
2.2 Bausteine der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung .....	14
2.2.1 Charakteristik der Bausteine .....	14
2.2.2 Strukturqualitätskriterien .....	21
2.2.3 Bedarf .....	30
<b>3 Leitlinien und Empfehlungen für einen koordinierten Auf- und Ausbau</b> .....	32
3.1 Vorgaben .....	32
3.2 Rahmenbedingungen .....	32
3.3 Richtlinien für den schrittweisen Auf- und Ausbau .....	33
3.4 Organisationsstruktur.....	35
<b>Literatur</b> .....	36

## Anhang

# Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Strukturqualitätskriterien – Palliativstation.....	21
Tabelle 2: Strukturqualitätskriterien – Stationäres Hospiz.....	23
Tabelle 3: Strukturqualitätskriterien – Tageshospiz .....	25
Tabelle 4: Strukturqualitätskriterien – Palliativkonsiliardienst.....	26
Tabelle 5: Strukturqualitätskriterien – Mobiles Palliativteam .....	27
Tabelle 6: Strukturqualitätskriterien – Hospizteam .....	29
Tabelle 7: Bedarf an Versorgungsangeboten der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung bis zum Jahr 2010 .....	31

# 1 Einleitung

## 1.1 Ausgangslage und Projektauftrag

Die Hospiz- und Palliativversorgung hat die Verbesserung der Lebensqualität von unheilbar kranken und sterbenden Patientinnen und Patienten sowie ihrer Angehörigen zum Ziel.

Palliative Care wird von der WHO definiert als ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Krankheit einhergehen. Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von Leiden mittels frühzeitigem Erkennen, untadeligem Einschätzen und Behandeln von Schmerzen und anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art (WHO 2002).

Hospiz- und Palliativbetreuung muss überall dort stattfinden, wo sich unheilbar kranke und sterbende Patientinnen und Patienten befinden – ob in stationärer Obhut oder zu Hause. Im Sinne eines bedarfsgerechten Angebots muss Hospiz- und Palliativversorgung abgestuft in allen Bereichen und auf allen Ebenen des Gesundheits- und Sozialwesens erfolgen, d. h. im Akut- und im Pflegebereich, stationär und ambulant.

In Österreich fehlt gegenwärtig ein vollständiges und allgemein akzeptiertes Konzept für eine abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung. Verbindliche Planungen liegen bislang nur für die Palliativstationen und –bereiche in den Krankenhäusern vor, in Form einer Standort- und Kapazitätsplanung sowie über die Vorgabe von Strukturqualitätskriterien (ÖKAP/GGP 2003).

Für die Versorgungsangebote außerhalb der Palliativstationen existieren derzeit keine Regelungen bzw. verbindlichen Vorgaben. Derartige Angebote sind häufig als (Pilot-)Modelle eingerichtet, für die Finanzierung gibt es (meist zeitlich begrenzte) Sonderregelungen, es fehlt an allgemein gültigen Vorgaben für Qualitätsstandards. Die Situation ist von großem persönlichen Engagement von Gruppen oder Einzelpersonen gekennzeichnet. Impulsgeber für die Ergreifung von Initiativen ist häufig die Hospizbewegung.

Eine flächendeckende abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung ist in Österreich erst ansatzweise vorhanden; der Ausbau wird in den einzelnen Bundesländern unter unterschiedlichen Vorgaben und Zielsetzungen und in unterschiedlicher Geschwindigkeit forciert.

Vor diesem Hintergrund wurde das ÖBIG vom BMGF mit Grundlagenarbeiten zur Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich beauftragt. Projektinhalte sind:

- Erarbeitung eines **Konzeptes für ein abgestuftes Hospiz- und Palliativversorgungssystem** mit einer vollständigen Beschreibung der einzelnen Versorgungsangebote
- Erarbeitung von **Leitlinien** für einen schrittweisen Auf- und Ausbau einer abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung sowie Festlegung von – für eine Angebotsplanung – relevanten **Kriterien**

## Projektorganisation

Projektbeginn war im August 2004. Es wurde eine Arbeitsgruppe mit Expertinnen und Experten aus allen Bundesländern, die in den Auf- und Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung involviert sind, sowie aus den Organisationen HOSPIZ ÖSTERREICH und Österreichische Palliativgesellschaft (OPG) gebildet. Damit war gesichert, dass die aktuellen Entwicklungen in den Bundesländern sowie Expertise aus mehrjähriger Erfahrung in die Arbeiten einfließen.

Im September und Oktober 2004 wurden am ÖBIG insgesamt vier Arbeitssitzungen abgehalten. Personen, die nicht teilnehmen konnten, wurden via E-Mail über den Stand der Arbeiten und die Sitzungsergebnisse auf dem Laufenden gehalten und erhielten die Gelegenheit zum Feedback.

Die Arbeitspapiere wurden von den Arbeitsgruppenmitgliedern in ihrem jeweiligen Umfeld diskutiert, so dass das Arbeitsergebnis auf einer breiten Basis abgesichert und akzeptiert ist. Die Definitionen zu den einzelnen Bausteinen einer abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung wurden überdies im Oktober im vom ÖBIG veranstalteten Diskussionsforum „Palliativmedizin in österreichischen Krankenanstalten“ vorgestellt und dort mit Vertreterinnen und Vertretern, die vorwiegend im stationären Akutbereich tätig sind, diskutiert.

### *Arbeitsgruppe:*

Dr. Johann Baumgartner  
Koordination Palliativbetreuung Steiermark  
DSA Karl Bitschnau, MAS (Palliative Care)  
Landesleitung Hospiz Vorarlberg

Dr. Maria Haidinger  
Vorsitzende Hospiz-Bewegung Salzburg Verein für Lebensbegleitung und Sterbebeistand

Prim. Dr. Heinrich Kiss  
Palliativstation im KH Oberwart

Dr. Ernst Mathias Rupacher  
Abt. f. Anästhesiologie und allg. Intensivmedizin im LKH Klagenfurt

Dr. Brigitte Riss  
Vorsitzende Landesverband Hospiz NÖ

Mag. Arnold Schett  
Geschäftsführer Tiroler Hospizgemeinschaft

Mag. Sr. Hildegard Teuschl  
Vorsitzende HOSPIZ ÖSTERREICH

Dr. Wolfgang Wiesmayr  
Vorsitzender Landesverband Hospiz OÖ

Dr. Franz Zdrahal  
Präsident Österreichische Palliativgesellschaft

## 1.2 Chronik

Wie in vielen anderen Ländern auch nahm die Auseinandersetzung mit dem Thema und das Tätigwerden in der Sterbebegleitung ihren Ausgang in der Hospizbewegung.

In der Folge werden die wichtigsten Stationen auf Bundesebene auf dem Weg zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung skizziert:

- März 1992: Schwerpunktwoche „Sterben in Österreich“ im ORF in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsministerium und der Österreichischen Ärztekammer
- November 1993: Novelle des Bundes-KAG: In den Patientenrechten wird verankert, dass im Krankenhaus ein würdevolles Sterben sicherzustellen ist und Vertrauenspersonen Kontakt mit dem Sterbenden pflegen können.
- Juli 1993: Gründung von HOSPIZ ÖSTERREICH, Dachverband der Palliativ- und Hospizeinrichtungen
- August 1997: Aufnahme des Sachgebietes Palliativpflege in die Ausbildung der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege im Ausmaß von 60 Stunden (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz - GuKG)
- 1998: Gründung des Programmbereiches „Palliative Care und Organisationales Lernen“ am Institut für interdisziplinäre Forschung und Fortbildung der Universitäten Klagenfurt, Innsbruck und Graz
- Jänner 1999: Gründung der Österreichischen Palliativgesellschaft (OPG)
- Jänner 2000: Erstmalige Verankerung der Palliativmedizin (unter dem Titel „Hospiz“ im Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplan – ÖKAP/GGP)
- Mai 2001: Enquete im Parlament: „Solidarität mit unseren Sterbenden – Aspekte einer humanen Sterbebegleitung in Österreich“
- Dezember 2001: Entschließungsantrag aller vier politischen Parteien im Parlament: Verabschiedung eines 10-Punkteprogramms für die Hospiz- und Palliativbetreuung
- Jänner 2002: Implementieren von Palliativstationen und Palliativbereichen im ÖKAP/GGP: Festlegung von Standorten, Kapazitäten und Strukturqualitätskriterien
- Aufnahme der Palliativmedizin in die reguläre Krankenhausfinanzierung (LKF-Modell)

- Juli 2002: Einführung der Familienhospizkarenz: gesetzlich verankerter Anspruch für Angehörige auf Reduzierung bzw. Karenzierung von der Arbeit für die Betreuung Sterbender
- März 2003: Regierungserklärung 2003-2006: „Es soll für alle, die es brauchen, ein ausreichendes Angebot an Hospizeinrichtungen zur Verfügung stehen.“
- Sommer 2003: Entwicklung eines bundesweiten Konzeptes „Weiterbildung in Palliative Care“
- Juli 2003: Eröffnung der ersten an einer Uniklinik angesiedelten Palliativstation (Universitäre Palliativmedizinische Einrichtung am LKH – Univ.Klinikum Graz)
- Februar 2004: Gesundheitsdialog „Aktionsprogramm Hospiz“ im BMGF
- Sommer 2004: Entwurf des ÖSG 2005 (Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2005): „Eine abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung muss in allen Bereichen und auf allen Ebenen des Gesundheitswesens erfolgen (d.h. im Akut- und im Pflegebereich, stationär und ambulant) und besteht aus folgenden Angeboten: Palliativstationen, Palliativkonsiliardienste, stationäre Hospize, Tageshospize, mobile Palliativteams sowie Hospizteams. [...] Für die Versorgungsangebote außerhalb des stationären Akutbereichs (das sind stationäre Hospize, Tageshospize, mobile Palliativteams sowie Hospizteams) sind inhaltliche Konzepte zu erarbeiten, wobei auf eine Abstimmung aller Versorgungsangebote der Hospiz- und Palliativbetreuung zu achten ist.“
- Sommer 2004: Vorentwurf der Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens: „Im Besonderen wird vereinbart, eine österreichweit gleichwertige, flächendeckende abgestufte Versorgung im Palliativ- und Hospizbereich einheitlich zu planen sowie prioritär umzusetzen. Im Sinne eines bedarfsgerechten Angebotes ist die Realisierung der übergreifenden Planung der Palliativ- und Hospizversorgung in allen Bereichen und auf allen Ebenen der Gesundheitsversorgung, d. h. im stationären Akut- und Langzeitbereich, im ambulanten Bereich sowie im Pflegebereich, sicherzustellen.“
- Herbst 2004: Ö-Konvent: In der österreichischen Verfassung soll das Grundrecht auf Leben (de facto das Verbot der Sterbehilfe) verankert werden.
- Oktober 2004: Erster Österreichischer interdisziplinärer Palliativkongress in Graz, Thema „Palliativmedizin im Aufbruch“

Darüber hinaus wurden seit dem Jahr 2000 in einzelnen Bundesländern bereits erste Pläne für den Aufbau einer Hospiz- und Palliativbetreuung erstellt. In der Steiermark wurde auf Landesebene eine eigene Stelle eingerichtet („Koordination Palliativbetreuung Steiermark“),



deren Kernaufgabe die Koordination des Auf- und Ausbaus der Hospiz- und Palliativeinrichtungen darstellt.

Auf internationaler Ebene seien insbes. die Empfehlungen des Europarates erwähnt („recommendations on the organisation of palliative care“), die von der Ministerkonferenz des Europarates am 12. November 2003 angenommen wurden. Darin wird empfohlen, die politischen und gesetzlichen Voraussetzungen zu schaffen, um auf nationaler Ebene einen kohärenten und umfassenden Rahmen für die Palliative Care zu schaffen. Palliative Care muss ein integraler Bestandteil eines Gesundheitssystems und damit ein Teil von umfassenden Gesundheitsplänen sein.

An dieser Stelle soll auch noch erwähnt werden, dass in den letzten Jahren wiederholt Forderungen nach einer bundeseinheitlichen Vorgehensweise erhoben wurden (z. B. nach einem nationalen Hospiz- und Palliativplan, Schaffung einer Regelfinanzierung auch für die Angebote außerhalb des Akutbereiches). Ziel soll dabei sein, dass die Qualität der Versorgung und der Zugang dazu für die österreichische Bevölkerung gleich sind und nicht davon abhängen, in welchem Bundesland jemand lebt.

## 2 System der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung

Die Zielgruppe der Hospiz- und Palliativversorgung sind unheilbar kranke und sterbende Menschen in einem fortgeschrittenen Erkrankungsstadium mit starken Schmerzen, psychischen Beschwerden und/oder anderen die Lebensqualität beeinträchtigenden Symptomen (= **Palliativpatienten**) und ihre Angehörigen.

Eine adäquate Betreuung der Betroffenen erfolgt idealerweise in einem System abgestufter Versorgung. Dadurch kann dem Grundsatz „die richtigen Patienten zur richtigen Zeit am richtigen Ort“ zu versorgen, entsprochen werden. Die palliative Grundversorgung erfolgt dabei in den bestehenden Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens. Dazu ist es erforderlich, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter besser zu qualifizieren. In komplexen Situationen und bei schwierigen Fragestellungen stehen zusätzliche fachliche Expertise aus speziellen Versorgungsangeboten und die nötige Koordinationskompetenz zur Verfügung. Die palliative Betreuung erfolgt daher abgestuft durch spezielle Versorgungsangebote, die auf unterschiedliche Bedürfnislagen abgestimmt sind:

Palliativstationen übernehmen dabei die Versorgung in besonders komplexen Situationen, die durch andere Einrichtungen oder Dienste nicht bewältigt werden, und die durch die Notwendigkeit von besonderer ärztlicher Expertise gekennzeichnet sind.

Stationäre Hospize übernehmen die stationäre Versorgung, wenn die pflegerische und psychosoziale Betreuung stärker in den Vordergrund tritt.

Tageshospize bieten jenen, die die Nacht in ihrer gewohnten Umgebung verbringen können, Entlastung während des Tages.

Mobile Palliativteams und Palliativkonsiliardienste bieten den anderen Dienstleistern spezielle fachliche Beratung.

Hospizteams begleiten Palliativpatienten und ihre Angehörigen in allen Versorgungskontexten.

Neben einer adäquaten Betreuung der betroffenen Patienten ist bei der Etablierung eines Systems der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung auch mit einer Entlastung des Akutbereichs zu rechnen – sowohl was die Dauer als auch die Häufigkeit von Akutaufenthalten betrifft. Diese Effekte können in Regionen, in denen derartige Versorgungsangebote bereits eingerichtet sind, nachgewiesen werden.

## 2.1 Inhalte und Grundsätze der Hospiz- und Palliativbetreuung

Zu den zentralen Inhalten, Grundsätzen und Charakteristika der Hospiz- und Palliativbetreuung zählen insbesondere die folgenden:

- **Ziel** der Behandlung und Betreuung sind die Erhaltung bzw. Verbesserung der Lebensqualität der Patientin/des Patienten sowie der Angehörigen.
- **Bedarf und Bedürfnisse der Patientin/des Patienten** stehen im Zentrum. In der Betreuung und Behandlung kommt der **individuellen Zuwendung** ein hoher Stellenwert zu.
- Es wird besonders auf die Sicherstellung des **Selbstbestimmungsrechtes** der Patientin/des Patienten Bedacht genommen (z. B. durch Patientenverfügung, Bevollmächtigung einer Vertrauensperson als Stellvertretung in Gesundheitsangelegenheiten).
- Die **Angehörigen** werden in die Betreuung miteinbezogen.
- Ein **Sterben in vertrauter Umgebung** soll ermöglicht werden.
- In einem **ganzheitlichen Betreuungsansatz** werden die körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse gleichermaßen berücksichtigt.
- Behandlung und Betreuung erfolgen durch ein **multiprofessionell zusammengesetztes Team**, das aus speziell qualifiziertem ärztlichen Personal, Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeitern, Seelsorgern besteht. **Ehrenamtlich Tätige** werden in die Betreuungstätigkeit miteinbezogen.
- Bei der Behandlung der Grunderkrankung wird **kein kurativer Ansatz** mehr verfolgt.
- Die **Einbeziehung der spezialisierten Fachkräfte** in die Behandlung und Betreuung der Betroffenen soll möglichst frühzeitig erfolgen.
- Die Entscheidung über Therapien und Maßnahmen erfolgt
  - unter **Abwägen von Nutzen und Belastung** im Hinblick auf die Lebensqualität der Betroffenen (Vermeidung von „Übertherapie“) und
  - in einem **gemeinsamen informierten Entscheidungsfindungsprozess** unter Einbeziehung von Patientin/Patient, Angehörigen und Team (shared decision making).
- Die Gewährleistung der **Kontinuität** der qualifizierten Betreuung ist eine Maxime.
- Die Tätigkeit der Hospiz- und Palliativbetreuung **endet nicht mit dem Tod** der Patientin/des Patienten und inkludiert bei Bedarf Hilfestellungen und/oder Trauerbegleitung der Angehörigen.
- **Vorausschauende Planung** (advance care planning) ist wesentlich.
- Mitarbeit bei der **Aus-, Fort- und Weiterbildung** von in der Grundversorgung tätigen Berufsgruppen gehört zu den Aufgaben der speziell qualifizierten Fachkräfte.
- **Bewusstseinsbildung und Öffentlichkeitsarbeit** sind wesentliche Bestandteile der Tätigkeit.
- Die Hospiz- und Palliativbetreuung wird an der Basis von **Ehrenamtlichen** getragen.

## 2.2 Bausteine der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung

Ein System abgestufter Hospiz- und Palliativversorgung benötigt somit neben den traditionellen, etablierten Einrichtungen und Dienstleistern des Gesundheits- und Sozialwesens eigene, spezialisierte Versorgungsangebote. Diese – von HOSPIZ ÖSTERREICH auch „Bausteine“ genannten – Angebote fügen sich wie in Abbildung 1 dargestellt in das Versorgungssystem ein.

Abbildung 1: Bausteine der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung

	Hospiz- und Palliativbetreuung			
	Grundversorgung	unterstützende Angebote		betreuende Angebote
<b>Akutbereich</b>	Krankenhäuser	<b>Hospizteams</b>	<b>Palliativ-konsiliardienste</b>	<b>Palliativstationen</b>
<b>Langzeitbereich</b>	Alten- und Pflegeheime		<b>mobile Palliativteams</b>	<b>stationäre Hospize</b>
<b>Familienbereich, Zuhause</b>	niedergelassene (Fach)-Ärztenschaft, mobile Dienste, Therapeutin-ne/Therapeuten...			<b>Tageshospize</b>

Quellen: HOSPIZ ÖSTERREICH, ÖBIG

### 2.2.1 Charakteristik der Bausteine

Die einzelnen Bausteine einer abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung werden anhand folgender Merkmale charakterisiert:

- Definition des Angebotes
- Zielgruppe
- Auftrag und Zielrichtung des Angebotes
- Zugangskriterien

# Palliativstation

<i>Definition</i>	<p>Die Palliativstation ist eine eigenständige Station innerhalb von bzw. im Verbund mit einem Akutkrankenhaus, die auf die Versorgung von Palliativpatientinnen/-patienten spezialisiert ist. Ein multiprofessionell zusammengesetztes Team kümmert sich in einem ganzheitlichen Ansatz um die Patientinnen/Patienten und deren Angehörige.</p> <p>Eine Palliativstation ist autonom bezüglich der Aufnahme, der Behandlung und der Entlassung von Patientinnen/Patienten.</p>
<i>Zielgruppe</i>	<p>Palliativpatientinnen und Patienten jeder Altersgruppe</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• mit komplexer medizinischer, pflegerischer oder psychosozialer Symptomatik und akutem hohem Betreuungsaufwand</li></ul>
<i>Auftrag und Ziel</i>	<p>Ziel der Behandlung und Betreuung ist die bestmögliche Linderung der oft vielfältigen Symptome. Nach Besserung oder Stabilisierung wird eine Entlassung der Patientinnen/Patienten angestrebt (nach Hause oder in eine andere adäquate Einrichtung).</p> <p>Es werden keine kausalen tumorspezifischen Therapien (z. B. palliative Chemotherapie) durchgeführt.</p>
<i>Zugangskriterien</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Krankenhausbedürftigkeit besteht; die Patientin/der Patient kann aufgrund komplexer Symptomatik nicht zu Hause oder in einer anderen Einrichtung betreut werden.</li><li>• Patientin/Patient bzw. seine Stellvertretung in Gesundheitsangelegenheiten bzw. seine Vertrauensperson stimmen der Aufnahme zu.</li><li>• Patientin/Patient ist weitestgehend über die unheilbare Erkrankung aufgeklärt.</li><li>• Patientin/Patient und Angehörige sind über die Möglichkeiten und Ziele der Palliativstation informiert.</li></ul>

# Stationäres Hospiz

<i>Definition</i>	<p>Das stationäre Hospiz ist eine Einrichtung mit einer eigenen Organisationsstruktur, die einer stationären Pflegeeinrichtung zugeordnet sein kann. Es werden Palliativpatientinnen/-patienten in der letzten Lebensphase betreut, bei denen eine Behandlung im Akutkrankenhaus nicht erforderlich und eine Betreuung zu Hause oder in einem Pflegeheim nicht mehr möglich sind. Ein multiprofessionell zusammengesetztes Team kümmert sich in einem ganzheitlichen Ansatz um die Patientinnen/Patienten und deren Angehörige.</p> <p>Eine stationäres Hospiz ist autonom bezüglich der Aufnahme, der Behandlung und der Entlassung von Patientinnen/Patienten.</p>
<i>Zielgruppe</i>	<p>Erwachsene Palliativpatientinnen/-patienten jeder Altersgruppe</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• mit komplexer Symptomatik und hohem Betreuungsaufwand,</li><li>• wenn häusliche Betreuung nicht möglich ist und Krankenhausbedürftigkeit nicht besteht.</li></ul>
<i>Auftrag und Ziel</i>	<p>Ziele sind die Linderung von Symptomen und die Erreichung einer bestmöglichen Lebensqualität der Betroffenen bis zum Tod sowie Trauerbegleitung.</p>
<i>Zugangskriterien</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Patientin/Patient bzw. seine Stellvertretung in Gesundheitsangelegenheiten bzw. seine Vertrauensperson stimmen der Aufnahme zu.</li><li>• Patientin/Patient ist weitestgehend über die unheilbare Erkrankung aufgeklärt.</li><li>• Patientin/Patient und Angehörige sind über die Möglichkeiten und Ziele des stationären Hospizes informiert.</li><li>• Jeder der folgenden Aspekte ist alleine für die Aufnahme ausreichend:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Medizinisch: Komplexe Symptomatik</li><li>○ Pflegerisch: Mobile bzw. Langzeitpflegeversorgung nicht ausreichend</li><li>○ Psychosozial: Versorgungssystem dekompenziert und Langzeitpflegeversorgung nicht ausreichend</li></ul></li></ul>

# Tageshospiz

<i>Definition</i>	<p>Das Tageshospiz bietet Palliativpatientinnen/-patienten die Möglichkeit, tagsüber außerhalb ihrer gewohnten Umgebung an verschiedenen Aktivitäten teilzuhaben. Es bietet Behandlung, Beratung und Begleitung durch ein multiprofessionelles Team mit Unterstützung durch ehrenamtlich Tätige. Zusätzliche psychosoziale und therapeutische Angebote dienen dazu, den Tag zu gestalten und die Gemeinschaft gleichermaßen Betroffener zu erleben.</p> <p>Das Tageshospiz kann als eigenständiges Angebot von allen Palliativpatientinnen/-patienten in Anspruch genommen werden.</p>
<i>Zielgruppe</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Erwachsene Palliativpatientinnen/-patienten jeder Altersgruppe, die mobil bzw. transportfähig sind.</li><li>• Angehörige</li></ul>
<i>Auftrag und Ziel</i>	<p>Das Tageshospiz bietet tageweise Betreuung und tageweise Entlastung für alle Betroffenen.</p> <p>Wesentliche Ziele sind:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Förderung der Lebensqualität</li><li>• Erweiterung des Lebensumfeldes zur Verhinderung sozialer Isolation</li><li>• Motivation zur und Förderung der Selbstständigkeit (Empowerment)</li><li>• Ermöglichen von Gemeinschaft in einer Gruppe gleichermaßen Betroffener</li><li>• Vermeidung unnötiger Krankenhausaufenthalte</li><li>• Entlastung der Angehörigen</li><li>• Gestaltung und Bearbeitung von Abschieden</li></ul>
<i>Zugangskriterien</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Patientin/Patient stimmt der Betreuung zu.</li><li>• Patientin/Patient ist weitestgehend über die unheilbare Erkrankung aufgeklärt.</li><li>• Patientin/Patient ist transportfähig bzw. mobil.</li><li>• Ggf. Bedarf an Maßnahmen, die zu Hause nicht durchgeführt werden können, aber keinen stationären Aufenthalt erfordern.</li></ul>

# Palliativkonsiliardienst

<i>Definition</i>	<p>Der Palliativkonsiliardienst wird von einem multiprofessionell zusammengesetzten Team im Krankenhaus gebildet und wendet sich in erster Linie an das betreuende ärztliche Personal und Pflegepersonen in den Stationen und in den Ambulanzen, erst in zweiter Linie an die Patientinnen/Patienten und deren Angehörige. Der Dienst ist beratend tätig und bietet seine Erfahrung in Schmerztherapie, Symptomkontrolle, ganzheitlicher Pflege und psychosozialer Begleitung an. Entscheidungen über die durchzuführenden Maßnahmen und deren Umsetzung obliegen dem betreuenden ärztlichen Personal und den Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern.</p>
<i>Zielgruppe</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Betreuendes Personal von Palliativpatientinnen/-patienten aller Stationen und Ambulanzen; es sind dies Personen<ul style="list-style-type: none"><li>○ mit komplexer Symptomatik,</li><li>○ mit dem Erfordernis einer speziellen palliativmedizinischen bzw. pflegerischen Expertise.</li></ul></li><li>• Palliativpatientinnen/-patienten und deren Angehörige</li></ul>
<i>Auftrag und Ziel</i>	<p>Bestmögliche Linderung der vielfältigen Symptome der Palliativpatientinnen/-patienten in den Abteilungen, Stationen und Ambulanzen durch Unterstützung der professionellen Betreuung sowie der Betroffenen. Dadurch kann</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• die Betreuung vor Ort verbessert werden und ggf. eine Entlassung von Patientinnen/Patienten aus der Akutabteilung im Krankenhaus ermöglicht werden,</li><li>• eine gezielte Übernahme von Patientinnen/Patienten auf eine Palliativstation erfolgen,</li><li>• der Übergang zwischen stationärer und ambulanter Betreuung erleichtert werden (Brückenfunktion),</li><li>• ein Verbleiben der Patientin/des Patienten zu Hause/im Pflegeheim ermöglicht werden (bei Übernahme der Aufgaben des mobilen Palliativteams).</li></ul> <p>Ziel ist es, spezielle palliativmedizinische und pflegerische Expertise im jeweiligen Umfeld verfügbar zu machen.</p> <p>Je nach örtlicher und geographischer Gegebenheit kann der Palliativkonsiliardienst auch außerhalb des Krankenhauses beratend tätig werden.</p>
<i>Zugangskriterien</i>	<p>Der Palliativkonsiliardienst wird auf Anfrage/Anforderung tätig</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• als Hilfestellung für die Betreuerinnen/Betreuer vor Ort in komplexen Betreuungssituationen,</li><li>• in der Betreuung von Patientinnen/Patienten und Angehörigen, wenn diese einer speziellen palliativmedizinischen bzw. -pflegerischen Expertise bedürfen.</li></ul>



# Mobiles Palliativteam

<i>Definition</i>	<p>Das mobile Palliativteam ist ein multiprofessionell zusammengesetztes Team, das sich in erster Linie an die Betreuenden zu Hause und im Heim wendet (z. B. ärztliches Personal, Pflegepersonen, Physiotherapeutinnen/-therapeuten, Angehörige). Es ist beratend und anleitend tätig und bietet seine Erfahrung in Schmerztherapie, Symptomkontrolle, Palliativpflege und psychosozialer Begleitung an. Die Beratung durch das Palliativteam kann auch von der Patientin/vom Patienten selbst in Anspruch genommen werden. In Absprache mit den Betreuenden kann auch eine gezielte Einbindung in die Pflege und Betreuung erfolgen.</p> <p>Das mobile Palliativteam unterstützt weiters die Übergänge zwischen Krankenhaus und häuslicher Versorgung.</p>
<i>Zielgruppe</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Professionelle Betreuerinnen/Betreuer und betreuende Dienste vor Ort (zu Hause, im Pflegeheim, im Akutkrankenhaus), d. s. insbes. Hausärztinnen/Hausärzte, Pflegepersonen, Behindertenbetreuerinnen/-betreuer, Altenfachbetreuerinnen/-betreuer, mobile Dienste</li><li>• Palliativpatientinnen/-patienten und deren Angehörige</li></ul>
<i>Auftrag und Ziel</i>	<p>Bestmögliche Linderung der vielfältigen Symptome der Palliativpatientinnen/-patienten vor Ort durch Unterstützung der professionellen Betreuenden sowie der Betroffenen, sodass</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• ein Verbleiben der Patientin/des Patienten zu Hause/im Pflegeheim möglich ist,</li><li>• eine Aufnahme von Patientinnen/Patienten in ein Akutkrankenhaus vermieden werden kann,</li><li>• der Übergang zwischen stationärer und ambulanter Betreuung erleichtert wird (Brückenfunktion),</li><li>• eine Entlassung von Patientinnen/Patienten aus der Akutabteilung im Krankenhaus möglich wird (bei Übernahme der Aufgaben des Palliativkonsiliardienstes).</li></ul> <p>Ziel ist es, spezielle palliativmedizinische und pflegerische Expertise im jeweiligen Umfeld verfügbar zu machen.</p> <p>Je nach örtlicher und geographischer Gegebenheit kann das mobile Palliativteam auch als Konsiliarteam im Krankenhaus, in Heimen und in Tageshospizen beratend tätig sein.</p>
<i>Zugangskriterien</i>	<p>Das mobile Palliativteam wird auf Anfrage/Anforderung tätig</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• als Hilfestellung für Betreuerinnen/Betreuer vor Ort in komplexen Betreuungssituationen,</li><li>• in der Betreuung von Patientinnen/Patienten und Angehörigen, wenn diese einer speziellen palliativmedizinischen bzw. pflegerischen Expertise bedürfen.</li></ul>

# Hospizteam

<i>Definition</i>	<p>Das Hospizteam besteht aus qualifizierten ehrenamtlichen Hospizbegleitern/-begleiterinnen und mindestens einer hauptamtlichen koordinierenden Fachkraft. Es bietet Palliativpatientinnen/-patienten und Angehörigen mitmenschliche Begleitung und Beratung in der Zeit der Krankheit, des Schmerzes, des Abschieds und der Trauer. Das mobile Hospizteam versteht sich als Teil eines umfassenden Betreuungsnetzwerkes und arbeitet eng mit anderen Fachdiensten in der palliativen Versorgung zusammen.</p> <p>Das Hospizteam kann in allen Versorgungskontexten – zu Hause, Heim, Krankenhaus – tätig sein. Dadurch trägt es bei, die Übergänge flüssiger zu gestalten und die Kontinuität in der Betreuung zu sichern.</p>
<i>Zielgruppe</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Palliativpatientinnen/-patienten jeder Altersgruppe</li><li>• Angehörige</li><li>• Trauernde</li></ul>
<i>Auftrag und Ziel</i>	<p>Das mobile Hospizteam leistet einen wesentlichen Beitrag zur psychosozialen und emotionalen Entlastung von Patientinnen/Patienten, Angehörigen und betreuenden Berufsgruppen. Es trägt zur Erhaltung und Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen bei. Das Angebot gilt für Angehörige auch in der Zeit der Trauer.</p>
<i>Zugangskriterien</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Wunsch nach Begleitung seitens der Betroffenen</li><li>• Anfrage/Anforderung bei der koordinierenden Fachkraft</li></ul> <p>Ein Hospizeinsatz kann von vornherein auf eine bestimmte Zeit begrenzt bzw. bei Verbesserung der Ausgangslage wieder ausgesetzt werden.</p>

## 2.2.2 Strukturqualitätskriterien

Für die Palliativstationen wurden bereits Strukturqualitätskriterien (SQK) definiert, die in den ÖKAP/GGP aufgenommen wurden und verbindlich sind. Analog zu den dort festgelegten SQK wurden nunmehr auch für die weiteren Bausteine einer abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung SQK erarbeitet. Im Zuge dieser Arbeiten ergaben sich insbes. im Sinne einer Vereinheitlichung für die SQK bei den Palliativstationen Ergänzungsnotwendigkeiten. Diese sind in die Tabelle 1 aufgenommen und unterlegt dargestellt. Eine generelle Überarbeitung der SQK der Palliativstationen ist nicht erfolgt.

Hinsichtlich der Zusatzqualifikation von insbes. ärztlichem und pflegerischem Personal sind weitere Details, wie etwa der zulässige Zeitraum, in dem die Zusatzqualifikation ab Tätigwerden in der jeweiligen Einrichtung nachzuweisen ist, oder Übergangsregelungen noch auszuarbeiten.

Tabelle 1: Strukturqualitätskriterien – Palliativstation

Personalausstattung	Berufsgruppe	Personalausstattung
Personalqualifikation	<p><i>Ärztliches Personal:</i> Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin und/oder Fachärztinnen/Fachärzte, jeweils mit besonderen Kenntnissen auf dem Gebiet der Palliativmedizin (einschlägige Weiterbildung mit mind. 160 Stunden)</p> <p><i>Pflegepersonal:</i> Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen mit besonderen Kenntnissen auf dem Gebiet der Palliative Care (einschlägige Weiterbildung mit mind. 160 Stunden)</p> <p><i>Sozialarbeit:</i> Diplomierte Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter und/oder Sozialpädagoginnen/-pädagogen mit besonderen Kenntnissen auf dem Gebiet der Palliative Care (einschlägige Weiterbildung mit mind. 160 Stunden)</p> <p><i>Ehrenamtlich Tätige:</i> von HOSPIZ ÖSTERREICH anerkannter Einschulungskurs in der Hospizbegleitung (70 Stunden Theorie, 40 Stunden Praktikum)</p>	<p>1 VZÄ je 5 Betten<sup>1</sup> 1,2 VZÄ je Bett<sup>1</sup> (= 1 VZÄ je 0,833 Betten)</p> <p>6 Wochenstunden je Patientin/Patient</p> <p>verfügbar</p> <p>verfügbar</p> <p>verfügbar</p> <p><sup>1</sup> exkl. palliativmedizinischer Konsiliardienst</p>

Fortsetzung Tabelle 1

<b>Technische Ausstattung</b>	<p><i>In den Patientenzimmern:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sauerstoffanschluss</li> <li>• Vakuum</li> </ul> <p><i>Auf der Station:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schmerzpumpen</li> <li>• Perfusoren und Infusomaten</li> <li>• fahrbarer Badewannenlift</li> <li>• Patientenheber</li> <li>• Anti-Dekubitus-Betten und spezielle Anti-Dekubitus-Matratten: bedarfsgerechte Vorhaltung</li> </ul>
<b>Räumliche Ausstattung</b>	<p><i>Station:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• wohnliche Atmosphäre, behindertengerechte Ausstattung der Patientenbereiche</li> <li>• 1- und 2-Bett-Zimmer mit Nasszelle</li> <li>• Übernachtungsmöglichkeiten für Angehörige</li> <li>• Stationsbad</li> <li>• Verabschiedungs-/Meditationsraum, multifunktionell nutzbar</li> <li>• Räumlichkeiten für soziale Aktivitäten, multifunktionell nutzbar</li> </ul> <p><i>Im Haus verfügbar:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Therapieraum</li> </ul>
<b>Leistungsangebot</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kommunikation mit Zuweisenden bzw. Betreuenden</li> <li>• Erstgespräch mit Patientinnen/Patienten und Angehörigen vor der Aufnahme</li> <li>• Anamnese/Status</li> <li>• Erstellen von Symptomdiagnosen (z. B. Schmerzdiagnose)</li> <li>• qualifizierte Schmerzbehandlung und Symptomkontrolle</li> <li>• adäquate erforderliche Diagnostik</li> <li>• Behandlung interkurrenter Erkrankungen</li> <li>• patientenorientierte, ganzheitliche Pflege (Bezugspflege)</li> <li>• funktionserhaltende und funktionsverbessernde therapeutische Maßnahmen</li> <li>• ernährungstherapeutische Maßnahmen</li> <li>• psychotherapeutische Betreuung der Patientin/des Patienten</li> <li>• psychosoziale Betreuung und Krisenintervention bei Patientin/Patient und Angehörigen</li> <li>• spirituelle Betreuung</li> <li>• Betreuung durch ehrenamtlich Tätige</li> <li>• Planung und Ermöglichung von Ausgängen, Heimausflügen</li> <li>• Miteinbeziehung und Mitbetreuung der Angehörigen</li> <li>• Abklärung der Betreuungssituation nach der Entlassung</li> <li>• Entlassungsvorbereitung</li> <li>• koordinierte Entlassung</li> <li>• ggf. Verabschiedung der/des Verstorbenen</li> <li>• Trauerbegleitung der Angehörigen</li> <li>• Kontakt mit Patientin/Patient und Angehörigen nach der Entlassung</li> <li>• Kooperation mit Weiterbetreuenden</li> <li>• telefonische Beratung von Ärztinnen/Ärzten und sozialen Diensten, die Palliativpatientinnen/-patienten betreuen</li> <li>• Konsiliardienst im Haus bzw. gegebenenfalls in anderen Krankenhäusern</li> <li>• Durchführung von Aus-, Fort- und Weiterbildung</li> <li>• fakultativ: Ambulanz, Tagesklinik</li> </ul>
<b>Größe</b>	<p>Palliativstationen mit acht bis 14 Betten. Darüber hinaus sind in Abhängigkeit von regionalen Bedingungen auch Palliativbereiche mit weniger als acht Betten möglich.</p>

Quelle: ÖKAP/GGP 2003, Arbeitsgruppe am ÖBIG

Tabelle 2: Strukturqualitätskriterien – Stationäres Hospiz

<p><b>Personalausstattung</b></p>	<p><i>Berufsgruppe</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ärztliches Personal</li> <li>• Pflegepersonal</li> <li>• Psychosoziale u. spirituelle Betreuung, Koordination der ehrenamtlich Tätigen</li> <li>• Physiotherapeutinnen/-therapeuten, Psychotherapeutisches/psychologisches Personal, Ergotherapeutinnen/-therapeuten, Logopädinnen/Logopäden, Diätassistentinnen/-assistenten</li> <li>• Seelsorge verschiedener Konfessionen</li> <li>• ehrenamtlich Tätige</li> </ul>	<p><i>Personalausstattung</i></p> <p>täglich rund um die Uhr innerhalb von 30 Minuten an der Station verfügbar</p> <p>1,2 VZÄ je Bett: Rund-um-die-Uhr-Präsenz von dipl. Gesundheits- u. Krankenpflegepersonen in der Station</p> <p>0,15 VZÄ je Bett</p> <p>verfügbar</p> <p>verfügbar</p> <p>verfügbar</p>
<p><b>Personalqualifikation</b></p>	<p><i>Ärztliches Personal:</i></p> <p>Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin und/oder Fachärztinnen/Fachärzte, jeweils mit besonderen Kenntnissen auf dem Gebiet der Palliativmedizin (einschlägige Weiterbildung mit mind. 160 Stunden)</p> <p><i>Pflegepersonal:</i></p> <p>Mindestens 80 Prozent diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, höchstens 20 Prozent Pflegehelferinnen/-helfer bzw. Altenfachbetreuerinnen/-betreuer – jeweils mit besonderen Kenntnissen auf dem Gebiet der Palliative Care (einschlägige Weiterbildung mit mind. 160 Stunden)</p> <p>Psychosoziales Personal:</p> <p>Abgeschlossene Grundausbildung und besondere Kenntnisse auf dem Gebiet der Palliative Care (einschlägige Weiterbildung mit mind. 160 Stunden)</p> <p><i>Ehrenamtlich Tätige:</i></p> <p>von HOSPIZ ÖSTERREICH anerkannter Einschulungskurs in der Hospizbegleitung (70 Stunden Theorie, 40 Stunden Praktikum)</p>	
<p><b>Technische Ausstattung</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sauerstoff</li> <li>• Absauger</li> <li>• Schmerzpumpen</li> <li>• Perfusoren und Infusomaten</li> <li>• fahrbarer Badewannenlift</li> <li>• Patientenheber</li> <li>• Anti-Dekubitus-Betten und spezielle Anti-Dekubitus-Matratzen: bedarfsgerechte Vorhaltung</li> </ul>	
<p><b>Räumliche Ausstattung</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• wohnliche Atmosphäre, behindertengerechte Ausstattung der Patientenbereiche</li> <li>• 1- und 2-Bett-Zimmer mit Nasszelle</li> <li>• Übernachtungsmöglichkeiten für Angehörige</li> <li>• Stationsbad</li> <li>• (Wohn-)Küche</li> <li>• Verabschiedungs-/Meditationsraum, multifunktionell nutzbar</li> <li>• Räumlichkeiten für soziale und therapeutische Aktivitäten, multifunktionell nutzbar</li> </ul>	

Fortsetzung Tabelle 2

<b>Leistungsangebot</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Betreuung von Patientinnen/Patienten und Angehörigen</li> <li>• erforderliche Diagnostik</li> <li>• Erstellen von Diagnosen (z. B. Schmerzdiagnose)</li> <li>• qualifizierte Schmerzbehandlung und Symptomkontrolle</li> <li>• Behandlung interkurrenter Erkrankungen</li> <li>• patientenorientierte, ganzheitliche Pflege (Bezugspflege)</li> <li>• funktionserhaltende und funktionsverbessernde therapeutische Maßnahmen</li> <li>• ernährungstherapeutische Maßnahmen</li> <li>• psychosoziale Betreuung und Beratung der Patientinnen/Patienten und Angehörigen, ggf. Vermittlung von Psychotherapie</li> </ul>
<b>Leistungsangebot</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• spirituelle Betreuung</li> <li>• bei Bedarf: Entlassungsmanagement (Abklärung, Planung, Koordination, Zielkontrolle)</li> <li>• sozialarbeiterische Betreuung</li> <li>• Sozialanamnese</li> <li>• Zeitangebot für Kommunikation und Begegnung im Rahmen von             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Erst- und Zielgespräch</li> <li>- Anamnese</li> <li>- Betreuung und Aktivierung</li> <li>- (Krisen-)Intervention</li> <li>- Trauerbegleitung und Begleitung nach der Entlassung</li> </ul> </li> <li>• soziale Aktivitäten</li> <li>• Angebot von Praktikumsplätzen</li> <li>• Bildungstätigkeit</li> </ul>
<b>Größe</b>	<p>selbstständige Organisationseinheit mit eigenem Team mit mind. acht Betten</p> <p>In Abhängigkeit von regionalen Bedingungen sind auch kleinere Einheiten mit wenigstens vier Betten möglich.</p>

Quelle: HOSPIZ ÖSTERREICH, Arbeitsgruppe am ÖBIG

Tabelle 3: Strukturqualitätskriterien – Tageshospiz

<b>Personalausstattung</b>	<p><i>Berufsgruppe</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ärztliches Personal</li> <li>• Pflegepersonal</li> <li>• ehrenamtlich Tätige mit Koordinationsperson</li> <li>• Physiotherapeutinnen/-therapeuten, Psychotherapeutinnen/-therapeuten, Sozialarbeit</li> <li>• Ergotherapeutinnen/-therapeuten, Logopädinnen/Logopäden, Diätassistentinnen/-assistenten, Kreativtherapeutinnen/-therapeuten</li> <li>• Seelsorge verschiedener Konfessionen</li> </ul>	<p><i>Personalausstattung</i></p> <p>prompt verfügbar während der Betriebszeiten</p> <p>zwei Personen anwesend während d. Betriebszeiten</p> <p>verfügbar</p> <p>verfügbar</p> <p>verfügbar</p>
<b>Personalqualifikation</b>	<p><i>Ärztliches Personal:</i> Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin und/oder Fachärztinnen/Fachärzte, jeweils mit besonderen Kenntnissen auf dem Gebiet der Palliativmedizin (einschlägige Weiterbildung mit mind. 160 Stunden)</p> <p><i>Pflegepersonal:</i> Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen mit besonderen Kenntnissen auf dem Gebiet der Palliative Care (einschlägige Weiterbildung mit mind. 160 Stunden)</p> <p><i>Ehrenamtlich Tätige:</i> Von HOSPIZ ÖSTERREICH anerkannter Einschulungskurs in der Hospizbegleitung (70 Stunden Theorie, 40 Stunden Praktikum)</p>	
<b>Technische Ausstattung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absauger</li> <li>• Hebebadewanne mit Patientenliegelifter</li> <li>• Steckbeckenspüler</li> <li>• Beatmungsbeutel mit Masken (für ALS-Patienten und Muskeldystrophiker)</li> </ul>	
<b>Räumliche Ausstattung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• wohnliche Atmosphäre, behindertengerechte Ausstattung der Patientenbereiche</li> <li>• Patientenräume mit bequemen Sitzmöglichkeiten multifunktional nutzbar</li> <li>• Behandlungs-/Therapieraum</li> <li>• Räumlichkeiten für Pflegepersonal und Teambesprechungen</li> <li>• Raucherzone</li> <li>• Pflegebad</li> <li>• Wohnküche und Gemeinschaftsraum</li> </ul>	
<b>Leistungsangebot</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Betreuung von Patientinnen/Patienten und Angehörigen</li> <li>• erforderliche Diagnostik</li> <li>• Schmerzbehandlung und Symptomkontrolle</li> <li>• Behandlung interkurrenter Erkrankungen</li> <li>• Palliativpflege</li> <li>• funktionserhaltende und funktionsverbessernde therapeutische Maßnahmen</li> <li>• ernährungstherapeutische Maßnahmen</li> <li>• psychosoziale Betreuung und Beratung der Patientinnen/Patienten und Angehörigen, ggf. Unterstützung durch Psychotherapie</li> <li>• spirituelle Betreuung</li> <li>• Zeitangebot für Kommunikation und Begegnung im Rahmen von             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anamnese</li> <li>- Betreuung und Aktivierung</li> <li>- (Krisen-)Intervention</li> <li>- Trauerbegleitung</li> </ul> </li> <li>• Aktivitäten, Ausflüge</li> <li>• Angebot von Praktikumsplätzen</li> </ul>	
<b>Größe</b>	<p>selbstständige Organisationseinheit mit eigenem Team mit mind. sechs Plätzen gekoppelt/integriert an eine andere Hospiz-/Palliativversorgungseinrichtung</p>	

Quelle: Arbeitsgruppe am ÖBIG

Tabelle 4: Strukturqualitätskriterien – Palliativkonsiliardienst

<b>Personalausstattung</b>	<p><i>Berufsgruppe</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ärztliches Personal, dipl. Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, Sozialarbeit, Sekretariat</li> <li>• Physiotherapeutinnen/-therapeuten, Psychotherapeutinnen/-therapeuten, Ergotherapeutinnen/-therapeuten, Logopädinnen/Logopäden, Diätassistentinnen/-assistenten</li> <li>• Seelsorge verschiedener Konfessionen</li> <li>• ehrenamtlich Tätige mit Koordinationsperson</li> </ul> <p style="text-align: right;"><sup>1</sup> Jede Berufsgruppe muss im Team vertreten sein; Zusammensetzung disponibel</p>	<i>Personalausstattung</i>
<b>Personalqualifikation</b>	<p><i>Ärztliches Personal:</i> Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin und/oder Fachärztinnen/Fachärzte, jeweils mit besonderen Kenntnissen auf dem Gebiet der Palliativmedizin (einschlägige Weiterbildung mit mind. 160 Stunden)</p> <p><i>Pflegepersonal:</i> Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen mit besonderen Kenntnissen auf dem Gebiet der Palliative Care (einschlägige Weiterbildung mit mind. 160 Stunden)</p> <p><i>Sozialarbeit:</i> Diplomierte Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter und/oder Sozialpädagoginnen/-pädagogen mit besonderen Kenntnissen auf dem Gebiet der Palliative Care (einschlägige Weiterbildung mit mind. 160 Stunden)</p> <p><i>Ehrenamtlich Tätige:</i> von HOSPIZ ÖSTERREICH anerkannter Einschulungskurs in der Hospizbegleitung (70 Stunden Theorie, 40 Stunden Praktikum)</p>	
<b>Technische Ausstattung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kommunikationsmittel (Telefon, EDV)</li> <li>• PC, Internet</li> </ul>	
<b>Räumliche Ausstattung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Raum für Teambesprechungen, ambulante Kontakte</li> <li>• Raum für Bürotätigkeit</li> </ul>	
<b>Leistungsangebot</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hilfestellung in komplexen Betreuungssituationen</li> <li>• Erstellung eines Betreuungskonzeptes in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Team</li> <li>• Angebot der Hilfestellung bei der psychosozialen Betreuung der Patientinnen/Patienten und deren Angehörigen (ab Diagnosestellung)</li> <li>• Indikationsstellung für eine Übernahme der Patientin/des Patienten auf eine Palliativstation</li> <li>• Vermittlung von ehrenamtlichen Besuchsdiensten</li> <li>• telefonische Beratung</li> <li>• Durchführung von Aus- und Fortbildung (intra- und extramural)</li> <li>• Unterstützung beim Schnittstellenmanagement bei den Übergängen zwischen stationärer und ambulanter Betreuung</li> <li>• Organisation von terminaler Begleitung</li> </ul>	
<b>Dimensionierung</b>	<p>ein Team lt. Personalausstattung für die Betreuung eines Krankenhauses mit 250 Betten</p>	

Quelle: Arbeitsgruppe am ÖBIG



Tabelle 5: Strukturqualitätskriterien – Mobiles Palliativteam

<b>Personalausstattung</b>	<p><i>Berufsgruppe</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ärztliches Personal, dipl. Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, Sozialarbeit, Sekretariat</li> <li>• Physiotherapeutinnen/-therapeuten, Psychotherapeutinnen/-therapeuten, Ergotherapeutinnen/-therapeuten, Logopädinnen/Logopäden, Diätassistentinnen/-assistenten</li> <li>• Seelsorge verschiedener Konfessionen</li> <li>• ehrenamtlich Tätige mit Koordinationsperson</li> </ul>	<p><i>Personalausstattung</i></p> <p>4,5 VZÄ<sup>1</sup></p> <p>verfügbar</p> <p>verfügbar</p> <p>verfügbar</p> <p><sup>1</sup> Jede Berufsgruppe muss im Team vertreten sein; Zusammensetzung disponibel</p>
<b>Personalqualifikation</b>	<p><i>Ärztliches Personal:</i> Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin und/oder Fachärztinnen/Fachärzte, jeweils mit besonderen Kenntnissen auf dem Gebiet der Palliativmedizin (einschlägige Weiterbildung mit mind. 160 Stunden)</p> <p><i>Pflegepersonal:</i> Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen mit besonderen Kenntnissen auf dem Gebiet der Palliative Care (einschlägige Weiterbildung mit mind. 160 Stunden)</p> <p><i>Sozialarbeit:</i> Diplomierte Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter und/oder Sozialpädagoginnen/-pädagogen mit besonderen Kenntnissen auf dem Gebiet der Palliative Care (einschlägige Weiterbildung mit mind. 160 Stunden)</p> <p><i>Ehrenamtlich Tätige:</i> von HOSPIZ ÖSTERREICH anerkannter Einschulungskurs in der Hospizbegleitung (70 Stunden Theorie, 40 Stunden Praktikum)</p>	
<b>Technische Ausstattung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dienstauto(s)</li> <li>• Schmerzpumpe(n)</li> <li>• Mobiltelefone</li> <li>• Medikamentendepot (inkl. Opiode), Port-, Punktionsnadel, Verbandsmaterial</li> <li>• medizinische, pflegerische Grundausstattung (inkl. Blutzuckermessgerät)</li> <li>• PC, Internet</li> </ul>	
<b>Räumliche Ausstattung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeitsraum für Pflegepersonal/Sozialarbeit (viele Telefonate)</li> <li>• Arbeitsraum für Sekretariat</li> <li>• Besprechungsraum (Teamsitzung, Mitarbeiter- oder Angehörigengespräche), Depot für Heilbehelfe</li> </ul>	
<b>Leistungsangebot</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 24 Stunden telefonische Erreichbarkeit</li> <li>• Beratung bei Schmerztherapie und Symptomkontrolle</li> <li>• Beratung und Unterstützung im Psycho-Sozialbereich (Pflegegeld, Hospizkarenz, Pflegebett, ...)</li> <li>• Einsatz in „palliativmedizinischen und –pflegerischen Notfällen“ = Erstversorger (Hausärztinnen/-ärzte, Hauskrankenpflege) sind nicht vor Ort oder nicht erreichbar; z.B. Bei Schmerzattacken, Dauerkatheter setzen bei Überlaufblase ...</li> <li>• Unterstützung beim Schnittstellenmanagement bei den Übergängen zwischen stationärer und ambulanter Betreuung</li> <li>• Konsilium vor Ort (zu Hause, Heim, Krankenhaus) mit behandelnden Ärztinnen/Ärzten, Hausärztinnen/-ärzten und Hauskrankenpflege, auch Beratung in ethischen Fragen</li> <li>• Aufbau und Koordination eines Hilfsnetzwerkes (Einbindung anderer Einrichtungen)</li> <li>• Anleitung und Einschulung von pflegenden Angehörigen</li> <li>• Begleitung der Angehörigen in belastenden Situationen und in der Zeit der Trauer</li> </ul>	

Fortsetzung Tabelle 5

<b>Leistungsangebot</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fachinformationsweitergabe zum Thema Palliative Care an Hausärztinnen/-ärzte, Hauskrankenpflege ..</li> <li>• Durchführung von Schulungen im extramuralen Bereich (in den sozialen Stützpunkten)</li> <li>• Durchführung von Helferkonferenzen</li> <li>• Öffentlichkeitsarbeit (Vorträge, diverse Artikel in Printmedien, Informationsveranstaltungen usw.) und Meinungsbildung</li> <li>• Entwicklung von Informationsblättern (für Angehörige) und Fachvorträgen (für ärztliches und Pflegepersonal)</li> <li>• regelmäßiger Kontakt zu anderen betreuenden Einrichtungen</li> <li>• fakultativ: Durchführung von Konsiliarbesuchen in den Stationen des Krankenhauses</li> </ul>
<b>Dimensionierung</b>	<p>Team lt. Personalausstattung</p> <p>Personal zur Sicherstellung eines Bereitschaftsdienstes (rund-um-die-Uhr, 7 Tage pro Woche).</p>

Quelle: Arbeitsgruppe am ÖBIG

Tabelle 6: Strukturqualitätskriterien – Hospizteam

Personal- ausstattung	<p><i>Berufsgruppe</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• hauptamtliche Koordinationsperson</li> <li>• ehrenamtlich Tätige (Hospizbegleiterinnen/-begleiter, sonstige)</li> <li>• administrative Kraft</li> </ul>	<p><i>Personalausstattung</i></p> <p>mind. 0,5 VZÄ ab einer Teamgröße von 10-12 Personen</p> <p>nach Bedarf</p> <p>nach Bedarf</p>
Personalqualifikation	<p><i>Hauptamtliche Koordinationsperson:</i></p> <p>abgeschlossene Ausbildung und Berufserfahrung in einem Sozial- oder Gesundheitsberuf mit Fach- und Sozialkompetenz (z. B. diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson, diplomierte Sozialarbeiter) und besonderen Kenntnissen in Palliative Care (einschlägige Weiterbildung mit mind. 160 Stunden)</p> <p><i>Ehrenamtliche Hospizbegleiterinnen/-begleiter:</i></p> <p>von HOSPIZ ÖSTERREICH anerkannter Einschulungskurs in der Hospizbegleitung (70 Stunden Theorie, 40 Stunden Praktikum). Laufende Teilnahme an den Reflexions-/Supervisionstreffen (alle 4-6 Wochen) und laufende Weiterbildung (mind. 8 Stunden pro Jahr).</p> <p><i>Sonstige Ehrenamtliche:</i></p> <p>Einführung bzw. Schulung nach Bedarf</p>	
Technische Ausstat- tung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Büroausstattung (Telefon, Computer, Fax, E-Mail)</li> <li>• Handy (zur Gewährleistung der Erreichbarkeit zu bestimmten Zeiten)</li> <li>• Fahrzeug (für Hausbesuche der Koordinationsperson)</li> </ul>	
Räumliche Ausstat- tung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Büroräumlichkeiten</li> <li>• Besprechungsmöglichkeiten für Einzelgespräche und Gruppensitzungen</li> </ul>	
Leistungsangebot	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Begleitung und Unterstützung von Patientinnen/Patienten und Angehörigen: zuhause, im Senioren-/Pflegeheim und im Krankenhaus; emotionale Entlastung</li> <li>• einfaches „Dasein“ (aufmerksame Präsenz beim Patienten) z. B. in Form von „Sitzwachen“, Gesprächen, gemeinsamen Aktivitäten (z. B. spazieren gehen, vorlesen, spielen, ...)</li> <li>• Entlastung von Angehörigen: Diese können sich durch die Hospiz-Begleitung die notwendige Zeit für sich selber nehmen. Emotionale Entlastung durch kompetente Gesprächspartnerinnen/-partner.</li> <li>• Beratung (durch Koordinationsperson) z. B. zur Verfügbarkeit von Hilfsangeboten und öffentlicher Unterstützung sowie zu den Themen Sterben, Tod, Trauer</li> <li>• Vermittlung zu anderen Einrichtungen des Sozialsystems sowie des Gesundheits- und Pflegenetzes</li> <li>• Trauerbegleitung (Einzelbegleitung, Gruppenarbeit)</li> <li>• Handreichungen und Unterstützung bei den Verrichtungen des täglichen Lebens</li> </ul> <p><b>Optional:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Öffentlichkeitsarbeit</li> <li>• Information und Schulung zu den Themen Sterben, Tod und Trauer (Schulen, Seniorengruppen, Pflegeheime)</li> <li>• Bildungsarbeit</li> <li>• Patientenverfügung (Ausgabe, Beratung)</li> <li>• Mitwirkung beim Aufbau der Hospiz- und Palliativversorgung</li> </ul>	
Dimensio- nierung	<p>Ein Team wird gebildet aus mind. zehn ehrenamtlichen Personen und einer hauptamtlichen Koordinationsperson.</p>	

Quelle: Arbeitsgruppe am ÖBIG

### 2.2.3 Bedarf

Eine exakte Benennung des Bedarfes der einzelnen Versorgungsangebote ist aus heutiger Sicht schwierig, nicht zuletzt deshalb, weil es sich um einen neuen Versorgungsbereich handelt, der sich in der Aufbauphase befindet und zu dem in Österreich noch keine langjährigen Erfahrungen existieren. Eine unreflektierte Übernahme von ausländischen Richtwerten – sofern solche überhaupt existieren – ist nicht zulässig, wenn nicht feststeht, dass es sich um vergleichbare Situationen handelt.

#### Mittelfristiger Bedarf

Für die Abschätzung des Bedarfes an stationären Kapazitäten wurde neben ausländischen Richtwerten ein Simulationsmodell herangezogen, das vom ÖBIG im Zuge des von der Steiermärkischen KAGes beauftragten steirischen Palliativkonzepts entwickelt worden war. Mithilfe dieses Modells kann der Bedarf an Betten in Palliativstationen und stationären Hospizen auf der Basis von Annahmen ermittelt und prognostiziert werden. Dieses Simulationsmodell wurde für die Ermittlung bundesweiter Ergebnisse adaptiert und aktualisiert (z. B. aktuelle Bevölkerungsprognose). Auf der Basis plausibler Annahmen zu den bedarfsbestimmenden Parametern (v. a. zu versorgende Patientenanteile, Aufenthaltsdauern, Sollausslastungen) konnten österreichweite Ergebnisse ermittelt werden.

In die Abschätzung des Bedarfes der außerstationären Versorgungsangebote wurden neben ausländischen insbes. Erfahrungen aus umgesetzten österreichischen Modellen eingebracht.

Die in Tabelle 7 angeführten Bedarfsangaben gelten mittelfristig (bis zum Jahr 2010) und unter der Annahme, dass ein System der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung mit **allen** Bausteinen eingerichtet ist. Sie sind grundsätzlich als Richtwerte zu verstehen, d. h. bei einer Angebotsplanung ist jedenfalls auf regionale und geographische Gegebenheiten Bedacht zu nehmen. Es wird überdies empfohlen, die angegebenen Richtwerte zukünftig an der Realität zu überprüfen (evaluieren) und erforderlichenfalls zu adaptieren.

Tabelle 7: Bedarf an Versorgungsangeboten der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung bis zum Jahr 2010

Baustein	Bedarf	Einzugs-/Versorgungsgebiet
<b>Palliativstation</b>	60 Betten je Mio. Einwohner <sup>1</sup> , Aufteilung nach regionalen Gegebenheiten	mind. 200.000 Einwohner
<b>stationäres Hospiz</b>		geographisch zusammengehörige Regionen
<b>Tageshospiz</b>	dzt. noch nicht einschätzbar <sup>2</sup>	mind. 150.000 Einwohner
<b>Palliativkonsiliardienst</b>	Ein Palliativkonsiliardienst muss für jedes Krankenhaus im Bedarfsfall verfügbar sein. Jeder Palliativstation muss ein Palliativkonsiliardienst angegliedert sein.	Krankenhaus bzw. regionaler Krankenhaus-Verbund
<b>mobiles Palliativteam</b>	1 Team <sup>3</sup> je 140.000 Einwohner	mind. 140.000 Einwohner (abhängig von geographischen Gegebenheiten sind auch kleinere Versorgungsgebiete möglich, jedoch nicht unter 80.000 Einwohnern)
<b>Hospizteam</b>	1 Team <sup>3</sup> je 40.000 Einwohner	ca. 40.000 Einwohner

<sup>1</sup> Langfristig sollten diese 60 Betten je Mio. Einwohner etwa jeweils zur Hälfte auf Palliativstationen und stationäre Hospize aufgeteilt werden. In der ersten Phase des Auf- und Ausbaus der Hospiz- und Palliativversorgung kommt jedenfalls den Palliativstationen im Rahmen ihrer Leistungserbringung verstärkt Bildungs- und Forschungsfunktion zu.

<sup>2</sup> Empfohlen wird die Installierung von Pilotprojekten und deren Evaluierung.

<sup>3</sup> Die Mindestpersonalausstattung eines Teams ist jeweils in den Strukturqualitätskriterien festgelegt.

## Langfristige Bedarfsentwicklung

In der langfristigen Perspektive wird eine Steigerung des Bedarfes an spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgungsangeboten angenommen. Diese Annahme kann insbes. aus folgenden zukünftigen Entwicklungen abgeleitet werden:

- Demographie (Zunahme der Anzahl älterer Menschen)
- Fortschritte in der Medizin
- Epidemiologie (erwartete Zunahme an Krebserkrankungen)
- Ausweitung des relevanten Krankheitsspektrums (neben Krebserkrankungen auch unheilbare Herzerkrankungen, neurologische Erkrankungen, AIDS)
- Entwicklungen im sozialen Bereich (kleinere Familien, Single-Haushalte)

Das Ausmaß der Steigerung ist jedoch aus heutiger Sicht nicht seriös abschätzbar.

### **3 Leitlinien und Empfehlungen für einen koordinierten Auf- und Ausbau**

Zielsetzung ist es, in Österreich ein System abgestufter Hospiz- und Palliativversorgung flächendeckend zu installieren, das sowohl dem Bedarf als auch den Bedürfnissen von Betroffenen und Angehörigen entspricht.

Die Versorgung muss bundesweit gleichwertig, aber gleichzeitig auf regionale Gegebenheiten und Erfordernisse abgestimmt sein. Es ist daher notwendig, zentrale Vorgaben festzulegen, die einen Rahmen bilden, innerhalb dessen die Umsetzung dezentral erfolgen kann.

Dem Bund kommt dabei die Aufgabe zu, Vorgaben zu formulieren, die erforderlichen Rahmenbedingungen zu schaffen, Richtlinien für den schrittweisen Auf- und Ausbau vorzugeben sowie den Auf- und Ausbau zu koordinieren. Die regionale Planung und operative Umsetzung, bei der es auch einer engen Kooperation mit den Leistungsanbietern bedarf, erfolgt am besten durch die Länder.

#### **3.1 Vorgaben**

Zur Gewährleistung einer zukünftig österreichweit gleichwertigen Hospiz- und Palliativversorgung sollten folgende Punkte zentral vorgegeben werden:

- Das System der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung mit seinen Bausteinen
- Die Strukturqualitätskriterien für die Bausteine
- Die Richtwerte für den Auf- und Ausbau (Bedarf an einzelnen Bausteinen)

#### **3.2 Rahmenbedingungen**

Gegenwärtig werden der Auf- und Ausbau von spezialisierten Versorgungsangeboten durch eine Reihe von bestehenden bzw. fehlenden Regelungen erschwert. Für eine erfolgreiche Implementierung einer flächendeckenden Hospiz- und Palliativversorgung sind daher entsprechende Rahmenbedingungen zu schaffen. Punktuell sollen dabei folgende genannt werden (die Aufzählung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit):

- Finanzierung

Klärung und Sicherstellung der Finanzierung der Versorgungsangebote außerhalb des stationären Akutbereiches, d. s. stationäre Hospize, Tageshospize, mobile Palliativteams und Hospizteams. Ziel muss es sein, Hospiz- und Palliativversorgung als Sachleistung ohne (wesentliche) Kostenbeteiligung zur Verfügung zu stellen.

- Gesetze
  - ASVG: Hospiz- und Palliativversorgung soll als Pflichtleistung der Sozialversicherung eingeführt werden.
  - Bundespflegegeldgesetz: Ein auf Palliativpatienten abgestimmtes Verfahren mit dem Ziel einer rascheren und unbürokratischen Zuerkennung sollte eingeführt werden sowie eine eigene Pflegegeldstufe „Hospiz“.
  - Ausbildungs(ver)ordnungen: Verpflichtende, einheitliche Ausbildungen sind zu schaffen.
  - Mobile Palliativteams müssen die Berechtigung erhalten, Opiate für den Notfall zu lagern (Suchtmittelgesetz).
  - Familienhospizkarenz: Nachjustierung (z. B. Regelungen zur Absicherung der Existenz)
- Forschung
 

Forschungsaktivitäten sollten durch die Einrichtung von Palliativstationen in Unikliniken gefördert werden, ein Lehrstuhl für Palliative Care sollte eingerichtet werden.

Weiters sind bundesweit Aktivitäten zur Entwicklung einer palliativen Kultur und zur Verbesserung der palliativen Grundversorgung zu setzen. Es geht dabei insbes. um Öffentlichkeitsarbeit und die Qualifizierung des Personals in den Einrichtungen und Diensten der Regelversorgung (Krankenhäuser, Alten- und Pflegeheime, niedergelassene (Fach-)Ärztenschaft, mobile Dienste) auf dem Gebiet der Palliative Care.

### 3.3 Richtlinien für den schrittweisen Auf- und Ausbau

Die Planung und Implementierung einer flächendeckenden Hospiz- und Palliativversorgung auf Landesebene muss sich im Sinne eines abgestimmten Vorgehens an bundesweiten Rahmenvorgaben und Grundsätzen orientieren. Neben den unter Punkt 3.1. aufgelisteten Vorgaben zählen dazu insbesondere folgende **Grundsätze**:

- Planung auf regionaler Ebene (regionale Projektierung)
- Planung in den Planungseinheiten der Gesundheitsversorgung (z. B. Versorgungsregionen lt. ÖSG)
- im Bedarfsfall überregionale Abstimmung
- Angebotsplanung ausgerichtet am Gesamtbedarf aller palliativen Versorgungsangebote
- Berücksichtigung bereits vorhandener Angebote
- Nützen von möglichen strukturellen Synergieeffekten (z. B. Personalpools für verschiedene Versorgungsangebote)
- Berücksichtigung regionaler Besonderheiten
- Erreichbarkeiten: anzustreben sind max. 45 Minuten Anfahrtszeit als Richtwert

Für die Standort- und Kapazitätsplanung auf regionaler Ebene sind überdies relevante **Kenngrößen** zu erheben und zu berücksichtigen. Es sind dies insbes. die folgenden:

- Einzugsgebiet der Region
- Erreichbarkeiten
- Altersstruktur der zu versorgenden Bevölkerung
- Erkrankungen und Erkrankungsraten der Bevölkerung – historisch und prognostisch
- Entwicklung der Todesfälle
- bereits vorhandene Angebote
- regionale Besonderheiten

Die **Umsetzung** sollte dabei in folgenden Schritten erfolgen:

1. Ermittlung des Bedarfes, Standort- und Kapazitätsplanung

2. Schaffung der Strukturen

Vor dem Hintergrund, dass die überwiegende Mehrheit der Bevölkerung den Wunsch hat, die letzte Zeit ihres Lebens in vertrauter Umgebung zu verbringen, sollte der Ausbau mobiler Strukturen vorrangig betrieben werden (vgl. auch die Empfehlung des Rechnungshofs anlässlich der Prüfung der stationären palliativmedizinischen Versorgung in der Steiermark).

Personalentwicklung ist gleichzeitig in Gang zu setzen.

3. Qualifizierung

- Qualifizierung des Personals der Grundversorgung (Krankenhäuser, Alten- und Pflegeheime, niedergelassene (Fach-)Ärztenschaft, mobile Dienste) auf dem Gebiet der Palliative Care
- Qualifizierung des Fachpersonals in den spezialisierten Versorgungsangeboten

4. Verknüpfung und Abstimmung der Angebote

Um eine kontinuierliche und lückenlose Betreuung zu gewährleisten, ist darauf zu achten, dass die einzelnen Versorgungsangebote aufeinander abgestimmt und miteinander vernetzt sind.



## 3.4 Organisationsstruktur

Um den Prozess eines österreichweit einheitlichen und abgestimmten Auf- und Ausbaus der Hospiz- und Palliativversorgung in Gang zu bringen und die Umsetzung zu sichern, wird die Einrichtung von folgenden Institutionen als notwendig erachtet:

- Bundeskoordinationsstelle

als zentrale Ansprechstelle, mit den Aufgaben der Begleitung des Aufbaus in den Bundesländern, des Controlling sowie der Evaluierung

- Bundesplattform

zur Diskussion von und Entscheidungsfindung bei Fragestellungen mit bundesweiter Relevanz, in der insbes. folgende Entscheidungsträger/Institutionen vertreten sind: Bundesstrukturkommission, Fachgesellschaften (z. B. OPG), Dachverbände (z. B. HOSPIZ ÖSTERREICH), Sozialversicherungsträger, Ärztekammer, medizinische Universitäten

- Landeskoordinationsstelle in jedem Bundesland

mit den Aufgaben der regionalen Planung, Umsetzung, Koordination, Qualitätssicherung

Die Landeskoordinationsstelle muss in die Landschaft aller relevanten Entscheidungsträger integriert werden. Weiters ist darauf zu achten, dass die Koordinationsstelle nicht isoliert arbeitet, sondern dass relevante Institutionen und Interessenvertretungen – etwa in Form eines Beirates – in die Arbeiten zum Auf- und Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung einbezogen werden. In Frage kommen hier insbes. die folgenden: Landespolitik, Landeskommission, Träger der Einrichtungen, Sozialversicherungsträger, Ärztekammer, Landesverband der Hospizbewegung, Pensionistenverbände, etc.

In der Steiermark ist bereits seit 2002 eine eigene Koordinationsstelle eingerichtet, die hinsichtlich ihrer Funktion und Aufgaben für andere Bundesländer als Vorbild dienen könnte.

Bei der Einrichtung dieser Stellen sollte der Grundsatz gelten, nach Möglichkeit vorhandene Strukturen zu nutzen.

## Literatur

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hrsg.): Österreichischer Krankenanstalten- und Großgeräteplan 2003 (ÖKAP/GGP2003). Verfasst vom Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Wien 2003

Council of Europe: Recommendation Rec (2003) of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care. November 2003 (Link: <http://www.coe.int/>)

Höfler, A., E.: Die Geschichte der Hospizbewegung in Österreich. Zukunft braucht Vergangenheit

HOSPIZ ÖSTERREICH: Die letzten Schritte des Weges. o. O. 2003  
(Link: <http://www.hospiz.at>)

Österreichische Palliativgesellschaft (OPG): Palliativ.aktuell o. O. 2003  
(Link: <http://www.palliativ.at>)

Rechnungshof: Wahrnehmungsbericht des Rechnungshofes – Stationäre palliativmedizinische Versorgung. Rechnungshof ZI 001.506/111-E1/03, Wien 2003  
(Link: <http://www.rechnungshof.gv.at>)

# **ANHANG**

Ausgedruckt am 12. 12. 2001

## **Bericht**

### **des Gesundheitsausschusses**

**über das Stenographische Protokoll der Parlamentarischen Enquete zum Thema „Solidarität mit unseren Sterbenden – Aspekte einer humanen Sterbebegleitung in Österreich“ (III-106 der Beilagen)**

[...]

Als Ergebnis seiner Beratungen stellt der Gesundheitsausschuss somit den **Antrag**, der Nationalrat wolle die **beigedruckte EntschlieÙung** annehmen.

Wien, 2001 12 06

**Mag. Beate Hartinger**  
Berichterstatterin

**Dr. Alois Pumberger**  
Obmann

Anlage

## **EntschlieÙung**

Die Bundesregierung wird ersucht, ihre ablehnende Haltung gegenüber der „aktiven Sterbehilfe“ beizubehalten.

Der Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen wird ersucht,

1. im Zusammenwirken mit den Gebietskörperschaften und dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger einen österreichweiten Hospizplan zu erarbeiten, der den Ausbau des Hospizwesens und der Palliativmedizin regelt und eine ausreichende Versorgung der Bevölkerung mit mobilen, ambulanten und stationären Hospizdiensten sicherstellt.  
In diesem Plan sollen auch die Voraussetzungen geschaffen werden, dass die positiven Erfahrungen in der Betreuung Sterbender im Sinne der internationalen Hospizidee verstärkt in Spitälern, stationären und mobilen Pflegeeinrichtungen integriert werden können;
2. die im österreichischen Krankenanstaltenplan bereits vorgesehenen palliativmedizinischen Einheiten in den Krankenanstalten so rasch als möglich nach einem mit allen Verantwortlichen abgestimmten Stufenplan einzurichten;
3. gemeinsam mit den Ländern eine Finanzierungsregelung für die stationären Einrichtungen im Rahmen eines in diesem Sinne modifizierten LKF-Modells auszuarbeiten;
4. um dem Wunsch schwer kranker Menschen und ihrer Angehörigen nach dem Sterben in vertrauter häuslicher Umgebung nachzukommen, auch den ambulanten und mobilen Hospizbereich zügig und bedürfnisgerecht auszubauen;
5. einen deutlichen Schwerpunkt auf die Verbesserung der berufsübergreifenden Zusammenarbeit an den Schnittstellen (Spital, Hausarzt, Hauskrankenpflege, Hospizdienst) zu legen;

6. dem Nationalrat Finanzierungsmodelle zur langfristigen Absicherung für mobile und extramurale Einrichtungen vorzulegen, da die Inanspruchnahme von Hospizdiensten nicht von Einkommensverhältnissen abhängen darf;
7. für alle in der Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen tätigen Berufsgruppen bundeseinheitliche Standards interdisziplinärer Fortbildungsmaßnahmen zu forcieren.

Zusätzlich ist die Möglichkeit einer Weiterbildung für den gehobenen Gesundheits- und Krankenpflegefachdienst für Palliativpflege zu schaffen;

8. Vorbereitungskurse von ehrenamtlich, unentgeltlich tätigen Menschen, deren Fortbildung, Supervision und Koordination finanziell zu unterstützen;
9. durch Öffentlichkeitsarbeit auf die Möglichkeiten der Hospiz- und Palliativversorgung hinzuweisen;
10. gemeinsam mit dem Bundesminister für Justiz praxisorientierte Lösungsmöglichkeiten für Patientenverfügungen auf der Basis des geltenden Rechtes – mit Hilfe einer einzurichtenden Expertengruppe – zu erarbeiten, aber auch allfälligen legislativen Handlungsbedarf zu ermitteln.

Der Bundesminister für Wirtschaft und Arbeit wird ersucht, bis längstens 1. Jänner 2003 ein Modell zur Verwirklichung der Karenz zur Sterbebegleitung zu entwickeln, arbeitsrechtlich abzusichern und dem Nationalrat vorzulegen. Eine derartige Karenzierung zur Betreuung Sterbender soll die teilweise oder gänzliche Freistellung für drei Monate – mit einfacher Verlängerungsmöglichkeit auf sechs Monate – ermöglichen.

Gleichzeitig wird der Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen ersucht, ein Konzept zur sozialrechtlichen Absicherung der betreuenden Person für die Dauer der Sterbebegleitung zu entwickeln und dem Nationalrat vorzulegen.

Die Bundesministerin für Bildung, Wissenschaft und Kultur wird ersucht, Aktivitäten der Medizinischen Fakultäten zur

- Schaffung von Professuren für Palliativmedizin, Schmerztherapie und Geriatrie sowie zu
- Schwerpunktsetzungen in der Lehre, insbesondere den Studienplänen Humanmedizin, und in der Forschung, vor allem für den Bereich der Palliativmedizin, Schmerztherapie und Geriatrie aktiv zu unterstützen.