

ÖSTERREICHISCHES BUNDESINSTITUT FÜR GESUNDHEITSWESEN



ÖBIG

**ARBEITSGRUPPE
HOSPIZ- UND PALLIATIV-
VERSORGUNG**

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

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen



ÖBIG

ARBEITSGRUPPE HOSPIZ- UND PALLIATIV- VERSORGUNG

BERICHT

Claudia Nemeth

Ingrid Rottenhofer

Barbara Schleicher

Wien, Mai 2006

Im Auftrag des
Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen

Zl.: 43152/06

Der Umwelt zuliebe: Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

Kurzfassung

In Österreich gibt es ein breites Bekenntnis zur Verbesserung der Versorgung von unheilbar kranken und sterbenden Menschen durch eine angemessene Hospiz- und Palliativversorgung. Im Frühjahr 2005 wurde eine Arbeitsgruppe aus Bund, Ländern und Sozialversicherung sowie Ärztekammer eingerichtet, mit dem Ziel, eine Einigung über die Rahmenbedingungen für eine abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung herbeizuführen und damit den Umsetzungsprozess einer österreichweit gleichwertigen, flächendeckenden Versorgung in Gang zu setzen.

In den meisten Bundesländern bestehen bereits Konzepte und Pläne zur Hospiz- und Palliativversorgung. Die Analyse dieser Konzepte unterstreicht die Notwendigkeit einer bundesweiten Verständigung auf einheitliche Vorgaben insbes. in Bezug auf die erforderlichen Versorgungsangebote mit einheitlichen Bezeichnungen und den quantitativen Bedarf sowie auf einen Stufenplan zur Umsetzung.

Zwei Unterarbeitsgruppen haben **Empfehlungen zum Auf- und Ausbau** der Hospiz- und Palliativversorgung ausgearbeitet sowie Grundlagen für den Diskussions- und **Entscheidungsprozess** in Bezug auf die **Finanzierung** dieses Versorgungsbereiches aufbereitet:

Bundesweit soll das System einer abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung umgesetzt werden, das den Patientinnen und Patienten eine ihren Bedürfnissen angemessene Versorgung garantiert. Das System besteht aus einer palliativen Grundversorgung in den bestehenden Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens sowie – bei komplexen Situationen und schwierigen Fragestellungen – einer Versorgung durch **eigene, spezialisierte Dienste und Einrichtungen**.

Der Auf- und Ausbau einer abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung soll von dem Ziel geleitet werden, bundesweit eine flächendeckende, bedarfsgerechte, einheitliche Versorgung sicherzustellen. Er soll in Etappen erfolgen und im Jahr 2012 abgeschlossen sein. Neben der Errichtung der Strukturen sind Maßnahmen zur Vernetzung der Versorgungsstrukturen, im Bereich der Bildung (insbes. Verankerung der Palliativmedizin in der ärztlichen Ausbildung) und Qualitätssicherung vorgesehen sowie als flankierende Maßnahme eine breite und kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit über die Hospiz- und Palliativversorgung zur Verbesserung des Informationsstandes in den Fachkreisen und in der österreichischen Bevölkerung. Der **Stufenplan** zum Auf- und Ausbau soll einen bundesweiten Rahmen darstellen, an dem sich die Umsetzungsmaßnahmen in den Bundesländern orientieren sollen.

Die Umsetzung kann nicht dem freien Spiel der Kräfte überlassen werden und sollte daher in einem **koordinierten, bundesweit abgestimmten Prozess** erfolgen. Zu diesem Zweck wird die Einsetzung von Koordinationen in den Bundesländern (auf Landesebene unter Berücksichtigung der regionalen Gegebenheiten) sowie einer bundesweiten Koordination (zur Gewährleistung der bundesweiten Abstimmung) vorgeschlagen. Die Umsetzung soll durch ein begleitendes Monitoring evaluiert werden.

Eine erste grobe Abschätzung der Kosten einer eingeführten abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung ergibt ein **jährliches Kostenvolumen** in der Höhe von rund 101,7 Millionen Euro für den Betrieb der Einrichtungen und Dienste (im Vollausbau, auf Preisbasis 2006). Hinzu kommen noch Kosten, die von der Sozialversicherung und von den Ländern für Leistungen wie Heilmittel, ärztliche Hilfe, etc. übernommen werden. Die Höhe dieser Kosten kann derzeit nicht verlässlich abgeschätzt werden. Ebenso wenig kann gegenwärtig die Höhe der vom System zusätzlich zum Status-quo aufzubringenden Mittel seriös abgeschätzt werden.

Es herrscht breiter Konsens, dass bei einer eingeführten abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung **Entlastungseffekte** in anderen Bereichen zu erwarten sind. Verschiebungen und damit Entlastungen sind in allen Versorgungsbereichen, in denen potenzielle Palliativpatientinnen und -patienten derzeit kompensatorisch behandelt werden, denkbar, d. s. der Krankenhaus- und der niedergelassene Bereich. Quantitative und kostenmäßige Einschätzungen derartiger Effekte wurden bislang in Österreich nur punktuell angestellt; diese Einschätzungen lassen keine Schlüsse auf Gesamteffekte zu. Unbestritten ist jedenfalls, dass eine spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung erstens eine **Qualitätsverbesserung** in der Versorgung der Zielgruppe bewirkt und zweitens (in Entsprechung des mehrheitlichen Wunsches der Bevölkerung) eine Verlagerung der Sterbeorte aus dem Krankenhaus in die **vertraute Umgebung** zur Folge hat – zwei Effekte, die allfällige zusätzliche Kosten zumindest relativieren sollten.

Der Auf- und Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung stagniert gegenwärtig; ein Umstand, der hauptsächlich auf die derzeitige Finanzierungssituation mit weitgehend **fehlenden Finanzierungsregelungen** zurückgeführt wird. So ist die derzeitige Situation insbes. von folgenden Umständen gekennzeichnet:

- Die Hospiz- und Palliativversorgung bewegt sich in einem Bereich zwischen Gesundheitswesen und Sozialwesen. Bei strenger Auslegung der geltenden Rechtslage kommt es zu **gravierenden Patientenbenachteiligungen**.
- Für die extramuralen Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung gibt es keine allgemein gültigen Finanzierungsregelungen. Dadurch sind hier viele (individuelle), zeitlich begrenzte Modell-Lösungen entstanden.
- Die Kosten der vorhandenen Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung werden von einer Vielzahl von Finanziers gedeckt.
- Spenden spielen generell eine Rolle (selbst im Bereich der Palliativstationen, die über das LKF-System finanziert werden, sind die Betreiber mangels Kostendeckung auf zusätzliche Finanzierungsmöglichkeiten (z. B. Spenden) angewiesen).

Resümierend ist festzustellen, dass zur Umsetzung einer flächendeckenden abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung die **langfristige Finanzierung** der einzelnen Versorgungsangebote gesichert sein muss. Neben einer Regelfinanzierung der Hospiz- und Palliativversorgung ist auch die Aufbringung der Mittel für allfällige Investitionen, für die erforderlichen Personalschulungen sowie für die insbes. in der Aufbauphase notwendigen Koordinationen

zu klären. Diese Finanzierungsfragen sind in der Folge **auf politischer Ebene** zwischen allen Finanziers zu beraten.

Aufgrund der Tatsache, dass sich die Hospiz- und Palliativversorgung im Feld zwischen dem Gesundheits- und dem Sozialbereich bewegt, ist bei den weiteren Schritten zur Implementierung auf eine **Abstimmung zwischen dem Gesundheits- und dem Sozialbereich** zu achten.

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	1
1.1 Ausgangslage	1
1.2 Projektziel und Projektinhalte	2
1.3 Projektorganisation	3
2 Bestehende Konzepte zum Auf- und Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich – Vergleichende Analyse	4
3 Allgemein gültige Grundsätze für den Auf- und Ausbau	6
3.1 Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung	7
3.2 Bausteine	8
3.3 Bedarf	9
3.4 Palliative Langzeitversorgung	10
3.5 Leitlinien für den Auf- und Ausbau	12
4 Maßnahmenprogramm	14
4.1 Rahmenbedingungen	14
4.2 Stufenplan zum Auf- und Ausbau einer flächendeckenden abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung	18
4.3 Organisationsstruktur	24
4.4 Monitoring	27
5 Kosten und Finanzierung	30
5.1 Jährliche Kosten bei Vollausbau	30
5.2 Verschiebungseffekte, Einsparungspotenziale	34
5.3 Verflechtung Gesundheits- Sozialwesen	36
5.4 Derzeitige Finanzierungssituation	38
Literatur	40
Anhang	41

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabellen

Tabelle 3.1: Bedarfsrichtwerte für Versorgungsangebote der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung bis zum Jahr 2010.....	9
Tabelle 4.1: Flächendeckende abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung – Stufenplan zum Auf- und Ausbau	19
Tabelle 4.2: Flächendeckende abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung – Zeitplanung	23
Tabelle 5.1: Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung – grobe Abschätzung der den Trägern entstehenden Jahreskosten der Strukturen im Vollausbau (in Euro, Preisbasis 2006).....	31
Tabelle 5.2: Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung – Kostengrundlagen und in den Kostenansätzen enthaltene Faktoren	32
Tabelle 5.3: Iststand der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich – Finanzierung und betroffene Versorgungssektoren	38

Abbildungen

Abbildung 3.1: Bausteine der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung	8
Abbildung 4.1: Organigramm zum Auf- und Ausbau einer flächendeckenden abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung	25

Übersichten

Übersicht 5.1: Potenzielle Auswirkung der einzelnen Bausteine eines abgestuften Hospiz- und Palliativversorgungssystems auf die Verweildauer in den traditionellen Versorgungsfeldern.....	36
Übersicht 5.2: Gegenüberstellung verschiedener patientenrelevanter Aspekte am Beispiel Palliativstation im Krankenhaus vs. stationäres Hospiz im Pflegeheim	37

Abkürzungsverzeichnis

BGK	Bundesgesundheitskommission
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
BMSG	Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz
EW	Einwohnerin/Einwohner
GGP	Großgeräteplan
GKK	Gebietskrankenkasse
HVSV	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
IFF	Institut für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung
KAGes	Krankenanstaltengesellschaft Steiermark
KRAGES	Krankenanstaltengesellschaft Burgenland
KH	Krankenhaus
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
LKH	Landeskrankenhaus
LReg	Landesregierung
NÖGUS	Niederösterreichischer Gesundheits- und Sozialfonds
OPG	Österreichische Palliativgesellschaft
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
ÖKAP	Österreichischer Krankenanstaltenplan
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PVA	Pensionsversicherungsanstalt
QS	Qualitätssicherung
UPE	Universitäre Palliativmedizinische Einrichtung
VZÄ	Vollzeitäquivalente
ZISOP	Zentrum für Interdisziplinäre Schmerztherapie, Onkologie und Palliativmedizin

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

Die Hospiz- und Palliativversorgung hat die Verbesserung der Lebensqualität von unheilbar kranken und sterbenden Menschen in einem fortgeschrittenen Erkrankungsstadium sowie ihrer Angehörigen zum Ziel. Inhalte sind die Symptomkontrolle, das heißt die Linderung von Krankheitssymptomen (v. a. von Schmerzen), und eine psychosoziale Betreuung, die sich sowohl auf die Patientinnen und Patienten als auch auf deren Angehörige erstreckt.

Die Planung dieses Versorgungsbereiches nahm in Österreich ihren Anfang in der Krankenanstaltenplanung. So wurde die Palliativversorgung unter dem Titel „Hospiz“ erstmals im Jahr 1999 als Teil der stationären Akutversorgung in den Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplan (ÖKAP/GGP) aufgenommen. In den darauffolgenden Revisionen zum ÖKAP/GGP wurde die Planung dieses Bereiches sukzessive vertieft. Im derzeit geltenden ÖKAP/GGP 2003 sind bundesweit 39 Palliativstationen und Palliativbereiche mit insgesamt 338 Betten geplant sowie verbindliche Richtlinien für die Strukturqualitätskriterien dieser Einheiten festgehalten. Im Jahr 2004 hat das ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen) gemeinsam mit einer Expertengruppe ein Konzept für eine abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich vorgelegt. Darin werden die in Ergänzung zu den Palliativstationen notwendigen palliativen Versorgungsangebote beschrieben. Eine bundesweite Planung und Umsetzung dieses abgestuften Hospiz- und Palliativversorgungssystems gibt es bislang nicht, es wurden jedoch auf nationaler und auch internationaler Ebene bereits Bekenntnisse bzw. Erklärungen zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung abgelegt:

- Im **Entschließungsantrag aller vier politischen Parteien** im Parlament vom 12.12.2001 wurde ein 10-Punkteprogramm für die Hospiz- und Palliativbetreuung verabschiedet.
- In der **Regierungserklärung 2003 – 2006** heißt es: „Die menschliche Qualität misst sich daran, wie wir Mitmenschen in der letzten Phase ihres Lebens begleiten. Es soll für alle, die es brauchen, ein ausreichendes Angebot an Hospizeinrichtungen zur Verfügung stehen.“
- In die im Herbst 2004 zwischen dem Bund und den Ländern abgeschlossene **15a-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens** wurde ein Passus über den Auf- und Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung aufgenommen. Im Artikel 3 Abs. 2 lautet es: „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 an den Nahtstellen zum Pflegebereich, sicherzustellen.“

- In der „**Empfehlung des Europarates an die Mitgliedsstaaten zur Strukturierung der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung vom November 2003**“, die von allen 45 Mitgliedsstaaten verabschiedet wurde, wird die Palliativmedizin als unverzichtbarer und integraler Teil der Gesundheitsversorgung manifestiert. „In den nationalen Strategien für die Gesundheitsversorgung sollten Vorkehrungen für die Entwicklung und funktionelle Integration von palliativmedizinischer Versorgung enthalten sein“. Weiters heißt es „Palliativversorgung sollte in angemessener und ausreichender Weise finanziert werden“.

Am 10. Dezember 2004 hat der Nationalrat eine EntschlieÙung betreffend die Einrichtung einer Arbeitsgruppe verlautbart (vgl. Anhang 1). In dieser EntschlieÙung wird die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen ersucht, „zur Integration der Erfahrungen aus dem Hospiz- und Palliative Care Bereich in die stationäre geriatrische Pflege bis zum 1.7.2005 eine Arbeitsgruppe einzurichten.“

In der Arbeitsgruppe für Strukturveränderungen wurde daher beschlossen, eine „Arbeitsgruppe betreffend Palliative Care“ einzusetzen. Diese Arbeitsgruppe konstituierte sich am 18. Mai 2005 und setzte sich die Einigung über Rahmenbedingungen, Bausteine, Mengenrüst und Kostenschätzungen für eine flächendeckende Versorgungsstruktur im Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung zum Ziel. Mit den damit in Zusammenhang stehenden operativen Tätigkeiten wurde das ÖBIG betraut.

1.2 Projektziel und Projektinhalte

Zielsetzung des Projektes war es, in der Arbeitsgruppe einen Konsens über die Grundsätze und Vorgaben für den Auf- und Ausbau einer abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung herbeizuführen. Dazu wurden folgende Arbeitsschritte definiert:

- Recherche und vergleichende Analyse von bereits vorhandenen Konzepten zum Auf- und Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich als Grundlage für die Ableitung von allgemein gültigen Vorgaben.
- Erarbeitung von allgemein gültigen Grundsätzen für den Auf- und Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich mit Festlegungen
 - zu den erforderlichen Angeboten und Bedarfsrichtwerten,
 - zur Palliative Care in der stationären Pflege sowie
 - zu Leitlinien für den Auf- und Ausbau.
- Erarbeitung eines Maßnahmenprogramms zur Umsetzung
 - mit einer Problemanalyse,
 - einem Stufenplan und
 - Vorschlägen bezüglich Organisationsstruktur und Monitoring.
- Festlegung der Vorgehensweise in Bezug auf eine Kostenschätzung und Vorschläge zur Finanzierung der Hospiz- und Palliativversorgung.
Im Projektverlauf wurde dieser Arbeitsschritt dahingehend geändert, als eine erste grobe Kostenschätzung durchgeführt wurde und Grundlagen für den Diskussions- und Entscheidungsprozess in Bezug auf die Finanzierung aufbereitet wurden.

1.3 Projektorganisation

Die Projektinhalte waren in enger Kooperation mit Expertinnen und Experten auf dem Gebiet der Hospiz- und Palliativbetreuung zu erarbeiten, wobei zur Sicherung der Akzeptanz der Ergebnisse die einzelnen Bundesländer, die beiden nationalen Interessenvertretungen (Dachverband HOSPIZ ÖSTERREICH und OPG – Österreichische Palliativgesellschaft) und die Sozialversicherung vertreten sein sollten.

Entsprechend den Arbeitsinhalten wurden zwei Unterarbeitsgruppen eingerichtet, wobei sich eine mit den Fragen zu den Grundsätzen und Vorgaben für die bundesweite Umsetzung befasste, die zweite mit der Thematik Kosten und Finanzierung. Die Mitglieder wurden von den Länder-Vertretern und den Sozialversicherungsvertretern der Arbeitsgruppe sowie vom Dachverband HOSPIZ ÖSTERREICH und von der OPG nominiert. Eine Auflistung der nominierten Mitglieder enthält Anhang 2.

Die Unterarbeitsgruppe „Grundsätze und Vorgaben“ bearbeitete die folgenden Themen:

- **Allgemein gültige Grundsätze** für den Auf- und Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich mit Festlegungen zu den:
 - erforderlichen Angeboten der Hospiz- und Palliativversorgung inkl. Palliative Care in der stationären Pflege; Einigung auf die Bezeichnung der einzelnen Versorgungsangebote
 - Richtwerten für den Bedarf an den einzelnen Angeboten einer abgestuften Versorgung
 - Leitlinien und Prinzipien für den Auf- und Ausbau einer abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung
- **Maßnahmenprogramm** für die Ingangsetzung eines bundesweit abgestimmten Umsetzungsprozesses mit folgenden Inhalten:
 - Auflistung von Hindernissen, die in Verbindung mit dem Auf- und Ausbau auftreten, und von Lösungsansätzen
 - Stufenplan für den Auf- und Ausbau (Aktivitäten in der Zeitschiene)
 - Vorschlag für die in Verbindung mit einem bundesweit abgestimmten Auf- und Ausbau erforderliche Organisationsstruktur (Organigramm inkl. Funktionen)
 - Vorschlag für ein begleitendes Monitoring des Auf- und Ausbaus

Diese Unterarbeitsgruppe traf im Zeitraum zwischen November 2005 und April 2006 zu insgesamt fünf Sitzungen im ÖBIG zusammen.

Die inhaltliche Zuständigkeit der Unterarbeitsgruppe „Finanzierung“ erstreckte sich auf den Themenbereich Kosten und Finanzierung einer abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung. Die Unterarbeitsgruppe wurde im Jänner 2006 installiert und traf sich zwischen Jänner und Mai 2006 insgesamt drei Mal im ÖBIG.

Jeweils nach Abschluss eines inhaltlichen Pakets erstattete das ÖBIG der Arbeitsgruppe Bericht und präsentierte die Arbeitsergebnisse. Diese wurden in der Folge diskutiert und die weitere Vorgangsweise wurde akkordiert. Im Projektverlauf fanden sechs Sitzungen der Arbeitsgruppe statt. Diese Sitzungen wurden vom BMGF organisiert.

2 Bestehende Konzepte zum Auf- und Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich – Vergleichende Analyse

In den meisten Bundesländern liegen bereits Arbeiten/Pläne zu einem strukturierten Auf- und Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung vor. Auf Bundesebene existiert bislang nur zu den im Krankenhaus angesiedelten Palliativstationen eine Planung. (Das Konzept zur abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung ist vorwiegend inhaltlich orientiert.)

Als Grundlage für die Ableitung von bundesweiten Grundsätzen zum Auf- und Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung dient eine vergleichende Analyse der bereits vorhandenen Konzepte. Eine im Herbst 2005 durchgeführte Recherche ergab, dass zu diesem Zeitpunkt in allen Bundesländern mit Ausnahme von Tirol und Wien schriftliche konzeptionelle Überlegungen/Pläne für die Implementierung einer Hospiz- und Palliativversorgung vorlagen. In Tirol wurde zwischenzeitlich ein Versorgungskonzept erarbeitet, das nachträglich in die Analyse aufgenommen wurde. In Wien wird an einem entsprechenden Konzept gearbeitet.

Die Analyse der vorhandenen Konzeptionen erfolgte hinsichtlich folgender Fragestellungen:

- Welche palliativen Versorgungsangebote sind definiert und wie werden sie bezeichnet?
- Welche Bedarfe sind festgelegt und was sind die Bedarfsgrundlagen?
- Welche Zeithorizonte gelten für die Umsetzung?
- Welche Maßnahmen/Umsetzungsschritte sind vorgesehen?
- Gibt es Kostenschätzungen und einen Finanzierungsvorschlag?
- Welche Verbindlichkeit hat das Konzept?

Ergebnisse

Die wesentlichen Ergebnisse können wie folgt beschrieben werden:

- Die Konzepte sind allesamt jüngerem Datums und im Zeitraum zwischen 2000 und 2006 entstanden bzw. fertiggestellt worden und spiegeln die **Entwicklungen dieses jungen Versorgungsbereiches** wider.
- Bei den jeweils definierten Versorgungsangeboten (Bausteine einer Hospiz- und Palliativversorgung) zeigen sich Unterschiede sowohl bezüglich der Anzahl als auch bezüglich der verwendeten Bezeichnungen. Ein Trend in Richtung Verständigung auf **einheitliche Bezeichnungen** für gleiche Angebote ist in jüngerer Vergangenheit erkennbar.
- Es werden unterschiedliche Methoden zur quantitativen Bedarfsbestimmung herangezogen. Im Tenor werden eher vorsichtige Annahmen getroffen, mit der **Empfehlung eines schrittweisen Ausbaus**.

- Die Konzepte sind überwiegend Expertisen ohne offiziellen Verbindlichkeitsakt. Lediglich das Konzept für NÖ wurde offiziell beschlossen.
- Die Kosten- und Finanzierungsfrage wird in unterschiedlicher Intensität behandelt, häufig auch gar nicht. Konkrete Schätzungen und Finanzierungslösungen enthält z. B. das Konzept für NÖ.

Eine Auflistung aller vorhandenen und in die Analyse einbezogenen Konzepte/Arbeiten sowie eine Übersicht über die jeweiligen Inhalte anhand von Kriterien enthält Anhang 3.

Die in den Konzepten aufgezeigten Unterschiede dürfen nicht überbewertet werden, da sich der Aufbau der Hospiz- und Palliativversorgung in der **Pionierphase** befindet, zu dem bislang allgemeine Vorgaben gefehlt haben. Außerdem wurden die Konzepte z. T. in der Zwischenzeit „von der Entwicklung überrollt“. So kommt es z. B. bereits zu Diskrepanzen zwischen in Konzepten verschriftlichten und in der Praxis verwendeten Bezeichnungen einzelner Bausteine.

Insgesamt zeigt sich in den Bundesländern eine eher heterogene Situation bei den Planungen und Umsetzungsaktivitäten. Die vorhandenen Konzepte spiegeln deutlich die Defizite in Bezug auf bundesweite Vorgaben und Regelungen zu diesem neuen Versorgungsbereich wider. Die Situation unterstreicht die **Notwendigkeit einer bundesweiten Verständigung** auf einheitliche Vorgaben insbes. in Bezug auf die erforderlichen Versorgungsangebote und den quantitativen Bedarf, auf einheitliche Bezeichnungen für die Versorgungsangebote (in ganz Österreich soll unter dem gleichen Begriff das gleiche Angebot verstanden werden) und auf **Zielhorizonte hinsichtlich Umsetzung**.

3 Allgemein gültige Grundsätze für den Auf- und Ausbau

Die flächendeckende Implementierung eines Hospiz- und Palliativversorgungssystems in Österreich hat zwei grundlegende Anforderungen zu erfüllen: erstens die Gewährleistung einer gleichwertigen Versorgung im gesamten Bundesgebiet und zweitens die Berücksichtigung von bzw. die Anpassung an regionale Gegebenheiten.

Der von den Bundesländern bereits eingeschlagene Weg, eigene auf die jeweils regionalen/strukturellen Gegebenheiten zugeschnittene Versorgungskonzepte zu entwickeln und umzusetzen, erfüllt prinzipiell die zweite Forderung. Eine österreichweit gleichwertige Versorgung der Bevölkerung ist damit jedoch nicht gewährleistet. Dies ergab auch der Vergleich der Bundesländer-Konzepte, wonach neben unterschiedlichen Versorgungsangeboten auch unterschiedliche Zeithorizonte für den Abschluss des Aufbaus festgelegt sind.

Es bedarf daher der Entwicklung bundesweiter Strategien mit einer anschließenden Verständigung auf diese und der Einhaltung dieser Strategien auf Ebene der Bundesländer. Ziel muss es dabei sein, eine flächendeckende Hospiz- und Palliativversorgung zu sichern, die der österreichischen Bevölkerung eine gleichwertige Versorgung sichert, unabhängig davon, in welchem Bundesland jemand wohnt. In diesem Sinn werden in diesem Kapitel

- die erforderlichen **Versorgungsangebote** beschrieben,
- die **Bedarfsrichtwerte** vorgegeben, an denen sich der Aufbau in quantitativer Hinsicht orientieren soll,
- eine Empfehlung zur Verbesserung der **palliativen Langzeitversorgung** gegeben, und schließlich
- **Leitlinien** für den Auf- und Ausbau vorgestellt.

Vorangestellt werden allgemeine Aussagen zur Hospiz- und Palliativbetreuung:

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

Zu den 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.

3.1 Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung

Eine adäquate Palliativversorgung erfolgt idealerweise in einem System abgestufter Versorgung. Dadurch kann dem Grundsatz „die richtigen Patientinnen und 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 dort tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter besser zu qualifizieren. In komplexen Situationen stehen bei schwierigen Fragestellungen zusätzliche fachliche Expertisen aus speziellen Versorgungsangeboten und die nötige Koordinationskompetenz zur Verfügung. Die palliative Betreuung erfolgt daher abgestuft durch spezielle Versorgungsangebote, die auf unterschiedliche Bedürfnislagen abgestimmt sind.

3.2 Bausteine

Palliativstationen übernehmen dabei die Versorgung in besonders komplexen Situationen, die durch andere Einrichtungen und 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. Im Unterschied zur Palliativstation, die eine Entlassung der Patientinnen und Patienten anstrebt, ist im stationären Hospiz auch eine Betreuung bis zum Tod möglich.

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 Palliativpatientinnen/-patienten und ihre Angehörigen in allen Versorgungskontexten.

Das System der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung benötigt somit neben den traditionellen, etablierten Einrichtungen und Dienstleistern des Gesundheits- und Sozialwesens eigene, spezialisierte Versorgungsangebote. Diese – auch „Bausteine“ genannten – Angebote fügen sich wie in Abbildung 3.1 dargestellt in das Versorgungssystem ein. Definitionen und empfohlene Qualitätskriterien für die einzelnen Bausteine enthält Anhang 4.

Abbildung 3.1: Mögliche Bausteine der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung

Hospiz- und Palliativbetreuung				
Grundversorgung		spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung		
traditionelle Dienstleister		unterstützende Angebote		betreuende Angebote
Akutbereich	Krankenhäuser	Hospizteams	Palliativ-konsiliardienste	Palliativ-stationen
Langzeitbereich	Alten- und Pflegeheime		Mobile Palliativteams	Stationäre Hospize
Familienbereich, zu Hause	Niedergelassene (Fach-)Ärztenschaft, mobile Dienste, Therapeutinnen/Therapeuten			Tageshospize
einfache Situationen 80 bis 90 Prozent der Sterbefälle		komplexe Situationen, schwierige Fragestellungen 10 bis 20 Prozent der Sterbefälle		

Quellen: HOSPIZ ÖSTERREICH, ÖBIG

Neben einer adäquaten Betreuung der betroffenen Patienten/innen ist bei der Etablierung eines Systems der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung auch mit einer Entlastung des Akutbereiches zu rechnen – sowohl was die Dauer als auch die Häufigkeit von Akutaufenthalten betrifft (vgl. auch Kapitel 5).

3.3 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.

Tabelle 3.1: Bedarfsrichtwerte für Versorgungsangebote der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung bis zum Jahr 2010

Baustein	Empfohlener Bedarfsrichtwert bis 2010	Einzugs-/Versorgungsgebiet
Palliativstation	60 Betten je Mio. Einwohner, Aufteilung nach regionalen Gegebenheiten ¹	mind. 200.000 Einwohner
Stationäres Hospiz		geographisch zusammengehörige Regionen
Tageshospiz	Bedarf an Einrichtungen bzw. Betreuungsplätzen noch nicht einschätzbar ²	mind. 150.000 Einwohner, nur im Ballungsraum sinnvoll
Palliativkonsiliardienst	Für jedes Krankenhaus im Bedarfsfall verfügbar. Jeder Palliativstation muss ein Palliativkonsiliardienst angegliedert sein.	Krankenhaus bzw. regionaler Krankenhaus-Verbund
Mobiles Palliativteam	1 Team ³ je 140.000 EW	mind. 140.000 Einwohner (abhängig von geographischen Gegebenheiten sind auch kleinere Versorgungsgebiete möglich, jedoch nicht unter 80.000 Einwohnern) ⁴
Hospizteam	1 Team ⁵ je 40.000 EW	ca. 40.000 Einwohner

¹ Empfehlung der Arbeitsgruppe für die Verteilung der Bettenzahlen: 2/3 Palliativstation, 1/3 stationäres Hospiz.

² Empfohlen wird die Installierung von Pilotprojekten und deren Evaluierung.

³ Ein Team wird aus 4,5 Vollzeitkräften gebildet. Die Teamzusammensetzung ist in den Qualitätskriterien festgelegt.

⁴ Das Einzugsgebiet soll in Abhängigkeit von der Bevölkerungsdichte und den räumlichen Entfernungen eine Erreichbarkeit in angemessener Zeit gewährleisten, wobei Zeiten innerhalb von 30 bis 45 Minuten anzustreben sind.

⁵ Ein Team wird gebildet aus mind. zehn ehrenamtlichen Personen und einer hauptamtlichen Koordinationsperson. Details sind in den Qualitätskriterien festgelegt.

Quelle: Arbeitsgruppe/ÖBIG 2006

In die Abschätzung des Bedarfs sind neben ausländischen Empfehlungen insbesondere im Bereich der extramuralen Versorgungsangebote Erfahrungen aus umgesetzten österreichischen Modellen eingebracht. Die in der Tabelle 3.1 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 Richtwert zu verstehen, d. h. bei der 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.

Bei der Planung und Implementierung bedarfsgerechter Versorgungsstrukturen gilt es, die regionalen Gegebenheiten entsprechend zu berücksichtigen. So orientiert sich eine bedarfsgerechte Angebotsstruktur nicht zuletzt daran, ob es sich um einen städtischen Ballungsraum oder um eine ländliche Region mit möglicherweise intakten informellen Unterstützungsstrukturen handelt. Auch Erreichbarkeiten (insbes. in zeitlicher Hinsicht) sind bei Standortplanungen einzubeziehen.

Langfristige Bedarfsentwicklung

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

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

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

3.4 Palliative Langzeitversorgung

Ein Bedarf an palliativer Betreuung ist auch im Bereich der Langzeitversorgung (von alten aber auch von behinderten Menschen) gegeben. Viele dieser Patientinnen und Patienten leiden an unheilbaren, chronisch fortschreitenden Erkrankungen mit zum Teil sehr starker Einschränkung der Lebensqualität durch erkrankungsbedingte Symptome. Ein großer Teil von ihnen verbringt den Lebensabend in stationärer Betreuung. Das bedeutet, dass in diesen Einrichtungen ein hohes Maß an Kompetenz in palliativmedizinischen und -pflegerischen Belangen und im Umgang mit Sterbenden und deren Angehörigen erforderlich ist. Die Integration dieser Kompetenzen in den Alten- und Pflegebereich wird – auch international – als Herausforderung der Zukunft eingestuft. Die Stärkung der **palliativen Kompetenz** und

der Hospizarbeit in der Alten- und Behindertenbetreuung wird vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung immer dringlicher.

In Österreich gibt es bislang zwei realisierte Ansätze:

- In Wien ist im GZW (Geriatriezentrums am Wienerwald) eine „1. Medizinische Abteilung für Palliativmedizinische Geriatrie“ eingerichtet. An dieser Abteilung werden schwerkranke alte Menschen bis zu ihrem Tod von multidisziplinären Teams mit palliativer **Qualifikation** betreut.
- In Vorarlberg läuft ein Pilotprojekt zur Verbesserung der palliativen Versorgung. In sechs Alten- und Pflegeheimen wurden eine Palliativkoordinatorin bzw. ein Palliativkoordinator mit einem **Grundkurs** in Palliative Care eingesetzt, mit dem Auftrag, „die palliative Kultur im Heim weiterzuentwickeln, zu fördern und lebendig zu erhalten“. Evaluierungsergebnisse liegen bis dato nicht vor.

In Abwägung der verschiedenen Aspekte und auch internationalen Entwicklungen folgend¹ ist eine Definition der palliativen Langzeitversorgung als eigener Baustein, mit eigenen Versorgungsstrukturen und mit eigenen Qualitätskriterien, nicht zu befürworten. Vielmehr gilt es, eine generelle Verbesserung der Versorgungssituation hinsichtlich palliativer Aspekte zu erreichen (dies auch unter dem Aspekt, kein Sterben „1. und 2. Klasse“ zu etablieren).

Zusammenfassend ergeben sich für die palliative Langzeitversorgung folgende **Empfehlungen**:

1. Kein Erfordernis von gesonderten (Palliativversorgungs-)Strukturen in Einrichtungen der Langzeitversorgung (Alten- und Pflegeheime, Behinderteneinrichtungen)
2. Sicherstellung von palliativen Supportleistungen (durch mobile Palliativteams oder durch Palliativkonsiliardienste) und Sicherstellung der Inanspruchnahmemöglichkeiten derselben*
3. Stärkung der palliativen Kompetenz in den Einrichtungen der Langzeitversorgung durch entsprechende Qualifizierung des pflegerischen Personals. Empfohlen wird die Qualifizierung der Pflegedienstleitungen und deren Vertretung durch einen Palliative Care-Lehrgang (im Ausmaß von mind. 160 Stunden). In größeren Einrichtungen (ab ca. 120 Betten) sollten auch die Stationsleitungen diese Qualifikation aufweisen. Ziel sollte es sein, zumindest in jeder Station ein Drittel des Personals mit Schulungen in Palliative Care (z. B. durch zweitägige In-House-Schulung) zu qualifizieren.

In diesem Zusammenhang ist hervorzuheben, dass bei einer Ansiedelung eines stationären Hospizes in Alten- und Pflegeheimen (wie dies z. B. derzeit in NÖ praktiziert wird), der Wissenstransfer von der spezialisierten in die Grundversorgung leichter stattfinden kann.

* Diese Forderung gilt nicht nur für stationäre Einrichtungen sondern auch für mobile Dienste und Sozialarbeit.

¹ vgl. z. B. die Empfehlung der Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin (Quelle: Zwischenbericht der Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin. Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit. Deutscher Bundestag 15. Wahlperiode Drucksache 15/5858, 22.6.2005

Es ist zu erwarten, dass durch eine Verbesserung der palliativen Versorgung in den Einrichtungen der Alten- und Behindertenbetreuung Krankenhausaufenthalte vermieden werden können.

3.5 Leitlinien für den 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 dabei bundesweit gleichwertig aber gleichzeitig auf regionale Gegebenheiten und Erfordernisse abgestimmt sein. Der Auf- und Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich soll daher regional (auf Ebene der Bundesländer) erfolgen und sich an österreichweit gültigen Vorgaben orientieren. Es wird vorgeschlagen, auf Bundesebene Vorgaben in der Form von Leitlinien zu formulieren, auf die sich in der Folge Bund und Länder verständigen und an denen sich die Umsetzungsaktivitäten auf Landesebene orientieren.

Folgende Leitlinien mit bundesweiter Geltung werden empfohlen:

Charakteristik des Hospiz- und Palliativversorgungssystems

Ziel ist es, ein Hospiz- und Palliativversorgungssystem zu implementieren, zu dem alle Betroffenen, die es benötigen, Zugang haben, und das folgende Eigenschaften aufweist:

- **abgestuft** (alle sechs definierten Bausteine)
zur Sicherung einer auf die jeweiligen Bedürfnisse angepassten Versorgung
- **flächendeckend**
zur Sicherung von gleichen, wohnungsnahen Zugangschancen
- **gleichwertig**
zur Sicherung einer gerechten Versorgung der Betroffenen
- **niederschwellig**
zur Sicherung des Zugangs für die Betroffenen (keine Hürden finanzieller oder organisatorischer Natur)
- **vernetzt**
zur Sicherung einer integrierten, nahtlosen Versorgung

Implementierung des Hospiz- und Palliativversorgungssystems

Der Auf- und Ausbau einer abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich soll sich insbes. an folgenden Vorgaben orientieren:

- **Schrittweiser** Aufbau,
d. h. **alle** Bausteine einer abgestuften Versorgung (inkl. ehrenamtlich arbeitender Hospizteams) im Gleichklang, nach einem Stufenplan mit Etappenzielen, implementieren

- **Koordinierter** Aufbau
d. h. geplantes und abgestimmtes Vorgehen auf allen Ebenen (insbes. Bundes- und Landesebene)
- **Vernetzter** Aufbau
d. h. die Leistungserbringer der Regel- und der spezialisierten Hospiz-/Palliativversorgung einbindend
- **Ressourcenschonender** Aufbau
d. h. vorhandene/gewachsene Strukturen einbeziehend
- **Regional angepasster** Aufbau
d. h. regionale/geographische Gegebenheiten/Besonderheiten berücksichtigend

4 Maßnahmenprogramm

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit Maßnahmen, die für eine erfolgreiche Implementierung der flächendeckenden Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich als notwendig erachtet werden.

Der Auf- und Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung stagniert gegenwärtig. Hindernisse und Barrieren sind vielerorts erkennbar. Begleitend zur Ausweitung der Behandlungskapazitäten sind daher entsprechende Rahmenbedingungen zu schaffen, die dazu beitragen, diesen neuen Versorgungsbereich zu etablieren. Handlungsbedarf ist insbes. in den Bereichen Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit aber auch bei der Finanzierung gegeben.

Im Kapitel 4 werden ein Stufenplan für die Implementierung einer flächendeckenden abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung sowie die dafür erforderliche Organisationsstruktur vorgestellt.

4.1 Rahmenbedingungen

In den letzten Jahren weisen Hospizbewegung und Palliativversorgung eine dynamische Entwicklung auf. Dies betrifft vor allem den Zuwachs an ambulanten und stationären Angeboten, der zwar zu einer verbesserten Betreuung und Begleitung schwerkranker und sterbender Menschen geführt hat, von einer **Bedarfsdeckung** oder einem flächendeckenden Ausbau kann jedoch noch nicht die Rede sein. Auch Anspruch auf und Zugang zur Palliativversorgung sind in Österreich nur **unzureichend** abgesichert und die Praxis zeigt deutliche Defizite.

Nach einer Analyse der derzeitigen Situation können Barrieren und Hindernisse insbesondere vier Bereichen zugeordnet werden, weiters liegt in Wien eine Sondersituation in Bezug auf die ehrenamtliche Betreuung vor. In der Folge werden die in der Praxis auftretenden Probleme näher beschrieben (ohne Anspruch auf Vollständigkeit) und Ansatzpunkte zur Problemlösung vorgestellt.

Herausforderung „neuartiger“ Versorgungsbereich

Ist-Situation

Als relativ junger Versorgungsbereich ist die Hospiz- und Palliativversorgung nicht etabliert, sie befindet sich noch in der „Pionierphase“. Dazu gehört auch, dass der Strukturierungsprozess von Versorgungsabläufen und die **Integration in das Versorgungssystem** noch nicht abgeschlossen sind. Dies zeigt sich in der Praxis insbes. durch folgende Umstände:

- Vorhandene Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung haben noch immer pionierhaften Charakter

- Es herrscht noch Unsicherheit darüber, ob Hospizarbeit und Palliativmedizin als spezialisierte Versorgungsform gelten sollen (diese Entscheidung wurde bislang lediglich für die im Krankenhaus angesiedelten Palliativstationen getroffen)
- Palliative Infrastruktur weist regionale Versorgungslücken aus
- Unklare Aufgabenstellung und -trennung zwischen Grund- bzw. palliativer Versorgung

Lösungsansätze

Insgesamt geht es darum, die Hospiz- und Palliativversorgung im Versorgungssystem zu positionieren und zu etablieren. Ansatzpunkte sind hier insbesondere:

- **Entscheidung zur Einordnung** der Hospiz- und Palliativversorgung in das derzeitige Versorgungssystem und **rechtliche Verankerung**
- Aufnahme des Systems der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung in den ÖSG
- Breit angelegte Öffentlichkeitsarbeit und Lobbying zur Bekanntmachung des palliativen Versorgungsbereichs

Herausforderung Kommunikation – Transparenz

Ist-Situation

Bei der Hospiz- und Palliativversorgung handelt es sich um einen relativ jungen Fachbereich mit teilweise unbekanntem aber auch tabuisierten Inhalten und Prinzipien. Im Alltag treten **Wissensdefizite und Hemmschwellen** auf Seite der Patientinnen/Patienten und deren Angehörigen aber auch bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der stationären und ambulanten (Grund-)Versorgung auf. Unsicherheit herrscht sowohl hinsichtlich der Zielgruppe (wann ist jemand Palliativpatient/in?) als auch bei den Leistungsangeboten (was kann von den Diensten und Einrichtungen der Hospiz- und Palliativversorgung geleistet werden?). Aus Wissensdefiziten resultiert oftmals eine Ablehnung der Palliativversorgung. Die wesentlichsten Probleme in diesem Zusammenhang können wie folgt auf den Punkt gebracht werden:

- Das Wissensdefizit um die Hospiz- und Palliativversorgung ist groß, und zwar nicht nur seitens der Betroffenen sondern auch seitens der (Grund-)Versorger. Dies zeigt sich im Zuweisungs- und Inanspruchnahmeverhalten.
- Es bestehen psychologische Hemmschwellen (Sterben ist ein Tabuthema).
- Palliative Versorgungsangebote sind schwer kommunizierbar, die Definition der Zielgruppe ist schwierig (keine streng abgegrenzten Indikationen).
- Unklare Grenzlinien, was Zugang, Zuständigkeiten und Clearing betrifft

Lösungsansätze

Es gilt hinsichtlich des Hospiz- und Palliativbereichs für mehr Transparenz zu sorgen. Die unterschiedlichen Versorgungsangebote und Zugangskriterien sind sowohl den potenziellen Patientinnen und Patienten und Angehörigen als auch den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern

der Grundversorgung bekannt zu machen. Dazu sind umfassende Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit zu leisten. Ansatzpunkte sind hier insbes.:

- Verstärkung des **Wissenstransfers** von Fachkräften aus Palliativmedizin und Palliativpflege in die Grundversorgung, z. B. über Weiterbildungen, Fachvorträge, „Informationstouren“.
- **Vernetzung** von palliativen Einrichtungen und Diensten mit stationären und mobilen Versorgungsstrukturen ((not-)ärztliche Versorgung, mobile Pflegedienste, Apotheken, psychoonkologische Beratungsstellen, Onkologie u. a.). Dies setzt kontinuierliche Arbeit voraus, die oftmals auf der persönlichen Ebene ansetzt. Hier gilt es, eine Vertrauensbasis zur Grundversorgung zu schaffen und Partnerschaften aufzubauen.
- Breitangelegte **Öffentlichkeitsarbeit**, die sich an alle in die Versorgung von Palliativpatientinnen und -patienten involvierten Akteure, Professionen und Personen wendet sowie generell an die österreichische Bevölkerung. Grundsätzlich ist dabei auf einen niederschweligen Zugang zu achten. An Methoden kommt das gesamte Repertoire aller Kommunikationsinstrumente (von Vorträgen über schriftliche Medien bis zum Internet) in Frage, wobei sowohl Inhalt als auch gewähltes Medium auf die jeweilige Zielgruppe abzustimmen sind. Öffentlichkeitsarbeit soll insbes. von den einschlägig tätigen Organisationen/Institutionen und Diensten geleistet werden.

Herausforderung Stellenwert („Verteilungskampf“)

Ist-Situation

Der gesellschaftliche Stellenwert der palliativen Versorgung ist bislang noch nicht definiert, damit bewegt sich diese junge Disziplin quasi in einem „luftleeren Raum“, was insbes. durch folgende Probleme zum Ausdruck kommt:

- Unklarheit in Bezug auf Verantwortlichkeiten, da die Palliativversorgung den Gesundheits- und Sozialbereich tangiert (Mischzuständigkeit und Abgrenzungsproblematik)
- Häufig mangelt es an professionellen Organisationsstrukturen sowie an einer integrativen Vorgehensweise.
- Palliativpatientinnen und -patienten haben mit einer Vielzahl von Leistungserbringern zu tun (mobile und stationäre Pflege, Krankenhaus- und Hausärztinnen und -ärzte, psychosoziale Dienste u.a.), die wiederum unterschiedliche Prioritäten in der palliativen Versorgung setzen. Dadurch kommt es vielfach zu unstrukturierten Versorgungsprozessen mit relativ wenig Standardisierung bzw. zu Spannungen und Widerständen auch in finanzieller Hinsicht seitens der **heterogenen Leistungsanbieter** (Stichwort: Verteilungskampf).

Lösungsansätze

Zur Ausweitung gesellschaftlicher Akzeptanz von Hospiz- und Palliativversorgung ist eine weitestgehende Sensibilisierung der Entscheidungsträger und der Öffentlichkeit erforderlich. Letztlich sind die politischen Entscheidungsträger zu einem klaren Bekenntnis in Bezug auf den Stellenwert der Hospiz- und Palliativversorgung und in weiterer Folge zu entsprechenden Beschlussfassungen aufgefordert.

Herausforderung Finanzierung

Ist-Situation

Die Finanzierung palliativer Leistungen ist lediglich im Bereich der Palliativstationen (über LKF) geregelt. Im extramuralen Bereich kommt es zu Kostenbeteiligungen von Palliativpatientinnen und -patienten. Folgende Probleme werden als die beträchtlichsten gesehen:

- Unzureichende Regelung der Finanzierung der Hospiz- und Palliativversorgung. Speziell die Finanzierung von extramuralen Angeboten ist ungeklärt.
- Die (geregelt) Finanzierung der Palliativstationen ist **nicht kostendeckend**. Dies führt zu Verunsicherungen der Krankenhausträger und hemmt weitere Ausbauaktivitäten.
- Die bestehenden Finanzierungsregelungen in Form von Finanzierungs-„Töpfen“ erschweren das Finden von Finanzierungslösungen und damit den Ausbau extramuraler Versorgungsangebote.
- Bei bestimmten palliativen Versorgungsangeboten besteht eine **Kostenbeteiligungspflicht** seitens der Patientinnen und Patienten.

Lösungsansätze

Durch eine **Regelfinanzierung** für alle Angebote einer abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung könnten die derzeitigen Defizite, Unsicherheiten und Ungleichheiten beseitigt und der weitere Ausbau der Versorgung vorangetrieben werden. Die bisherige Praxis einer Eigenfinanzierung bestimmter palliativer Versorgungsleistungen (z. B. stationäres Hospiz) muss beendet werden, da sie dem **Gleichheitsprinzip** widerspricht.

Herausforderung Inanspruchnahme

Ist-Situation

Neben den bereits angesprochenen Problemen (Wissensdefizit um die Hospiz- und Palliativversorgung, finanzielle Ungleichbehandlung bei der Inanspruchnahme verschiedener Angebote, insbes. Palliativstation – stationäres Hospiz) sind hier insbes. zwei Problembereiche aufzuzeigen:

- **Pflegegeld:** Für Palliativpatientinnen und -patienten ergeben sich beim regulären Einstufungsverfahren in zeitlicher Hinsicht (dauert oft Monate) und in inhaltlicher Hinsicht (in den Einstufungskriterien sind palliative Faktoren nicht berücksichtigt) Nachteile. Dadurch kommt es dazu, dass Patientinnen und Patienten die Zuerkennung des Pflegegeldes nicht mehr erleben oder trotz eines hohen (zeitlichen) Betreuungsaufwandes nur niedrig eingestuft werden. Ein beschleunigtes Einstufungsverfahren ist derzeit nur für PVA-Versicherte über ein Abkommen zwischen der PVA und der OPG vereinbart.
- **Familienhospizkarenz:** Nur wenige Dienstnehmerinnen und Dienstnehmer ergreifen diese Möglichkeit der beruflichen Freistellung zur Betreuung sterbender Angehöriger (so z. B. im Jahr 2004 österreichweit 431 Personen – bei rund 75.000 Sterbefällen). Als

Gründe dafür werden das Fehlen einer finanziellen Absicherung für die Zeit der Karenzierung aber auch die Angst vor Arbeitsplatzverlust gesehen.

Lösungsansätze

- **Pflegegeld:** Ein Abkommen über ein beschleunigtes Einstufungsverfahren ist über die PVA hinaus mit allen Versicherungsträgern (BVA, SVA, SVB, etc.) anzustreben, sodass zukünftig alle Betroffenen unter diese Regelung fallen. Darüber hinaus ist eine Adaptierung der Einstufungskriterien zu empfehlen, die eine adäquate Einstufung von Palliativpatientinnen und -patienten sichert.
- **Familienhospizkarenz:** Es wird eine Erhöhung der Anreize für die Inanspruchnahme gefordert durch Nachjustierung des Gesetzes, wobei auch die Ergebnisse einer vom BMWA beauftragten Evaluierung aus dem Jahr 2005 Berücksichtigung finden sollten.

Herausforderung Sondersituation in Wien

In Wien gibt es keine Tradition bezüglich ehrenamtlicher Tätigkeit. Dadurch fehlt in Wien eine wesentliche Voraussetzung zur Bildung von Hospizteams. Hier sind umso mehr Maßnahmen gefragt, um Hospizteams zu etablieren (z. B. spezielle Öffentlichkeitsarbeit zur Motivation ehrenamtlicher Tätigkeit als Unterstützung der Hospizarbeit).

4.2 Stufenplan zum Auf- und Ausbau einer flächendeckenden abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung

Zielsetzung ist es, in Österreich ein System abgestufter Hospiz- und Palliativversorgung flächendeckend zu installieren, das eine bundesweit gleichwertige Versorgung der österreichischen Bevölkerung sicherstellt. Der Aufbau soll dabei schrittweise und koordiniert erfolgen. Es wurde daher ein Stufenplan konzipiert, der alle wesentlichen Schritte und Aktivitäten in einer zeitlichen Schiene enthält. Diese **Zieldefinitionen** sollen für die bundesweite Umsetzung gelten und gleichzeitig den Ländern als Richtschnur dienen.

Der erarbeitete Stufenplan geht von der Annahme aus, dass die Aktivitäten zur Umsetzung unmittelbar nach Abschluss der (mit diesem Bericht vorliegenden) konzeptionellen Arbeit aufgenommen werden und sieht vor, dass die Umsetzung bis zum Jahr 2012 abgeschlossen sein soll. Die Etappenziele wurden unter Berücksichtigung der Ist-Situation und unter Einschätzung der Realisierbarkeit festgelegt, der **Planungshorizont des ÖSG (2010)** wurde berücksichtigt.

Der Auf- und Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung stagniert zum gegenwärtigen Zeitpunkt allgemein und im extramuralen Bereich im Besonderen. Eine wesentliche Ursache dafür wird im Bereich der Finanzierung der Versorgungsangebote gesehen (nicht kostende-

ckend im Bereich der Palliativstationen bzw. ungeklärt/ungeregelt im extramuralen Bereich). Anpassungen bzw. grundsätzliche Regelungen der Finanzierung stellen daher die vordringlichste Maßnahme und unabdingbare Voraussetzung für den planmäßigen Aufbau der Kapazitäten dar. Von ebenfalls grundlegender Bedeutung ist eine allgemeine Verständigung auf das System der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung, etwa durch eine Aufnahme in den ÖSG. Diese beiden Maßnahmen werden im erarbeiteten Stufenplan daher an erste Stelle gesetzt (vgl. Tabelle 4.1).

Tabelle 4.1: Flächendeckende abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung – Stufenplan zum Auf- und Ausbau

Aktivität/Maßnahme	Zeithorizont
Verständigung auf das abgestufte Versorgungskonzept durch Aufnahme aller Bausteine in den ÖSG	bis Ende 2006
Finanzierung regeln	bis Mitte/Ende 2007
<i>Umsetzung der Bedarfsrichtwerte (Aufbau der Kapazitäten):</i>	
Betten in Palliativstationen	80 % bis 2008, 100 % bis 2010
Betten in stationären Hospizen	80 % bis 2010, 100 % bis 2012
Tageshospize	weitere Konzeptionsarbeit und Modellerprobung, Ableitung eines Bedarfsrichtwertes bis 2008
Palliativkonsiliardienste	50 % bis 2008, 80 % bis 2010, 100 % 2012
Mobile Palliativteams	50 % bis 2008, 90 % bis 2010, 100 % bis 2012
Hospizteams	QK in bestehenden Teams umsetzen: 60 % bis 2009, 80 % bis 2010, ca. 100 % bis 2011
<i>Vernetzung von Grund- und spezialisierter Versorgung:</i>	
Vertrauensbildende Maßnahmen	in der Anfangsphase (etwa bis Mitte 2007)
Schaffung von Vernetzungsstrukturen zw. Grund- und Spezialversorgung, etwa in Form von Plattformen	Etablierung bis etwa Mitte 2007, danach laufend regelmäßige Treffen zum gegenseitigen Austausch
<i>Bildung/Ausbildung:</i>	
Entwicklung von gestuften Kompetenzprofilen für alle Berufsgruppen	2007 bis 2008
Mediziner Ausbildung: Pflicht- und Prüfungsfach Palliativmedizin Lehrstuhl für Palliativmedizin Zusatzfach Palliativmedizin	bis 2008 bis 2007 bis 2010
Qualifizierung des Personals in den Hospiz- und Palliativeinrichtungen	80 % des tätigen Personals bis 2012
Qualifizierung des Personals in der Langzeitversorgung	ab sofort und laufend
Transfer von palliativem Know-how in die Grundversorgung	ab sofort und laufend
<i>Qualitätssicherung (QS):</i>	
Entwicklung eines QS-Programms	in den Jahren 2007/2008 (aufbauend auf Vorarbeiten, vgl. Konzept für ein Visitationsprogramm)

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 4.1

Aktivität/Maßnahme	Zeithorizont
<i>Koordination des Auf- und Ausbaus:</i>	
Koordination auf Bundesebene	bis Ende 2006 einrichten
Koordinationen auf Länderebene	bis Ende 2006 einrichten
<i>Monitoring des Auf- und Ausbaus:</i>	
Dokumentation der Angebote	ab 2007 laufend
Überprüfung der Bedarfsrichtwerte/Anpassung der Planung	ab 2007 laufend
Öffentlichkeitsarbeit über die abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung	ab sofort und laufend

QK = Qualitätskriterien

Quelle: ÖBIG 2006

Einige der vorgeschlagenen Maßnahmen werden nachfolgend näher erläutert.

Aufbau der Kapazitäten

Die empfohlenen Bedarfsrichtwerte orientieren sich am Jahr 2010, dem Planungshorizont des ÖSG. Unter Berücksichtigung der erforderlichen Begleitmaßnahmen (z. B. bauliche Maßnahmen, Personalrekrutierung und -qualifizierung) und der finanziellen Besicherung wird davon ausgegangen, dass der Aufbau im Jahr **2012 abgeschlossen** sein kann. Es werden Etappenziele als Prozentwerte des Vollausbau angegeben, um sie auf jeder Ebene (Bund, Länder) operationalisierbar zu machen.

Palliativstationen

Bei den Palliativstationen wird der Planungshorizont für den Vollausbau entsprechend dem ÖSG mit 2010 angegeben.

Stationäre Hospize

Ein flächendeckender Aufbau dieses Bausteins erscheint erst nach grundsätzlicher Klärung der Finanzierungsfrage möglich. Realistisch scheint ein Aufbau von 80 Prozent des Bedarfs innerhalb von drei Jahren, der vollständige Ausbau (100 Prozent) innerhalb von fünf Jahren nach gesicherter Finanzierung.

Tageshospize

Obwohl bereits Definitionen und Qualitätskriterien erarbeitet wurden (vgl. Anhang 4), sind für diesen Versorgungsbereich weitergehende Konzeptionsarbeiten erforderlich. Zu klären sind insbes. Fragen hinsichtlich einer adäquaten Organisationsform (Krankenanstalt/Heim) sowie

hinsichtlich des Bedarfs. Aus diesen Gründen wird die Einrichtung von Pilotprojekten vorgeschlagen, aus denen sich neue Erkenntnisse und Empfehlungen ableiten lassen.

Palliativkonsiliardienste

Zum stufenweisen Aufbau wird folgende Vorgangsweise empfohlen: Palliativkonsiliardienste sollten vordringlich an Krankenhäusern mit geplanter Palliativstation eingerichtet werden. Auf diese Weise können Palliativkonsiliardienste als Initiatoren für spätere Palliativstationen fungieren – ein Modell, das bereits in der Vergangenheit erfolgreich praktiziert wurde. Bei bereits eingerichteten Palliativstationen sollten Palliativkonsiliardienste an dieser angesiedelt werden.

Aus organisatorischer Sicht sind Möglichkeiten einer Kombination mit einem mobilen Palliativteam zu prüfen. Dadurch könnten Synergien genutzt und die Betreuungskontinuität aufrechterhalten werden. Allerdings bedarf es in diesem Fall noch entsprechender Rahmenbedingungen, insbesondere auf (dienst)rechtlicher Ebene.

Mobile Palliativteams

Zum stufenweisen Aufbau wird folgende Vorgangsweise empfohlen: Vordringlich sollten mobile Palliativteams zuerst in den Regionen eingerichtet werden, wo bereits Palliativstationen bestehen. Dadurch kann eine **lückenlose Versorgungskette** geschaffen werden, die wiederum die Entlassung von Patientinnen und Patienten aus dem stationären Bereich unterstützt.

Aus organisatorischer Sicht sind Möglichkeiten einer Kombination mit einem Palliativkonsiliardienst zu prüfen. Dadurch könnten Synergien genutzt und die Betreuungskontinuität aufrechterhalten werden. Allerdings bedarf es in diesem Fall noch entsprechender Rahmenbedingungen, insbesondere auf (dienst)rechtlicher Ebene.

Hospizteams

Empfohlen wird, dass bestehende Hospizteams zu „Baustein-Teams“ entwickelt werden. Voraussetzung dafür ist, dass jedes Team von einer Person hauptamtlich koordiniert wird.

Bildung/Ausbildung

Von zentraler Bedeutung ist die Ausbildung aller beteiligten Berufsgruppen. Im Aus-, Fort- und Weiterbildungsbereich ist daher die Erarbeitung von – auf Bundesebene abgestimmten – abgestuften¹ **Kompetenzprofilen** für alle in den Qualitätskriterien definierten Berufsgruppen von vorrangiger Bedeutung. Anhand derartiger Kompetenzprofile können die Outcome-

¹ Gestufte Kompetenzprofile sollen die Bedingungen (Wissen und Können) sowie Ausprägungen (Niveaus) beschreiben, die für die kompetente Behandlung, Betreuung und Pflege von Palliativpatientinnen und -patienten vorauszusetzen sind.

Qualität bestehender Bildungsangebote beurteilt und ggf. verbessert sowie ein Ausbildungsstandard geschaffen werden.

Die Ausbildung für diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal weist – verpflichtend seit 1997 – ein eigenes Unterrichtsfach für Palliativpflege aus. In diesem Bereich ist also zu überprüfen, ob dadurch die erforderlichen Kompetenzen für die Grundversorgung gewährleistet sind.

Im Bereich der Ausbildung von Medizinerinnen und Medizinern bedarf es der Verankerung der Palliativmedizin in der universitären Ausbildung. Die Palliativmedizin müsste im Rahmen des Medizinstudiums als **Pflicht- und Prüfungsfach** geführt werden. Durch die Erweiterung von Fachkenntnissen und durch die Sensibilisierung für die Angemessenheit diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen können Verbesserungen in der Behandlung von Palliativpatientinnen und -patienten im Rahmen der Grundversorgung erzielt werden. Spezielle Kompetenzen für die Tätigkeit im Rahmen der Dienste und Einrichtungen der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung müsste ein aufbauendes **Zusatzfach** Palliativmedizin garantieren. Mittelfristig wird die Einrichtung eines österreichischen **Lehrstuhls** für Palliativmedizin gefordert, um die palliative Therapie durch Lehre und Forschung zu einem integralen Bestandteil der medizinischen Versorgung zu machen.

Die OPG setzt sich schon seit geraumer Zeit für die Verbesserung/Etablierung einer spezialisierten palliativen Ausbildung ein. Ausländische Modelle können als Beispiele für die anzustrebende Entwicklung in Österreich herangezogen werden.

Qualitätssicherung

Ein Qualitätssicherungsprogramm soll entwickelt und eingeführt werden. Ein Konzept für ein **Visitationsprogramm** liegt bereits seit dem Jahre 2004 vor. Dieses Programm ist unter der Mitarbeit der OPG erstellt worden und primär auf Palliativstationen ausgerichtet. Es beinhaltet aber auch die Möglichkeit, in adaptierter Form für alle anderen Bausteine in Anwendung gebracht zu werden. In weiterer Folge wären die Möglichkeiten einer Ausweitung dieses externen Qualitätssicherungsverfahrens auf alle Bausteine der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung zu prüfen und Maßnahmen zur Einführung eines Qualitätssicherungsprogramms zu ergreifen.

Vernetzung

Hervorstreichen ist die Notwendigkeit zur Schaffung von Vernetzungsstrukturen zwischen Grundversorgung und spezialisierter Hospiz- und Palliativversorgung. Dies insbesondere auch unter dem Aspekt, dass im Austausch zwischen Grund- und spezialisierter Versorgung neben Aufklärungs- auch Bildungsarbeit geleistet wird. Empfohlen wird die Etablierung von **Plattformen/runden Tischen** auf regionaler Ebene mit regelmäßigen Treffen.

Die aufgeführten Maßnahmen des Stufenplans sind graphisch in einer Ablaufplanung dargestellt (siehe Tabelle 4.2). Dadurch sind Zeitpunkte bzw. Zeiträume, in denen einzelne Implementierungsschritte abgeschlossen sein sollten, auf einen Blick erkennbar.

Tabelle 4.2: Flächendeckende abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung – Zeitplanung

Aktivitäten/Maßnahmen	Zeitpunkt bzw. Zeitraum der Durchführung der genannten Aktivitäten/Maßnahmen						
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Regelung der Finanzierung							
Verbindlichmachung des abgestuften Versorgungskonzeptes durch Aufnahme aller Bausteine in den ÖSG							
<i>Umsetzung der Bedarfsrichtwerte (Aufbau der Kapazitäten)</i>							
Betten in Palliativstationen		80%	100%				
Betten in stationären Hospizen		80%			100%		
Tageshospiz		Konzeption					
Palliativkonsiliardienste		50%	80%		100%		
Mobile Palliativteams		50%	90%		100%		
Hospizteams		60%		80%	100%		
<i>Vernetzung von Grund- und spezialisierter Versorgung</i>							
Vertrauensbildende Maßnahmen							
Schaffung von Vernetzungsstrukturen zwischen Grund- und Spezialversorgung, z. B. Plattformen							
<i>Bildung/Ausbildung</i>							
Entwicklung von gestuften Kompetenzprofilen für alle Berufsgruppen							
<i>Mediziner Ausbildung</i>							
Pflicht- und Prüfungsfach Palliativmedizin							
Lehrstuhl für Palliativmedizin							
Zusatzfach Palliativmedizin							
Qualifizierung des Personals in den Hospiz- und Palliativeinrichtungen							
Qualifizierung des Personals in der Langzeitversorgung							
Transfer von palliativem Know-how in die Grundversorgung							
<i>Qualitätssicherung (QS)</i>							
Entwicklung eines QS-Programms							
<i>Koordination des Auf- und Ausbaus</i>							
Koordination auf Bundesebene		Einrichtung			Tätigkeit		
Koordination auf Länderebene		Einrichtung			Tätigkeit		
<i>Monitoring des Auf- und Ausbaus</i>							
Dokumentation der Angebote							
Überprüfung der Bedarfsrichtwerte/Anpassung der Planung							
Öffentlichkeitsarbeit über die abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung							

ÖSG = Österreichischer Strukturplan Gesundheit

Quelle: ÖBIG 2006

4.3 Organisationsstruktur

Mit der derzeit geltenden 15a-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens erfolgte die Verständigung auf die Umsetzung einer flächendeckenden Versorgung im Hospiz- und Palliativbereich. Eine Einigung über das abgestufte Versorgungskonzept und den Stufenplan zur Umsetzung steht noch aus. Sobald diese grundsätzliche Vereinbarung getroffen wird, sind zur Sicherung und Begleitung der Umsetzung sowie für das kontinuierliche Management entsprechende organisatorische Strukturen erforderlich. Die dazu angestellten Überlegungen wurden von zwei Prinzipien geleitet:

1. Schlanke Organisation, d. h. es sollen keine Strukturen aufgebaut werden, die auch verzichtbar wären (z. B. institutionalisierte Beiräte).
2. Weitgehende Nutzung von Bestehendem, d. h. bereits **vorhandene, regionale Strukturen** sollen so weit wie möglich genutzt und einbezogen werden.

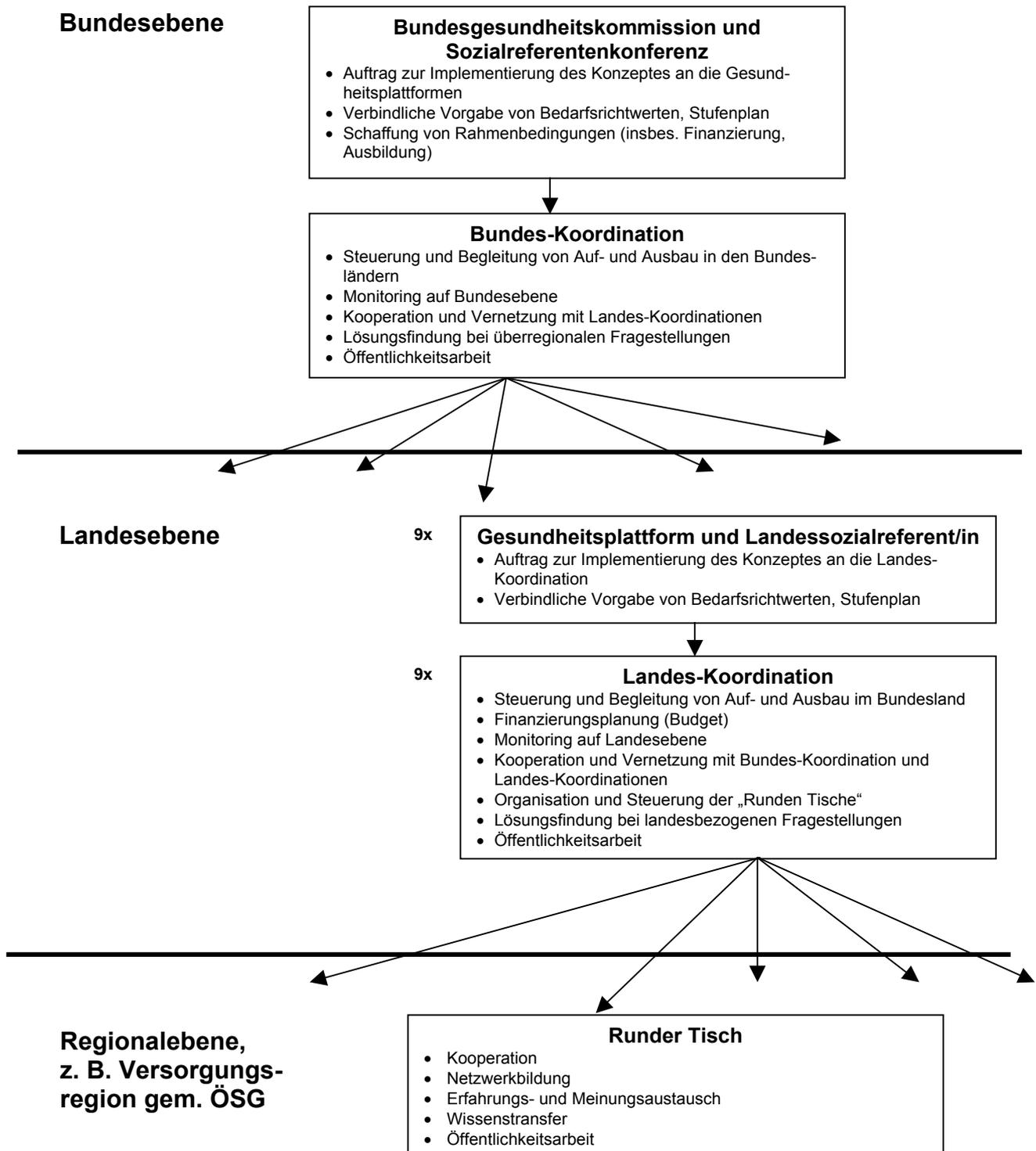
Unter diesen Gesichtspunkten wurde das in Abbildung 4.1 dargestellte Organigramm als eine mögliche Form der Organisation des Zusammenwirkens vorgeschlagen. Wesentliches Element sind dabei die **Koordinationen auf Bundes- und Landesebene**. Deren Hauptaufgabe liegt in der Steuerung und Begleitung des Aufbaus einer abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung. Aufgelistet sind die wesentlichen Funktionen und Aufgaben, die es wahrzunehmen gilt. Die Einrichtung der Koordinationen obliegt den jeweiligen Entscheidungsträgern auf Bundes- bzw. Landesebene. Dadurch besteht weitgehend Handlungsspielraum zur Gestaltung der Koordinationen seitens des Bundes und des jeweiligen Landes. Festzuhalten ist jedenfalls, dass die Funktion von Koordinatorinnen und Koordinatoren (insbes. auf Landesebene) „Integrationskompetenz“ erfordert, zumal es um die Etablierung und Positionierung einer neuen Versorgungsform im bestehenden Versorgungssystem geht.

Speziell in der Aufbauphase (bis zum Jahr 2012) kommt den Koordinationen besondere Bedeutung als Motor zu. Ob, in welcher Form und mit welchen Aufgaben sie nach erfolgreichem Abschluss des Auf- und Ausbaus noch tätig sein sollen, muss zu einem späteren Zeitpunkt festgestellt und entschieden werden.

Nachdem in Bezug auf die Planung und Umsetzung Abstimmungsprozesse unerlässlich sind, ist auf eine **institutionelle Vernetzung und Kooperation aller Beteiligten** (d. s. insbes. neben Vertretern und Vertreterinnen des Gesundheitsbereichs auch solche des Sozialbereichs, der Ärztekammer(n), der Sozialversicherung, etc.) größter Wert zu legen.

Entscheidungstragende sind auf Bundesebene die Bundesgesundheitskommission gemeinsam mit der Sozialreferentenkonferenz und auf Bundeslandebene die Gesundheitsplattform gemeinsam mit den Landessozialreferentinnen/-referenten. Von diesen Gremien sind verbindliche Vorgaben festzulegen, entsprechende Rahmenbedingungen zu schaffen sowie die formalen Aufträge zur Umsetzung zu erteilen.

Abbildung 4.1: Organigramm zum Auf- und Ausbau einer flächendeckenden abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung



Quelle: ÖBIG 2006

Bundes-Koordination

Die Bundes-Koordination soll als zentrale Anlaufstelle für die Umsetzung des Stufenplans fungieren. Kernaufgabe ist die Abstimmung des Auf- und Ausbaus in den Bundesländern mit dem Ziel, eine flächendeckende, **bundesweit gleichwertige Versorgung** zu erreichen. Zu den Aufgaben der Bundes-Koordination zählen:

- Steuerung und Begleitung des Auf- und Ausbaus in den Bundesländern
- Monitoring des Auf- und Ausbaus auf Bundesebene. Ergebnisse dieser prozessbegleitenden Evaluierung sollen der Bundesgesundheitskommission regelmäßig vorgelegt werden.
- Kooperation und Vernetzung mit den Landes-Koordinationen. Ziel ist es, durch Vernetzung und Transparenz die koordinierte und strukturierte Weiterentwicklung der palliativen Versorgung zu gewährleisten.
- Bearbeitung von Fragestellungen mit bundesweiter oder länderübergreifender Relevanz. In die Lösungsfindung und den Entscheidungsprozess sollen die jeweils Beteiligten einbezogen werden.
- Öffentlichkeitsarbeit zur Hospiz- und Palliativversorgung, um den Bekanntheitsgrad und die Akzeptanz zu fördern.

Landes-Koordination

Die Landes-Koordinationen sind für die Umsetzung der flächendeckenden Versorgung im jeweiligen Bundesland zuständig. Die im Stufenplan zum Auf- und Ausbau definierten Bausteine und Bedarfsrichtwerte sollen in jedem Bundesland implementiert werden. Dabei sind unter Berücksichtigung der regionalen Gegebenheiten entsprechende Länderkonzepte zu erarbeiten bzw. weiterzuentwickeln. Zu den Aufgaben einer Landes-Koordination gehören:

- Steuerung des Auf- und Ausbaus auf Landesebene. Dies umfasst insbes. die Erstellung eines konkreten Landeskonzeptes (Kapazitäten-, Zeit- und Arbeitsplan), orientiert an den bundesweiten Vorgaben, und die Forcierung der Umsetzung. Darüber hinaus sind Impulse und Unterstützung für den gesamten Aufbauprozess zu geben.
- Budgetierung und Finanzierungsplanung (z. B. für Schulungen, Öffentlichkeitsarbeit)
- Prozessbegleitendes Monitoring (Soll-Ist-Vergleich) und Meldung an die Bundes-Koordination. Die laufende Evaluierung zeigt, ob der jeweilige Stand den definierten Vorgaben entspricht.
- **Kooperation und Vernetzung** mit der Bundes-Koordination und den Landes-Koordinationen. Ziel ist es, eine koordinierte Vorgangsweise in Bezug auf die Auf- und Ausbauaktivitäten zu gewährleisten. Die Versorgungsplanung an Bundesländergrenzen soll zwischen den jeweils angrenzenden Bundesländern abgestimmt werden.
- Betreuung und Organisation der auf regionaler Ebene eingesetzten „Runden Tische“. Dazu gehören die Einberufung und Organisation von Sitzungen sowie die Vernetzung der einzelnen „Runden Tische“.

- Bearbeitung von Fragestellungen mit landesweiter Relevanz. In die Lösungsfindung und den Entscheidungsprozess sollen die jeweils Beteiligten einbezogen werden.
- Öffentlichkeitsarbeit im jeweiligen Bundesland, um den Bekanntheitsgrad und die Akzeptanz zu fördern.

Runder Tisch

Für eine gelingende Implementierung ist die Kommunikation **auf kommunaler Ebene** unverzichtbar. Auf regionaler Ebene (z. B. Versorgungsregion nach ÖSG) wird daher die Bildung und Institutionalisierung von „Runden Tischen“ vorgeschlagen mit Vertreterinnen und Vertretern u. a. der niedergelassenen Ärzteschaft, der mobilen Dienste, der Dienste und Einrichtungen der Hospiz- und Palliativversorgung, etc. aus der jeweiligen Region. Die Aufgaben und Ziele dieser Runden Tische können wie folgt beschrieben werden:

- Netzbildung zwischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und Institutionen bzw. Diensten der Regel- und der Hospiz- und Palliativversorgung auf regionaler Ebene
- Fachlicher Erfahrungs- und Meinungsaustausch zwischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und Institutionen bzw. Diensten der Regel- und der Hospiz- und Palliativversorgung
- Koordination gemeinsamer Aktivitäten sowie die gezielte Kooperation auf regionaler Ebene
- Konzepte zur Verbesserung der Entlassung bzw. Überleitung von Palliativpatientinnen und -patienten an den **Schnittstellen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung** können gemeinsam erarbeitet und umgesetzt werden.
- Regionale Öffentlichkeitsarbeit, z. B. Erstellung von Flyern oder Broschüren, Einrichtung einer Internetseite, Informationstelefon, etc.

Hervorzuheben ist, dass vielerorts (häufig informelle) Strukturen wie Arbeitskreise, Fachkonferenzen, etc. bereits bestehen. Sofern dies in Regionen bereits der Fall ist, sollte bei der Institutionalisierung Runder Tische auf diesen Strukturen aufgebaut werden.

4.4 Monitoring

Zur Evaluierung der Implementierung einer abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung wird ein prozessbegleitendes Monitoring empfohlen. Durch ein systematisches Beobachten sollen Informationen zum Umsetzungsstand gesammelt und ausgewertet werden. Damit können Abweichungen (Defizite aber auch Übererfüllungen) frühzeitig erkannt und erforderlichenfalls Korrekturmaßnahmen eingeleitet werden.

Ziel und Inhalte des Monitorings

Ziel des Monitorings ist die Überprüfung und Sicherung der **Umsetzung des Stufenplans**. Dazu ist eine entsprechende Dokumentation des Umsetzungsprozesses erforderlich. Über die systematische Erfassung aller Versorgungsangebote können darüber hinaus Informationen über ihre Tätigkeit gesammelt und damit Transparenz und Nachvollziehbarkeit über das Versorgungsgeschehen erzielt werden.

Entsprechend der Überprüfung der Umsetzung des Stufenplans stehen folgende Aspekte im Zentrum des Monitorings:

- Erfassung des Ist-Standes der Versorgungsstrukturen in quantitativer (vorhandene Angebote, Kapazitäten) und qualitativer (Erfüllung der Qualitätskriterien) Hinsicht,
- Erfassung der übrigen im Stufenplan enthaltenen Maßnahmen (insbes. Vernetzung, Bildung/Ausbildung, Qualitätssicherung)¹

Beteiligte und Abläufe des Monitoring

Das Monitoring soll entsprechend der Organisationsstruktur auf Ebene des Bundes und der Bundesländer stattfinden und dementsprechend von der Bundes-Koordination bzw. den Landes-Koordinationen durchgeführt werden. Zentrale Elemente sind die **Dokumentation** und eine **periodische Berichtslegung**.

Auf Landesebene sollten in periodischen Abständen Berichte über den Umsetzungsstand im jeweiligen Bundesland erstellt und an die Bundes-Koordination weitergegeben werden. Diese Berichte sollten im Falle von Abweichungen eine **Ursachenanalyse** und nach Möglichkeit Lösungsvorschläge bzw. die Beschreibung von **Gegenmaßnahmen** enthalten. Dementsprechend sollte die Problemlösung so weit möglich auf Länderebene erfolgen und nur im Falle von länderübergreifender oder bundesweiter Relevanz auf die Bundesebene verlagert werden.

Auf Bundesebene sollen die Länderberichte zu einem bundesweiten Bericht zusammengefasst werden und um bundesrelevante Aspekte (z. B. im Bereich Mediziner Ausbildung oder der Qualitätssicherung) ergänzt werden. Dementsprechend ist die Problemlösung in diesen Bereichen auf Ebene der Bundes-Koordination anzusiedeln.

Damit erweist sich das Monitoring als eine zuverlässige Entscheidungs- und Planungshilfe, das mögliche Fehlentwicklungen transparent und damit korrigierbar macht. Die Berichte

¹ Einem Monitoring nicht unterzogen werden kann die Öffentlichkeitsarbeit. Da unter diesem Begriff viele verschiedene Maßnahmen (von Vorträgen, Artikeln bis zur Durchführung von Enqueten) fallen, wird es hier schon schwierig, eine vollständige Evidenz zu erhalten. Was wird daher gezählt und woran wird gemessen? Zu betonen ist jedenfalls, dass der Hospiz- und Palliativbereich ohne Öffentlichkeitsarbeit nicht den Bekanntheitsgrad und die Akzeptanz erreicht, die zu einer weiteren Verbreitung dieser Strategie erforderlich sind. Veranstaltungen, Internetauftritte, etc. werden für die Implementierungsprozesse als unerlässliche Begleitmaßnahmen eingestuft.

können der Bundesgesundheitskommission und den Gesundheitsplattformen zur Information und Entscheidungsgrundlage dienen.

Die Inhalte der Länderberichte und die von den Einrichtungen und Diensten zu erfassenden und zu liefernden Daten und Informationen sind bei Einführung des Monitorings im Detail noch festzulegen.

Die Berichtsstruktur und Details zu den Abläufen (wer liefert wann welche Daten? In welcher Form werden die Berichte an wen weitergegeben?, etc.) sollten in einem gemeinsamen Prozess unter Beteiligung der Koordinationen (Bund, Länder), der OPG und dem Dachverband HOSPIZ ÖSTERREICH festgelegt werden. Ziel soll dabei ein standardisiertes, aussagekräftiges Berichtswesen sein, das den beschriebenen Anforderungen eines Monitorings genügt und gleichzeitig den Entscheidungsträgern als Informationsquelle dient.

5 Kosten und Finanzierung

Es herrscht breiter Konsens darüber, dass das gegenwärtige Stagnieren des Auf- und Ausbaus der Hospiz- und Palliativversorgung auf die weitgehend ungelöste Finanzierungsfrage zurückzuführen ist. Eine Finanzierungsregelung besteht derzeit lediglich für die Palliativstationen (über eine – derzeit nicht kostendeckende – Tagespauschale im LKF-System), für die übrigen Angebote einer abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung fehlen Regelungen zur Finanzierung gänzlich.

Eine grundlegende Voraussetzung für den flächendeckenden Auf- und Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich ist die **Sicherstellung** der Finanzierung der einzelnen Versorgungsangebote. Im Vorfeld zu einer Finanzierungsregelung der Hospiz- und Palliativversorgung sind wesentliche Fragen zu beantworten und grundsätzliche Entscheidungen zu treffen.

Im Projektverlauf wurden daher konsensuell folgende Arbeitsschritte festgelegt, deren Ergebnisse in diesem Kapitel dargestellt werden:

- Abschätzung der Kosten des laufenden Betriebs der bedarfsnotwendigen Kapazitäten als Grundlage für das über eine **Regelfinanzierung** aufzubringende Finanzierungsvolumen
- Darstellung von Verschiebungseffekten
- Gegenüberstellung von Angeboten der Hospiz- und Palliativversorgung, die dem Gesundheits- bzw. dem Sozialbereich zugeordnet werden
- Darstellung der derzeitigen Finanzierungssituation (insbes. Finanzierungsträger)

Die dargestellten Ergebnisse sollen eine Grundlage für das weitere Procedere sein. Die Frage der Finanzierung wird auf politischer Ebene zwischen allen Finanziers zu beraten und entscheiden sein. Von grundlegender Bedeutung wird dabei auch die **Festlegung von Finanzierungsgrundsätzen** sein, wie z. B. die Gewährleistung eines gerechten und niederschweligen Zugangs zu den Leistungen der Hospiz- und Palliativversorgung, der ohne wesentliche finanzielle Belastung der Betroffenen möglich sein soll.

5.1 Jährliche Kosten bei Vollausbau

Im Mittelpunkt steht die Frage, welches Finanzierungsvolumen zukünftig über eine Regelfinanzierung aufzubringen ist. Zu diesem Zweck werden die laufenden Kosten der bedarfsnotwendigen Strukturen einer abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung abgeschätzt¹. Dazu wird das Mengengerüst auf Basis der empfohlenen Bedarfsrichtwerte (= bundesweiter

¹ Kosten für Investitionen, für die Ausbildung des Personals und für die Organisationsstruktur (Koordinationen) sind dabei nicht enthalten.

Vollausbau) kostenmäßig bewertet. Basis für die Kostenschätzung bildeten von den Arbeitsgruppenmitgliedern recherchierte Kostenkalkulationen von bestehenden bzw. geplanten Einrichtungen oder Diensten. Für die Palliativstationen konnten Kostendaten aus der dem ÖBIG vorliegenden Kostenstellenstatistik der österreichischen Krankenanstalten für das Jahr 2004 (letzter verfügbares Jahr) herangezogen werden.

Mit diesen Ausgangsgrößen konnte eine erste **grobe Abschätzung** der Kosten des jährlichen Betriebs der bedarfsnotwendigen Strukturen vorgenommen werden (vgl. Tabelle 5.1 mit der Kostenschätzung sowie Tabelle 5.2 mit den Kostengrundlagen). Diese Schätzung ergibt bei flächendeckend gleichmäßigem Ausbau aller möglichen Bausteine ein Kostenvolumen in der Höhe von rund 101,7 Millionen Euro (d. s. etwa 0,5 Prozent der laufenden Gesundheitsausgaben in Österreich). Zu berücksichtigen ist allerdings, dass dies nicht in dieser Gesamtheit nötig ist. die regional bereits vorhandenen Strukturen sollen abhängig vom Konzept des jeweiligen Landes lediglich um die benötigten Bausteine erweitert werden.

Tabelle 5.1: Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung – grobe Abschätzung der den Trägern entstehenden Jahreskosten der Strukturen im Vollausbau (in Euro, Preisbasis 2006)

Baustein	Kapazitäten lt. Bedarf	Kosten je Einheit	Jährliche Kosten
Palliativstation	330 Betten	149.000,-	49.170.000,-
Stationäres Hospiz	165 Betten	99.900,-	16.483.500,-
Tageshospiz	9 Einrichtungen (1 pro Bundesland)	162.000,-	1.458.000,-
Palliativkonsiliardienst¹	28 Teams in gr. KH (ab 500 B.)	157.600,-	4.412.800,-
	34 Teams in mittl. KH (250 bis 500 B.)	135.900,-	4.620.600,-
	62 Teams in kl. KH (100 bis 250 B.)	90.600,-	5.617.200,-
Mobiles Palliativteam¹	59 Teams	260.000,-	15.340.000,-
Hospizteam	206 Teams	22.500,-	4.635.000,-
Gesamt			101.737.100,-

¹ Ohne Berücksichtigung erzielbarer Synergien und damit Kosteneinsparungseffekten bei einer organisatorischen Kombination eines Palliativkonsiliardienstes mit einem mobilen Palliativteam

Quellen: BMGF – Kostenstellenstatistik der österreichischen Krankenanstalten 2004, Kalkulationen einzelner Einrichtungen und Dienste, ÖBIG-eigene Berechnung

Tabelle 5.2: Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung – Kostengrundlagen und in den Kostenansätzen enthaltene Faktoren

Baustein	Kostengrundlagen	Kostenfaktoren
Palliativstation	durchschnittliche Endkosten je Bett gem. Auswertung der Kostenstellenstatistik der österreichischen Krankenanstalten 2004, valorisiert mit einer jährlichen dreiprozentigen Steigerung	Endkosten (Primär- und Sekundärkosten), d. s. Kosten für Personal, med. und nicht-med. Verbrauch, med. und nicht-med. Fremdleistungen, Energie, Gebühren/Abgaben/sonstige Kosten, kalkulatorische Zusatzkosten; med. und nicht-med. bedingte Ver- und Entsorgung, Verwaltung, andere innerbetriebl. Leistungen
Stationäres Hospiz	Gesamtkosten je Bett einer Referenzeinrichtung für das Jahr 2005, valorisiert mit einer dreiprozentigen Steigerung	Kosten für Personal (inkl. Verwaltung), Verpflegung, Miete und Betrieb, Sachaufwand, kalk. Zusatzkosten
Tageshospiz	Gesamtkosten einer Referenzeinrichtung mit sechs Betreuungsplätzen	Kosten für Personal (inkl. Verwaltung), Sachaufwand
Palliativkonsiliardienst	Einteilung der Krankenhäuser in Kategorien und Zuordnung von folgenden Teamgrößen: große KH (über 500 Betten): 3,5 VZÄ mittlere KH (250 bis 500 Betten): 3 VZÄ kleinere KH (100 bis 250 Betten): 2 VZÄ (analog Qualitätskriterien) Kostenermittlung auf Basis aktueller Kostenkalkulationen für Referenzteams	Kosten für Personal, Sachaufwand
Mobiles Palliativteam	Kostenermittlung auf Basis aktueller Kostenkalkulationen für Referenzteams mit einer Teamgröße von 4,5 VZÄ (analog Qualitätskriterien)	Kosten für Personal, Sachaufwand
Hospizteam	Kostenermittlung auf Basis aktueller Kostenkalkulation für ein Referenzteam mit 0,5 VZÄ hauptamtl. Koordinationsperson (analog Qualitätskriterien)	Kosten für hauptamtl. Koordination, Sachaufwand

VZÄ = Vollzeitäquivalent, B. = Bett

Quellen: BMGF – Kostenstellenstatistik der österreichischen Krankenanstalten 2004, Kalkulationen einzelner Einrichtungen und Dienste, ÖBIG-eigene Berechnung

Die ermittelten Kosten stellen die **laufenden Kosten seitens der Anbieter** der Versorgungsangebote dar. Daraus ergibt sich, dass hierbei lediglich im Bereich der Palliativstation die vollen Betreuungs- und Behandlungskosten abgebildet sind. Bei allen anderen Versorgungsangeboten fallen bei der Betreuung von Palliativpatientinnen und -patienten noch zusätzlich Kosten für die Leistungen der sozialen Krankenversicherung und der Länder an, d. s. Heilmittel, Hilfsmittel, Heilbehelfe sowie ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen, med. Hauskrankenpflege, Haushaltshilfe, Pflegehilfe. Diese Kosten können jedoch derzeit aufgrund einer unzureichenden Datenlage und zu vieler Unsicherheiten auch nicht annähernd abgeschätzt werden.

Eine vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger bei den Versicherungsträgern eigens durchgeführte Erhebung ergab, dass sich die Ermittlung dieser Kosten

schwierig gestaltet, da hier einerseits häufig Pauschalzahlungen vereinbart sind, und andererseits die Sozialversicherungsträger nicht routinemäßig davon Kenntnis haben, welche ihrer Anspruchsberechtigten sich in Hospiz- und Palliativbetreuung befinden. Aus den Erhebungsergebnissen wird seitens des Hauptverbandes abgeleitet, dass bei extramuraler Versorgung von Palliativpatientinnen und -patienten für die Krankenversicherung Kosten in folgender Höhe anfallen:

- Betreuung in stationärem Hospiz: mind. 50 Euro pro Patient/-in und Tag
- Betreuung durch mobiles Palliativteam: mind. 15 Euro pro Patient/-in und Tag

Zwei Gebietskrankenkassen konnten zudem Sonderauswertungen zu Patientinnen und Patienten in mobiler Palliativbetreuung durchführen und folgende Kosten ermitteln:

- Seitens der OÖGKK wird für das Jahr 2005 der Gesamtaufwand für mobil betreute Palliativpatientinnen und -patienten mit ca. 4.300 Euro pro Person angegeben. Damit abgedeckt sind Kosten für Heilmittel, Heilbehelfe, Hilfsmittel und ärztliche Hilfe.
- Seitens der SGKK werden für das Jahr 2004 Medikamentenkosten für Patientinnen und Patienten mit Betreuung durch mobile Palliativteams in der Höhe von rund 2.250 Euro pro Person bzw. rund 8,30 Euro pro Person und Tag angegeben.

Auf Basis der derzeitigen **Datenlage** ist es damit nicht möglich, die dem System für die Betreuung von Palliativpatientinnen und -patienten nach Einführung einer flächendeckenden abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung erwachsenden Kosten in ihrer Gesamtheit abzuschätzen. Für eine derartige Abschätzung wären insbes. folgende Daten und Informationen erforderlich:

- Kostenkalkulation der einzelnen Bausteine nach einem einheitlichen Kalkulationsschema
- Verlässliche Angaben der Sozialversicherungsträger und der Länder über die von ihnen getragenen Kosten für Patientinnen und Patienten während ihrer Betreuung durch Einrichtungen und Dienste der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung, differenziert nach Bausteinen
- Verlässliche Schätzungen zu den Patientinnen und Patienten, die von den spezialisierten Angeboten der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung betreut werden (Anzahl an Personen und Dauer der Behandlung/Betreuung nach Bausteinen differenziert) – derzeit geht man davon aus, dass ca. **10 bis 20 Prozent aller Sterbefälle** eine **spezialisierte Versorgung** benötigen hätten, das wären rund 7.500 bis 15.000 Personen.

Zu beachten ist, dass die angegebenen Kostensummen – mit den erwähnten Einschränkungen – die Kosten für die spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung im Vollausbau darstellen. Sie stellen jedoch nicht in ihrer Gesamtheit zusätzliche vom System aufzubringende Kosten dar:

- Zum einen wären die für die schon bestehenden Strukturen bereits derzeit aufgebrauchten Kosten gegenüberzustellen. Dabei ist jedoch zu bedenken, dass es sich außerhalb der Palliativstationen überwiegend um Modellfinanzierungen mit oftmals zeitlicher Befristung handelt (siehe Kapitel 5.4), und dass die darüber hinaus von der Sozialversicherung und den Ländern getragenen Kosten nicht in ihrer Gesamtheit abgeschätzt werden können.

- Zum anderen ist das im intramuralen Bereich (also für die Palliativstationen und die Palliativkonsiliardienste) aufzubringende Finanzierungsvolumen grundsätzlich über die Mittel der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) gedeckt.
- Und nicht zuletzt ist nach Einführung einer flächendeckenden abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung mit **Verschiebungseffekten** und damit verbundenen Einsparungspotenzialen zu rechnen.

5.2 Verschiebungseffekte, Einsparungspotenziale

Es besteht derzeit keine Evidenz darüber, ob und in welchem Ausmaß eine abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung kostengünstiger oder kostenintensiver ist als die derzeitige Versorgung. Zur Beantwortung dieser Frage wären komplexe Berechnungsmodelle und umfangreiche – möglicherweise erst zu generierende Daten – erforderlich. Unbestritten sind jedenfalls zwei Effekte einer spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung:

1. Eine Qualitätsverbesserung in der Versorgung der Zielgruppe und
2. eine Ermöglichung des Sterbens in vertrauter Umgebung (ein von der überwiegenden Mehrheit der Bevölkerung geäußelter Wunsch) –

zwei Effekte, die allfällige zusätzliche Kosten zumindest relativieren sollten.

Bei einer eingeführten abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung sind **Entlastungseffekte** in allen Versorgungsbereichen, in denen die Zielgruppe derzeit kompensatorisch behandelt wird, denkbar, d. s. das Krankenhaus und der niedergelassene Bereich. Durch eine qualifizierte palliative Betreuung können Symptomentgleisungen vermieden werden, die derzeit oft Gründe für Krankenhauseinweisungen und (Not)-Arzteinsätze sind. Die Entlastungspotenziale können für die einzelnen Bereiche wie folgt benannt werden:

- Krankenhaus:
 - Reduktion der Belagstage auf Regelstationen durch: weniger Wiederaufnahmen, Verkürzung der Verweildauern
 - ev. Bettenumwidmung
 betroffene Abteilungen: Interne, Gynäkologie, Chirurgie, Intensiv
- Niedergelassener Bereich
 - Reduktion von Notarzteinsätzen
 - Reduktion von Hausarztbesuchen
- Gesundheitssystem
 - Reduktion von Medikation und Diagnostik
 - Reduktion von Doppeluntersuchungen (unter der Voraussetzung der Zugriffsmöglichkeit für Palliativbetreuer auf Patientendaten)
 - Reduktion von Transportkosten
 - Entlastung der Strukturen im niedergelassenen Bereich
 - Vermeidung von Opportunitätskosten

Grundsätzlich sind folgende Verschiebungen und Effekte vorstellbar:

von	⇒	zu	Effekt	
Krankenhaus	⇒	Palliativstation	Umschichtung von Betten (Betten in Palliativstationen sollen durch Umwidmung entstehen), Relation 1:1 bis 1,25:1	Verbesserung der Versorgungsqualität für die Patienten
	⇒	stationäres Hospiz	Entlastung der Spitalsbetten, bis hin zu Einsparung von Spitalsbetten	
	⇒	Tageshospiz	Entlastung der Spitalsbetten, bis hin zu Einsparung von Spitalsbetten	
	⇒	mobiles Palliativteam	Entlastung der Spitalsbetten, bis hin zu Einsparung von Spitalsbetten	
Pflegeheim	⇒	Palliativstation	heimentlastend systembelastend (a) Rückkehrgarantie: Platz im PH muss freigehalten werden, b) Versorgung auf Palliativstation ist teurer als im PH)	
	⇒	stationäres Hospiz	krankenhausentlastend: Aufenthalte auf „Normal“-Stationen können vermieden werden heimentlastend systembelastend (a) Rückkehrgarantie: Platz im PH muss freigehalten werden, b) Versorgung im stationären Hospiz ist teurer als im PH) insgesamt keine Entlastung zu erwarten, eher Verteuerung	

Die genannten Entlastungs- und Verschiebungspotenziale sind logisch begründbar und werden überwiegend auch in der einschlägigen Literatur genannt. Ob und in welchem Ausmaß sie in der Realität nach Implementierung des abgestuften Hospiz- und Palliativversorgungssystems in Österreich auch tatsächlich eintreten und nachgewiesen werden können bzw. welche finanziellen Einsparungen damit verbunden sind, kann zum jetzigen Zeitpunkt nicht eingeschätzt werden.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt liegen in Österreich punktuelle Auswertungen/Berechnungen in Bezug auf die Auswirkungen einer Hospiz- und Palliativversorgung vor, wie z. B.:

- Einschätzungen zum Substitutionspotenzial einer Palliativstation in Bezug auf Krankenhausbetten: je Verfügbarkeit von ergänzenden Angeboten der Hospiz- und Palliativversorgung wird geschätzt, dass bei Errichtung eines Bettes in einer Palliativstation 1,25 bis zu 2 Betten im normalen Akutbereich eingespart werden können.
- Kostenvergleich der Versorgung sterbender Patientinnen/Patienten im Krankenhaus gegenüber Versorgung zu Hause durch ein mobiles Palliativteam: den ermittelten Kosten bei einem Krankenhausaufenthalt von rd. 8.150 Euro pro Person stehen bei einer Betreuung zu Hause Kosten von rund 4.450 Euro gegenüber (Preisbasis 2002/03).
- Datenauswertung zu stationären Aufenthalten von Patientinnen und Patienten mit einer Tumorerkrankung: Null- und Ein-Tagesaufenthalte werden als Einsparungspotenzial eingestuft.

- Vergleich der Diagnostikkosten von Patientinnen und Patienten auf internen Stationen mit den Diagnostikkosten von Patientinnen und Patienten auf einer Palliativstation: bei den Patientinnen und Patienten auf einer Palliativstation wurden um etwa 80 Prozent weniger an diagnostischen Leistungen erbracht als auf einer internen Station, wenn Personen unter dem kurativen Aspekt mit der bestehenden medizinischen Routine behandelt werden.

Diese Beispiele zeigen, dass der Nachweis von Einsparungspotenzialen auch in rechnerischer/kostenmäßiger Hinsicht zumindest punktuell möglich ist. Ob dies auch in größerem Umfang (z. B. österreichweit) möglich sein wird, hängt zentral von der Datenlage ab.

Abschließend werden die Auswirkungen der einzelnen Bausteine einer abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung auf die **Verweildauer** in den Bereichen der Grundversorgung eingeschätzt (vgl. Übersicht 5.1).

Übersicht 5.1: Potenzielle Auswirkung der einzelnen Bausteine eines abgestuften Hospiz- und Palliativversorgungssystems auf die Verweildauer in den traditionellen Versorgungsfeldern

	Palliativstation	stationäres Hospiz	Tageshospiz	Palliativkonsiliardienst	mobiles Palliativteam	Hospizteam
Akutbereich (Krankenhaus)	-	--	-	-	--	(-)
Langzeitversorgung (Pflegeheim)	(+)	(-)	-	(+)	+	kein Einfluss
Zu Hause	+	kein Einfluss	+	(+)	++	(+)

-: Senkung der Verweildauer +: Erhöhung der Verweildauer
 --: starke Senkung ++: starke Erhöhung
 (-): eher Senkung (+): eher Erhöhung

5.3 Verflechtung Gesundheits- Sozialwesen

Die abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung bewegt sich im Feld zwischen Gesundheits- und Sozialwesen. Dadurch ergeben sich **Problemstellungen** auf Ebene der Entscheidungsträger und insbes. auf Seite der Patientinnen und Patienten.

Nach bisher geübter Praxis wird die „Palliativmedizin“ (d. s. insbes. die Palliativstationen und Palliativkonsiliardienste) dem Gesundheitsbereich zugeordnet, die Angebote des „Hospizbereichs“ (d. s. insbes. die stationären Hospize, Tageshospize und Hospizteams) dem Pflege- und damit dem Sozialbereich. Diese Zuteilung der einzelnen Versorgungsangebote führt in letzter Konsequenz zu einer **massiven Ungleichbehandlung** von Patientinnen und Patienten, insbes. hinsichtlich ihrer finanziellen Kostentragungspflicht.

Die Problematik, die sich ergibt, wenn Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung verschiedenen Bereichen zugeordnet werden, kann am Beispiel Palliativstation versus stationäres Hospiz nachvollzogen werden. In Übersicht 5.2 werden verschiedene patientenrelevante Aspekte laut geltender Rechtslage dargestellt.

Übersicht 5.2: Gegenüberstellung verschiedener patientenrelevanter Aspekte am Beispiel Palliativstation im Krankenhaus vs. stationäres Hospiz im Pflegeheim

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

Es zeigt sich, dass sich nach **geltender Rechtslage** eine **eindeutige Benachteiligung** bei der Versorgung in einem stationären Hospiz ergibt. Die Betreiber von bestehenden stationären Hospizen sind mit dieser Problematik vertraut und haben sich z. T. um Sonderlösungen zur Finanzierung bemüht, so dass den Patientinnen und Patienten keine zu hohen Kosten aufgebürdet werden müssen.

Die Diskussion ist daher geprägt von der Frage der Zuordnung der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung zum Gesundheits- oder Sozialbereich. Die gegenwärtig praktizierte Zuordnung würde unter der Prämisse eines niederschweligen Zugangs zur Hospiz- und Palliativversorgung **Änderungen in der Sozialhilfegesetzgebung** erfordern. Allerdings sind im Sozialbereich alle Personen gleich zu behandeln und es wird als undurchführbar erachtet, hier Ausnahmeregelungen (etwa in der Form von Zuzahlungsbefreiungen für die Gruppe der Palliativpatientinnen und -patienten) zu schaffen.

Seitens des Sozialbereichs wurde hinsichtlich der Zuordnungsfrage bereits ein offizieller Standpunkt eingenommen. So wurde am 12. Mai 2006 in der Tagung der Landessozialreferentenkonferenz folgender Beschluss gefasst: „Die Landessozialreferentenkonferenz vertritt den Standpunkt, dass es sich hier (eig. Anm.: gemeint ist die abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung) um Aufgaben, Inhalte und Kosten handelt, die primär über das Gesundheitssystem (z. B. Reformpool) abgewickelt werden sollten; dies nicht zuletzt im Interesse der betroffenen Personen und deren Angehörigen. Die Festlegung von Aufgaben und Inhalten muss in Abstimmung mit dem Sozialbereich erfolgen.“

5.4 Derzeitige Finanzierungssituation

Abschließend soll die derzeitige Finanzierungssituation beleuchtet werden. Wie bereits mehrfach erwähnt ist lediglich die Finanzierung von Palliativstationen durch (derzeit nicht kostendeckende) Abrechnungsregelungen der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) gesichert. Regelungen, die die Finanzierung der Angebote im extramuralen Bereich langfristig sichern, fehlen derzeit (noch). Ebenso wenig gibt es für die im Krankenhaus angesiedelten Palliativkonsiliardienste eine Regelfinanzierung (noch nicht im LKF-System berücksichtigt).

In der Folge wird ein Überblick über die gegenwärtige Situation in Bezug auf die zur Finanzierung der einzelnen Versorgungsangebote involvierten Finanzierungsträger und die jeweils betroffenen Versorgungssektoren gegeben (vgl. Tabelle 5.3).

Tabelle 5.3: Iststand der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich – Finanzierung und betroffene Versorgungssektoren

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

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 5.3

Mobiles Palliativteam	Modell-Finanzierungen: a) Land, Krankenkassen, Eigenmittel der Träger, Spenden b) Strukturmittel (Stmk bis 2005)/Reformpool ¹	Soziales + Gesundheit Gesundheit
Hospizteam	Modell-Finanzierungen: a) Eigenmittel der Träger, Spenden b) Reformpool ¹ (in NÖ, tw. in der Stmk)	Soziales Gesundheit

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

Quelle: ÖBIG-eigene Recherchen

Zusammenfassend ist die derzeitige Situation von folgenden Umständen gekennzeichnet:

- Bei den meisten Bausteinen sind beide Bereiche (Gesundheit und Soziales) betroffen
- Es existiert eine **Vielzahl von Finanziers**. Dieser Umstand erschwert eine Einschätzung, welcher Finanzier wie viel zu den gegenwärtigen Kosten beiträgt. Bei der derzeitigen Datenlage sind selbst Schätzungen unmöglich.
- Mangels Finanzierungsregelungen für die extramuralen Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung ist die gegenwärtige Situation von (individuellen) Modell-Lösungen geprägt. Diese Lösungen sind auf **Eigeninitiative der Betreiber** zustande gekommen, vielfach zeitlich begrenzt und zeichnen sich durch keine bis geringe finanzielle Belastung für die Patientinnen und Patienten aus.
- Die Betreiber müssen große Anstrengungen unternehmen, um ihre Kosten zu decken; **Spenden** spielen bei allen Bausteinen eine Rolle (selbst im Bereich der Palliativstationen, die über das LKF-System finanziert werden, sind die Betreiber mangels Kostendeckung auf zusätzliche Finanzierungsmöglichkeiten (z. B. Spenden) angewiesen).
- In einigen Bundesländern wird – als Übergangslösung – eine Finanzierung der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung über den Reformpool angestrebt bzw. wurde z. T. bereits fixiert. Damit können in diesen Bundesländern der weitere Auf- und Ausbau – unabhängig von der Einigung und Einführung einer Regelfinanzierung – zumindest bis Ende des Jahres 2008 (Auslaufen der 15a-Vereinbarung) forciert und die Finanzierungsfrage überbrückt werden.

Resümierend muss festgestellt werden, dass für die Umsetzung einer flächendeckenden abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung die **langfristige Finanzierung** der einzelnen Versorgungsangebote gesichert sein muss.

Literatur

Council of Europe: Empfehlung Rec (2003) 24 des Ministerkomitees an die Mitgliedsstaaten zur Strukturierung der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung. Verabschiedet durch das Ministerkomitee am 12. November 2003 bei der 860sten Versammlung der Ständigen Vertreter der Außenminister

Deutscher Bundestag 15. Wahlperiode: Zwischenbericht der Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin. Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit. Deutscher Bundestag 15. Wahlperiode Drucksache 15/5858, 22.6.2005

ÖBIG: Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich, Wien 2004

SOFFI-Institut: Evaluierung Familienhospizkarenz, Innsbruck 2005

Anhang

Anhang 1

722 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XXII. GP

Bericht

des Gesundheitsausschusses

über den Antrag 215/A(E) der Abgeordneten Dr. Kurt Grünewald, Kolleginnen und Kollegen betreffend Einrichtung einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe zu Palliativ Care in der stationären geriatrischen Pflege

Die Abgeordneten Dr. Kurt Grünewald, Kolleginnen und Kollegen haben den gegenständlichen Entschließungsantrag am 24. September 2003 im Nationalrat eingebracht und wie folgt begründet:

„In Österreich wohnen 65.000 Menschen in Alten- und Pflegeheimen, mehr als 30.000 sind pflegebedürftig. Das Pflegeheim stellt für diese Personengruppe die letzte Lebensstation dar.

Lt. internationalen Studien sterben 14 % der Pflegeheimbewohnerinnen im ersten Monat, 33 % im ersten Vierteljahr, 46 % im ersten halben Jahr und 58 % im gesamten ersten Jahr nach der Aufnahme. Nach 5 Jahren sind 90 % verstorben.

Pflegeheime sind also im Grunde genommen Hospize, jedoch mit gravierenden Unterschieden zu den echten Hospizen.

Das oft überlastete Personal hat nur wenig Zeit für Sterbebegleitung, und ist auch nicht entsprechend ausgebildet.

Es besteht ein enormer rechtlicher und faktischer Handlungsbedarf, um insbesondere das im Krankenanstaltengesetz garantierte Recht auf einen würdigen Tod allen Menschen in stationären Einrichtungen umsetzen zu können.“

Der Gesundheitsausschuss hat den gegenständlichen Entschließungsantrag in seiner Sitzung am 1. Dezember 2004 in Verhandlung genommen. An der Debatte beteiligten sich außer dem Berichterstatter im Ausschuss, Abgeordneter Dr. Kurt **Grünewald** die Abgeordneten Ridi **Steibl**, Ing. Erwin **Kaipel** sowie die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen Maria **Rauch-Kallat** und die Ausschussobfrau Abgeordnete Barbara **Rosenkranz**.

Bei der Abstimmung fand der gegenständliche Entschließungsantrag keine Mehrheit.

Ein von den Abgeordneten Dr. Kurt **Grünewald**, Manfred **Lackner**, Barbara **Rosenkranz** und Ridi **Steibl** eingebrachter Entschließungsantrag betreffend Einrichtung einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe zu Palliativ Care in der stationären geriatrischen Pflege wurde einstimmig beschlossen. Diesem Antrag war folgende Begründung beigegeben:

„In Österreich wohnen 65.000 Menschen in Alten- und Pflegeheimen, mehr als 30.000 sind pflegebedürftig. Das Pflegeheim stellt für diese Personengruppe die letzte Lebensstation dar.

Lt. internationalen Studien sterben 14 % der Pflegeheimbewohner/innen im ersten Monat, 33 % im ersten Vierteljahr, 46 % im ersten halben Jahr und 58 % im gesamten ersten Jahr nach der Aufnahme. Nach 5 Jahren sind 90 % verstorben. Pflegeheime sind also im Grunde genommen Hospize, jedoch mit gravierenden Unterschieden zu den echten Hospizen.

Das oft überlastete Personal hat nur wenig Zeit für Sterbebegleitung, und ist auch nicht entsprechend ausgebildet.

In der neuen Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG wurde dazu vereinbart:

’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 an den Nahtstellen zum Pflegebereich sicherzustellen.’“

Als Berichterstatter für das Plenum wurde Abgeordneter Elmar **Lichtenegger** gewählt.

Als Ergebnis seiner Beratungen stellt der Gesundheitsausschuss somit den **Antrag**, der Nationalrat wolle

1. diesen Bericht zur Kenntnis nehmen und
2. die **angeschlossene Entschließung** annehmen.

Wien, 2004-12-01

Elmar Lichtenegger

Berichterstatter

Barbara Rosenkranz

Obfrau

Entschließung

Die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen wird ersucht, zur Integration der Erfahrungen aus dem Hospiz- und Palliativ Care Bereich in die stationäre geriatrische Pflege bis zum 1.7.2005 eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe einzurichten.

Anhang 2

Arbeitsgruppe „Hospiz- und Palliativversorgung“

Nominierte Mitglieder:

Dr. Johann **Baumgartner** (Steiermärkische KA-Gesellschaft)
Mag. Robert **Döller** (NÖGUS)
Dr. Christine **Fercher** (Kärntner LReg)
MSc, MAS Roman **Gaal** (NÖGUS)
Claudia **Gabriel** (BMSG)
OPfl. Bernhard **Glawogger** (Universitätsklinik Graz)
Mag. Hansjörg **Gmeiner** (Salzburger LReg)
HR Dr. Alois **Grüner** (Salzburger LReg)
Alfred **König** (HVSV)
Doz. Dr. Rudolf **Likar** (LKH Klagenfurt)
Mag. Alexander **Maksimovic** (HVSV)
Univ. Prof. Dr. Gebhard **Mathis** (LKH Hohenems)
Dr. Arno **Melitopulos** (Tiroler GKK)
Dr. Karin **Mosser** (KAV)
Mag. Daniela **Palk** (OÖ Landesregierung)
Mag. Jan **Pazourek** (Wiener GKK)
MAS Renate **Peischl** (Burgenländische LReg)
Dir. Mag. Roswitha **Pettliczek-Koller** (HVSV)
Dunija **Petzl** (HVSV)
Dr. Karin **Pfeiffer** (BMGS)
Mag. Florian **Pressl** (BMGF)
HR Dr. Herbert **Prucher** (Salzburger LReg)
Daniel **Raus** (OÖ Landesregierung)
Dr. Christan **Rothmayer** (OÖ GKK)
Mag. Andreas **Roupec** (Steiermärkische LReg)
Mag. Romana **Ruda** (HVSV)
Dr. Ernst **Rupacher** (Landeskrankenanstalten Betriebsgesellschaft)
Univ. Prof. Dr. Hellmut **Samonigg** (Universitätsklinik Graz)
DI Dr. Hannes **Schmidl** (MA 24 Gesundheits- und Sozialplanung sowie Finanzmanagement)
Mag. Dr. Ulrike **Schermann-Richter** (BMGF)
Dir. Dr. Harald **Seiss** (Salzburger GKK)
Dr. Lucia **Ucsnik**, MAS (BMGF)
Präsident Dr. Artur **Wechselberger** (Österreichische Ärztekammer)
Vertreter: Prim. Prof. Dr. Franz Böhmer (Geriatric-Diplomverantwortlicher)
Dr. Georg Pinter (Palliativ-Diplomverantwortlicher)
Mag. Thomas **Winkler** (MA 24 Gesundheits- und Sozialplanung sowie Finanzmanagement)
Dr. Melanie **Wohlgemant** (Amt der Tiroler Landesregierung)
Dr. Martin **Zartl** (BMGF)

Unterarbeitsgruppe „Grundsätze und Vorgaben“

Nominierte Mitglieder:

Mag. Christof **Eisl*** (Salzburger Hospizbewegung)
 Mag. Georg **Entmayr*** (HVSV)
 Dr. Ferdinand **Felix*** (in Vertretung von Mag. Maksimovic)
 GD-Stv. Robert **Freitag** (PVA)
 Dr. Wolfgang **Froschauer*** (in Vertretung von Dr. Rothmayer)
 OA Dr. Otto **Gehmacher*** (Palliativstation LKH Hohenems)
 Prim. Dr. Heinrich **Kiss*** (Palliativstation LKH Oberwart)
 Mag. Alexander **Maksimovic*** (HVSV)
 Dr. Arno **Melitopulos*** (Tiroler GKK)
 Mag. Ulrike **Pribil*** (Caritas – Mobiles Hospiz Linz)
 Dr. Brigitte **Riss*** (Landesverband Hospiz NÖ)
 Dr. Christian **Rothmayer*** (OÖ GKK)
 Dr. Ernst **Rupacher*** (ZISOP [Zentrum für Interdisziplinäre Schmerztherapie, Onkologie und Palliativmedizin] LKH Klagenfurt)
 Prof. Dr. Hellmut **Samonigg** (UPE [Universitäre Palliativmedizinische Einrichtung] LKH Graz), vertreten durch Dr. Brigitte **Fröhlich***
 Mag. Arnold **Schett*** (Tiroler Hospizgemeinschaft)
 Mag. Dr. Ariane **Schweiger*** (in Vertretung von Dr. Seiss)
 Dir. Dr. Harald **Seiss** (Salzburger GKK)
 Dr. Lucia **Ucsnik**, MAS (BMGF)
 Dr. Michaela **Werni*** (OPG)
 Dr. Wolfgang **Wiesmayr*** (Dachverband HOSPIZ ÖSTERREICH, Landesverband Hospiz OÖ)
 Mag. Thomas **Winkler*** (MA 24 Gesundheits- und Sozialplanung sowie Finanzmanagement)

Unterarbeitsgruppe „Finanzierung“

Nominierte Mitglieder:

Dr. Johann **Baumgartner*** (St KAGES, Koordination Palliativbetreuung)
 DSA Erich **Crass*** (Burgenländische LReg)
 Mag. Josef **Danner*** (Tiroler LReg)
 Mag. Robert **Döller*** (NÖGUS)
 Mag. Marlies **Dicklberger*** (in Vertretung von Dr. Seiss)
 Mag. Georg **Entmayr*** (HVSV)
 Mag. Birgit **Fischer*** (Kärntner LReg)
 GD-Stv. Robert **Freitag** (PVA)
 Dr. Wolfgang **Froschauer*** (in Vertretung von Dr. Rothmayer)
 Mag. Volker **Furtenbach** (Vorarlberger LReg)
 MSc, MAS Roman **Gaal*** (NÖ Landeskliniken-Holding)
 Dr. Michael **Heinisch*** (Vinzenzgruppe)
 Mag. Alexander **Maksimovic*** (HVSV)
 Dr. Arno **Melitopulos*** (Tiroler GKK)
 Franz **Palkovits*** (NÖGUS)
 HR Dr. Herbert **Prucher*** (Salzburger LReg)
 Dr. Christian **Rothmayer*** (OÖ GKK)
 Dir. Dr. Harald **Seiss*** (Salzburger GKK)
 Mag. Leopold **Söllradl*** (OÖ LReg)
 Dr. Lucia **Ucsnik**, MAS (BMGF)
 Mag. Helga **Vogl*** (NÖ GKK)
 Mag. Thomas **Winkler*** (MA 24 Gesundheits- und Sozialplanung sowie Finanzmanagement)

* zumindest bei einer Sitzung anwesend

Anhang 3

Zusammenfassung der Konzepte zum Auf- und Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung

Vorliegende Konzepte:

Burgenland:	Hospizplan Burgenland. Integrierte Palliativversorgung im Burgenland. Bedarfsanalyse und Qualitätsentwicklung der Betreuung schwerkranker und sterbender Menschen (IFF Klagenfurt/Graz/Wien, 2004)
Kärnten:	Expertengruppe Palliativmedizin – Endbericht des Entwicklungsteams zum Leistungssegment Palliativmedizin; Leistungssegment Palliativmedizin – Ablaufplan zur Umsetzung der Vorschläge der Expertengruppe (Expertengruppe am LKH Klagenfurt, 2001)
Niederösterreich:	Integriertes Hospiz- und Palliativversorgungskonzept für Niederösterreich (Geschäftsstelle des NÖGUS, 2004)
Oberösterreich:	Mobiler Hospizplan Oberösterreich. Integrierte Mobile Palliativversorgung in Oberösterreich (IFF – Palliative Care und OrganisationsEthik, 2003)
Salzburg:	Konzept für eine flächendeckende integrierte palliativmedizinische Versorgung im Land Salzburg (Arbeitsgruppe Palliativmedizin der Salzburger Kommission, 2003)
Steiermark:	Steirisches Palliativkonzept (ÖBIG, 2000)
Tirol:	Palliativ Versorgung Konzept Tirol (Arbeitsgruppe am Land Tirol, 2006)
Vorarlberg:	Patientenorientierte Bedarfserhebung und Qualitätsentwicklung in der palliativen Versorgung in Vorarlberg (IFF – Palliative Care und Organisationales Lernen, 2001)
Wien	Konzept für die Hospiz- und Palliativversorgung nach Auskunft des Landes in Arbeit
Österreich:	Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich (ÖBIG, 2004)

Bundesland: BURGENLAND

Angaben zum Bundesland im Jahr 2005	277.924 EinwohnerInnen Palliative Versorgung: 1 Palliativstation mit 8 Betten 7 Hospizteams
Konzept-Titel: Erstellungsdatum: Auftraggeber: Auftragnehmer:	Hospizplan Burgenland. Integrierte Palliativversorgung im Burgenland. Bedarfsanalyse und Qualitätsentwicklung der Betreuung schwerkranker und sterbender Menschen Oktober 2004, Projektlaufzeit: Oktober 2003 bis Oktober 2004 Soziallandesrat Dr. Peter Rezar, KRAGES IFF-Wien. Abteilung Palliative Care und OrganisationsEthik, Fakultät für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung
An Konzepterstellung Beteiligte:	Projektleitungsgruppe (Auftraggeber, IFF-Team, Geschäftsführung der Hospizbewegung Burgenland) Steuerungsgruppe (Hospizbewegung Burgenland, Caritas, Rotes Kreuz, Volkshilfe, Hilfswerk, Diakonie, KRAGES, Büro LR Rezar) „Runder Tisch – Palliative Care im Burgenland“ (relevante Institutionen und Gebietskörperschaften, die sich mit den Projektzielen identifizierten) Regionale Palliativarbeitskreise (Organisationen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich)
Definierte palliative Versorgungsangebote:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Palliativbetten in der Palliativstation ➤ Hospizbetten im Hospiz ➤ Palliative Care Support Teams, Palliativer Brückendienst ➤ Palliative Geriatrie im Langzeit-Pflegebereich ➤ Ehrenamtliche Hospizinitiativen und Hospizgruppen ➤ Informelles HelferInnensystem
Festgelegte/ermittelte Bedarfe:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 1 Palliativstation mit 8 bis 10 Betten ⇒ entspr. 29 bis 36 Betten je Mio. EW ➤ 5 bis 6 Hospizbetten ⇒ entspr. 18 bis 22 Betten je Mio. EW ➤ 4 Mobile Palliative Care Teams ⇒ entspr. 1 Team je 70.000 EW ➤ Palliative Geriatrie im Langzeit-Pflegebereich (keine Quantifizierung vorgenommen)
Bedarfsgrundlagen:	<p>a) für stationäre Palliativversorgung: Berechnungsmodell auf Basis Higginson (defensive Annahme der Eingangsparameter). 50 stationäre Hospiz- und Palliativbetten pro Mio. EW, Aufteilung im Verhältnis 3 Palliativbetten zu 2 Hospizbetten ⇒ 30 Palliativbetten und 20 Hospizbetten je Mio. EW</p> <p>b) für mobile Palliativversorgung: Berechnungsmodell auf Basis Higginson und bestehende Modelle (Graz, Pinzgau, Mecklenburg-Vorpommern)</p>

Fortsetzung Burgenland

Zeithorizont(e):	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Erster Schritt ➤ Mittelfristig (bis 2010) ➤ Langfristig (über 2010 hinaus?)
Maßnahmenvorschläge, Umsetzungsschritte:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Heben der palliativen Basiskompetenz – Sicherstellung der spezifischen Palliativkompetenz <ul style="list-style-type: none"> ➤ Qualifizierung der professionellen und ehrenamtlichen MitarbeiterInnen (Aus- und Fortbildung) 2. Initiierung von Organisationsentwicklungsprozessen <ul style="list-style-type: none"> ➤ Einheitliche Kriterien und Standards für Palliative Care sollen entwickelt werden („Kriterienkatalog – Palliative Kultur“ für jeden Versorgungskontext) 3. Nachhaltige Entwicklung eines Palliativnetzwerkes: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Schaffung einer Basisstruktur (Basisnetzwerk aller in der pflegerischen Versorgung tätigen Organisationen, Institutionen und Professionen durch runden Tisch, Fallbesprechungen, Qualitätszirkel) ➤ Strukturentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung: <ul style="list-style-type: none"> – Mittelfristig: Ausbau des Modells der Palliativen Geriatrie innerhalb des Langzeit-Pflegebereiches Einrichtung von 4 Palliative Care Support Teams – Langfristig: Palliativstation Oberwart (8 B.) um 1-2 Betten erweitern Errichtung stationärer Hospizbetten, speziell für jüngere chronisch Kranke und sterbende PatientInnen – Langfristiges Ziel: Entwicklung einer palliativen Regelversorgung, d. h. „es sollte eine gute Palliativversorgung in jedem Versorgungskontext geben.“
Prioritäten:	Deutliche Priorität auf dem Ausbau des mobilen Palliativversorgungsnetzwerkes. (Begründung: Burgenland hat den österreichweit größten Anteil an zu Hause Sterbenden)
Organisatorische Maßnahmen:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Einsetzen von drei hauptamtlichen regionalen Palliativkoordinatoren mit den Aufgaben: Strukturentwicklung, Qualitätssicherung von Palliative Care, konkretes Palliatives Case Management 2. Gründung des Vereins „Steuerungsgruppe Palliativversorgung“, in dem die Interessen der regionalen Koordinatoren, der Professionen, Träger, Ehrenamtlichen und Betroffenen hinsichtlich der Gesamtentwicklung aufeinander abgestimmt werden. 3. Anstellung einer Landeskoordinatorin mit dem Schwerpunkt Struktur- und Qualitätsentwicklung 4. „Runder Tisch – Palliative Care“ mit den Aufgaben, die regionalen und überregionalen Entwicklungen zu bilanzieren und über die nächsten Entwicklungsschritte zu entscheiden. Ziel ist der kontinuierliche Aufbau der Strukturen nach regionalem Bedarf. 5. Palliativnetzwerk Burgenland: kontinuierliche Entwicklung mobiler Versorgungsstrukturen, bis 2010 vier Palliative Care Support Teams
Kostenschätzungen:	Kalkulation Palliatives Support Team mit insges. 4 VZÄ: € 213.690,- (Kostenbasis wahrscheinlich 2004)
Finanzierungsvorschlag:	Keiner
Verbindlichkeit:	Nicht definiert

Bundesland: KÄRNTEN

Angaben zum Bundesland im Jahr 2005	557.319 EinwohnerInnen Palliative Versorgung: 2 Palliativstationen mit insges. 18 Betten 3 Mobile Palliativteams 7 Hospizteams
Konzept-Titel:	Expertengruppe Palliativmedizin – Endbericht des Entwicklungsteams zum Leistungssegment Palliativmedizin
Erstellungsdatum:	2001
Auftraggeber:	Land Kärnten
Auftragnehmer:	Nicht ausgewiesen. Moderation durch Fa. INFORA
An Konzepterstellung Beteiligte:	Expertengruppe bestehend aus ÄrztInnen und Pflegefachkräften der LKH Klagenfurt und Villach, unterstützt durch eine externe Moderation
Definierte palliative Versorgungsangebote:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Palliativstation ➤ Palliativ-Konsiliarteam (im Krankenhaus) ➤ Mobiles Palliativ-Konsiliarteam (extramural)
Festgelegte/ermittelte Bedarfe:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Palliativstationen: <ul style="list-style-type: none"> – Szenario 1: 3 Palliativstationen mit 30 Betten ⇒ entspr. 54 Betten je Mio. EW – Szenario 2: 2 Palliativstationen mit 26 Betten ⇒ entspr. 47 Betten je Mio. EW ➤ Palliativ-Konsiliarteam an allen KH ohne Palliativstation ➤ 4 mobile Palliativ-Teams für Kärnten (je ein Team für die Kärntner Regionen Ost, Nord, Zentral, West) ⇒ entspr. 1 Team je 140.000 EW
Bedarfsgrundlagen:	Für Palliativstationen: ÖBIG-Empfehlung, ÖKAP/GGP (50 Betten je Mio. EW)
Zeithorizont(e):	Nicht ausgewiesen
Maßnahmenvorschläge, Umsetzungsschritte:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Errichtung von zwei Palliativstationen (entspr. Szenario 2) ➤ Einrichtung von Palliativ-Konsiliarteams an allen Akut-KH ohne eigene Palliativstation ➤ Installierung von vier mobilen Palliativ-Konsiliarteams mit einer zentralen Koordinationsstelle (im Gesundheitsreferat des Landes Kärnten angesiedelt)
Prioritäten:	Keine explizit genannt bzw. ableitbar

Fortsetzung Kärnten

Organisatorische Maßnahmen:	Einrichtung einer Koordinationsstelle für die vier mobilen Palliativ-Konsiliarteams (im Sozialreferat des Landes Kärnten angesiedelt)
Kostenschätzungen:	Umsetzung der Palliativstationen weitgehend kostenneutral durch Umwidmung vorhandener Spitalsbetten Palliativ-Konsiliarteams sollten aus den bestehenden Personalressourcen der KH rekrutiert werden und somit kostenneutral sein. Kostenschätzungen (Basisjahr 2000) vorliegend für den extramuralen Bereich: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Personalkosten der mobilen Palliativ-Konsiliarteams (nur ärztliches und pflegerisches Personal): ca. 466.000 € pro Jahr ➤ Personalkosten für die zentrale Koordinationsstelle für die vier mobilen Palliativ-Konsiliarteams: ca. 30.200 € pro Jahr
Finanzierungsvorschlag:	Extramurale Teams: zwei Jahre lang Finanzierung über Strukturmittel des Kärntner Krankenanstaltenfonds, danach Forderung nach einer Regelfinanzierung. Anm.: seit Dezember 2004 ist eine Finanzierung über Strukturmittel für 3 Jahre beschlossen.
Verbindlichkeit:	Nicht definiert

Bundesland: NIEDERÖSTERREICH

Angaben zum Bundesland im Jahr 2005	1.568.635 EinwohnerInnen Palliative Versorgung: 2 Palliativstationen mit insges. 10 Betten 3 Stationäre Hospize mit insges. 18 Betten 4 PKD – Palliativ-Konsiliardienste in KH mit Tätigkeit zusätzlich im mobilen Bereich 25 Hospizteams
Konzept-Titel: Erstellungsdatum: Auftraggeber: Auftragnehmer:	Integriertes Hospiz- und Palliativversorgungskonzept für Niederösterreich Juni bis Dezember 2004 Ständiger Ausschuss des NÖGUS Geschäftsstelle des NÖGUS
An Konzepterstellung Beteiligte:	Interdisziplinäre Arbeitsgruppe mit Vertretern von NÖ LReg, NÖGUS, einschlägigen Hospiz- bzw. Palliativversorgungsangeboten. Zusätzlich ExpertInnen zu Einzelfragen
Definierte palliative Versorgungsangebote:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Palliativstation ➤ Stationäres Hospiz ➤ Tageshospiz ➤ PKD–Palliativ-Konsiliardienst ➤ Mobiles Palliativteam ➤ Mobiles Hospizteam
Festgelegte/ermittelte Bedarfe:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 9 Palliativstationen mit 66 Betten ⇒ entspr. 42 Betten je Mio. EW ➤ 17 PKD–Palliativ-Konsiliardienste an KH mit Tätigkeit auch extramural ➤ 6 Stationäre Hospize mit 36 Betten ⇒ entspr. 23 Betten je Mio. EW ➤ 2 Mobile Palliativteams (Tätigkeit ausschließlich extramural). Insges. 19 Teams, die mobil tätig sind ⇒ entspr. 1 Team je 82.500 EW ➤ 1 Tageshospiz ➤ 26 Mobile Hospizteams (Ehrenamtliche) ⇒ entspr. 1 Team je 60.000 EW
Bedarfsgrundlagen:	<p>Bedarfsgrundlagen in Anlehnung an Konzept der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung (ÖBIG):</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Palliativstation und stationäres Hospiz: 66 Betten je Mio. EW, Aufteilung im Verhältnis (65:35) – Bedarf ist höher als ÖBIG-Konzept aufgrund Berücksichtigung geographischer Verhältnisse ➤ PKD–Palliativ-Konsiliardienst und mobiles Palliativteam: gemeinsam betrachtet: 1 Team je 81.500 EW. Die PKD sind für die KH, die keine Palliativstation haben, zuständig. ➤ Tageshospiz: nur im Ballungsraum. Bedarf für NÖ nicht abschätzbar, Richtwert: 1 Tageshospiz je 150.000 EW ➤ Mobile Hospizteams: Richtwert 1 Team je 60.000 EW

Fortsetzung Niederösterreich

Zeithorizont(e):	<p>Drei Etappen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Stufe 1: 2005-2007 ➤ Stufe 2: 2008-2009 ➤ Stufe 3: 2010-2012
Maßnahmenvorschläge, Umsetzungsschritte:	<p>Für jede der fünf Regionen ist ein Stufenplan festgelegt: für jede Etappe sind Zielausbau und die dafür notwendigen Maßnahmen definiert. Erster Schritt ist dabei jeweils eine Konzepterstellung unter Einbeziehung aller beteiligten Personen/Institutionen und mobilen Dienste in der Region</p>
Prioritäten:	<p>Nicht explizit definiert</p>
Organisatorische Maßnahmen:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Zur Umsetzung der Stufenpläne Installierung eines Beauftragten für Palliative Care in jeder Region (Aufgaben sind definiert) ➤ Installierung eines „runden Tisches“ mit VertreterInnen der palliativen Strukturen, der n.g. Ärzteschaft sowie der Mobilien Dienste in jedem Bezirk <p>Organigramm liegt vor.</p>
Kostenschätzungen:	<p>Abschätzung der Umsetzungskosten und der jährlichen Betriebskosten, die additiv zu den bereits 2004 bestehenden Strukturen entstehen werden. Ermittlung dieser jährlichen Kosten je Etappe differenziert nach Leistungsanbieter (Krankenhaus, Heim, Hospizdienst, Organisation & Koordination).</p> <p>Im Vollausbau, d. h. ab dem Jahr 2012, wurden jährliche Zusatzkosten in der Höhe von 6,9 Mio. € ermittelt.</p>
Finanzierungsvorschlag:	<p>Differenzierter Vorschlag nach Stufen und Zuständigkeit in zwei Varianten:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nach bei Konzepterstellung geltender Rechtslage: <ul style="list-style-type: none"> – Strukturen im KH: Strukturmittel des NÖGUS – Strukturen in den Pflegeheimen: Mittel der Sozialhilfe plus PatientInnen (Selbstzahler) – Strukturen der Hospizdienste: Mittel der Sozialhilfe, ggf. Strukturmittel des NÖGUS – Organisation: Mittel der Sozialhilfe, ggf. Strukturmittel des NÖGUS 2. Finanzierungsansatz unter Berücksichtigung der Gesundheitsreform 2005 (15a-Vereinbarung und NÖGUS-Gesetz-NEU): <ul style="list-style-type: none"> – Strukturen im KH: Gesundheitsplattform, Reformpool – Strukturen in den Pflegeheimen: Mittel der Sozialhilfe plus PatientInnen (SelbstzahlerInnen) – Strukturen der Hospizdienste: Gesundheitsplattform, Reformpool – Organisation: Gesundheitsplattform, Reformpool
Verbindlichkeit:	<p>Konzept vom Ständigen Ausschuss des NÖGUS am 3.3.2005 beschlossen.</p>
Bemerkungen:	<p>Stufenplan und Netzwerk sollen jährlich evaluiert werden. Ein Evaluierungskonzept inkl. Qualitäts- und Strukturkriterien soll von VertreterInnen des Landesverbandes Hospiz NÖ, des Amtes der NÖ LReg und des NÖGUS ausgearbeitet werden.</p>

Bundesland: OBERÖSTERREICH

Angaben zum Bundesland im Jahr 2005	1.393.402 EinwohnerInnen Palliative Versorgung: 3 Palliativstationen mit insges. 28 Betten 1 Stationäres Hospiz mit 4 Betten 2 Palliativkonsiliardienste 2 Mobile Palliativteams 16 Hospizteams
Konzept-Titel:	Mobiler Hospizplan Oberösterreich. Integrierte Mobile Palliativversorgung in Oberösterreich
Erstellungsdatum:	Oktober 2002 bis November 2003
Auftraggeber:	OÖ Landesregierung – Sozialabteilung, Landesrat Josef Ackerl
Auftragnehmer:	IFF – Institut für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung der Universitäten Klagenfurt/Wien/Innsbruck/Graz, Abteilung Palliative Care und OrganisationsEthik
An Konzepterstellung Beteiligte:	Auftraggebervertretung, Akteure aus den unterschiedlichen Berufsgruppen, Einrichtungen und Diensten: Bezirksgruppen und -koordinatoren für die mobile Palliativbetreuung, „Runder Tisch“/Forum, Arbeitskreis-Koordinatoren und Träger-Vertretung
Definierte palliative Versorgungsangebote:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Integrierte Mobile Palliativ Teams mit Brücken - und Supportfunktion ➤ Palliative-Care-Konsiliardienst (qualifizierter palliativärztlicher und -pflegerischer Konsiliardienst), stationär und ambulant tätig ➤ Ehrenamtliche HospizmitarbeiterInnen
Festgelegte/ermittelte Bedarfe:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 5 bis 6 Mobile Palliativteams ⇒ entspr. 1 Team je 232.000 bis 279.000 EW ➤ 1 genereller Palliative-Care-Konsiliardienst für die Beratung der niedergelassenen Ärzteschaft, Etablierung von Qualitätszirkeln und Weiterqualifizierung ➤ gem. stationärem Hospizplan: 7 Palliativstationen mit insges. 63 Betten ⇒ entspr. 45 Betten je Mio. EW
Bedarfsgrundlagen:	<p>Mobiler Bereich: Berechnungsmodell von Higginson. Minimalbedarf 4 Teams, Maximalbedarf 20 Teams, Empfehlung an der Minimalvariante orientiert</p> <p>Stationärer Bereich: ÖKAP/GGP (50 stationäre Palliativbetten pro Mio. EW)</p>
Zeithorizont(e):	Modellphase 2003 bis 2006

<p>Maßnahmenvorschläge, Umsetzungsschritte:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Heben der palliativen Kompetenz durch interprofessionelle Weiterbildung <ul style="list-style-type: none"> – Qualifizierung der professionellen und ehrenamtlichen MitarbeiterInnen (Aus- und Fortbildung) – Weiterentwicklung von Qualitätskriterien 2. Initiierung von Organisationsentwicklungsprozessen <ul style="list-style-type: none"> – Sorgfältige Analyse der aufgebauten Strukturen und Standards für Palliativ Care (Berücksichtigung der ökonomischen Belange, Einführung einer standardisierten Dokumentation und Evaluation, etc.) 3. Strukturentwicklung der integrierten mobilen Palliativversorgung <ul style="list-style-type: none"> – Sicherstellung einer flächendeckenden Angebotsstruktur sowie der Schnittstellengestaltung zwischen mobilen und stationären sowie regelversorgenden und spezialisierten Versorgungsangeboten – Verschränkung unterschiedlicher Versorgungsangebote vornehmlich von Medizin und Pflege – Qualitätsorientierte Weiterentwicklung im Pflege- und Versorgungsalltag – Etablierung von 2 mobilen Palliativteams im städtischen (Linz) und ländlichen (Vöcklabruck) Raum in Form von Modellprojekten – Aufbau von 3 bis 4 weiteren Mobilen Palliativteams mit Support- und Brückenfunktion im ländlichen Raum nach Evaluierung der beiden Modellprojekte – Evaluierung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in bestehenden und künftigen Palliativdiensten 4. Errichtung weiterer Palliative-Care-Konsiliardienste <ul style="list-style-type: none"> – Unterstützung der niedergelassenen Ärzteschaft (Hausärzte) Krankenhausärzte sowie der Mobilen Dienste – Etablierung von ärztlichen und pflegerischen Qualitätszirkeln
<p>Prioritäten:</p>	<p>Ausbau der integrierten Mobilen Palliativversorgung in Oberösterreich</p>
<p>Organisatorische Maßnahmen:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Institutionalisierung bereits bestehender Vernetzungsgremien (Arbeitsgruppen, überregionale Palliativ-KoordinatorInnen) zu einem landesweiten Palliativ-Netzwerk 2. Implementierung von bezirksübergreifenden Kooperationen zur unterstützenden Vernetzung des überregionalen Angebots 3. Errichtung einer Landeskoordinationsstelle als Impulsgeber für die weitere bezirksübergreifende Vernetzung der mobilen Palliativversorgung 4. Integration bestehender Hospizinitiativen in das Versorgungsgeschehen
<p>Kostenschätzungen:</p>	<p>Keine Angaben</p>
<p>Finanzierungsvorschlag:</p>	<p>In der Pilotphase erfolgt die Finanzierung der beiden Mobilen Palliativteams (Linz und Salzkammergut) aus Mitteln des Oberösterreichischen Strukturfonds.</p>
<p>Verbindlichkeit:</p>	<p>Empfehlung</p>

Bundesland: SALZBURG

Angaben zum Bundesland im Jahr 2005	525.135 EinwohnerInnen Palliative Versorgung: 1 Palliativbereich mit 4 Betten 1 Stationäres Hospiz mit 10 Betten 1 Tageshospiz mit 6 Betreuungsplätzen 3 Mobile Palliativteams 8 Hospizteams
Titel:	Konzept für eine flächendeckende integrierte palliativmedizinische Versorgung im Land Salzburg
Erstellungsdatum:	Juli 2001 bis April 2003
Auftraggeber:	Landeshauptmann a. D. Univ.-Doz. Dr. Franz Schausberger, Landesrätin a. D. Dr. Maria Haidinger
Auftragnehmer:	Arbeitsgruppe Palliativmedizin der Salzburger Kommission
An Konzepterstellung Beteiligte:	Arbeitsgruppe mit ExpertInnen u. PraktikerInnen sowie VertreterInnen der Salzburger Landesregierung
Definierte palliative Versorgungsangebote:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Palliativstation ➤ Stationäres Hospiz ➤ Tageshospiz ➤ Palliativmedizinischer Konsiliardienst ➤ Mobile Palliative Care Teams (mit Tätigkeit im ambulanten aber auch (teil)stationären Bereich) ➤ Ehrenamtliche Dienstleistungen – Hospizbewegung ➤ Palliativmedizin in (Pflege)-Heimen
Festgelegte/ermittelte Bedarfe:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2 Palliativstationen mit insgesamt 25 Betten (verteilt auf Krankenanstalten und Hospize) ⇒ entspr. 48 Betten je Mio. EW ➤ Palliativmedizinischer Konsiliardienst an allen KH, in denen keine eigenständige Palliativeinheit besteht ➤ 7 bis 8 Mobile Palliative Care Teams ⇒ entspr. 1 Team pro 66.000 bis 75.000 EW ➤ Palliativmedizin in (Pflege)-Heimen: keine Quantifizierung
Bedarfsgrundlagen:	ÖKAP/GGP 2001, Palliativmedizinische Versorgung im stationären Akutbereich (ÖBIG 1999): 50 stationäre Palliativbetten pro Mio. EW, vorzugsweise auf Palliativstationen (im Rahmen bestehender Fachabteilungen mit 8 bis 14 Betten). Bedarfszahlen als erste Richtgröße. Relativierung, dass die Zahl der erforderlichen Palliativbetten maßgeblich vom Ausbau der extramuralen palliativen Versorgung abhängt.
Zeithorizont(e):	„Mittelfristig“, „absehbare Zeit“. Keine konkrete Jahresangabe.

Fortsetzung Salzburg

<p>Maßnahmenvorschläge, Umsetzungsschritte:</p>	<p>Lückenlose Deckung des regionalen Bedarfs an palliativmedizinischer Betreuung</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ durch eine stationäre palliativmedizinische Betreuung auf ausgewiesenen Palliativstationen ➤ durch den gezielten Aufbau weiterer ambulanter palliativmedizinischer und -pflegerischer Dienste, um mittelfristig eine „Regelbetreuung“ zu Hause, in Pflegeheimen und/oder in Hospizen zu erreichen. <p>Qualifizierung im palliativmedizinischen Bereich:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ausbau des interdisziplinären Lehrgangs für Palliative Care in Salzburg als Qualifizierungsmöglichkeit für Ärztinnen und Ärzte, Pflegepersonen usw. ➤ Mittelfristig: Aufnahme der Palliativmedizin in den Lehrplan der Salzburger Medizinischen Fakultät <p>Aufbau eines Netzwerkes der Palliativ- und Hospizversorgung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Schaffung einer regionalen Vernetzung von Hausärzten, Pflegepersonal, Psychotherapeuten, Sozialarbeitern und anderen Berufsgruppen ➤ Strukturentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung <ul style="list-style-type: none"> – Weiterführung bzw. Ausbau des Stationären Hospiz in Salzburg (derzeit 10 Betten) – Einrichtung von ein bis zwei Palliativstationen, wobei das Krankenhaus Zell am See dezidiert ausgewiesen ist – Aufbau weiterer mobiler Palliative Care Teams mit jeweils einer „Palliativkoordination“ in den Regionen Tennengau, Pongau und Lungau, Pinzgau, Salzburg-Stadt und Salzburg-Land <p>Förderung der ehrenamtlichen HelferInnen Öffentlichkeitsarbeit</p>
<p>Prioritäten:</p>	<p>Der extramuralen Betreuung soll Vorrang eingeräumt werden. Begründung sind insbes. die verkürzte Verweildauer im Krankenhaus bei gleichzeitiger Optimierung der häuslichen Versorgung und der Entlastung der Angehörigen sowie deutliche Kostenvorteile der extramuralen Versorgung gegenüber der Unterbringung im Krankenhaus.</p>
<p>Organisatorische Maßnahmen:</p>	<p>Bestellung von Palliativbeauftragten des Landes Salzburg mit den Aufgaben Organisation, Implementierung, Koordination und Motivation</p>
<p>Kostenschätzungen:</p>	<p>Grobe Schätzung der Kosten je Palliative Care Team zwischen mind. 150.000 bis 170.000 Euro pro Jahr (Basis sind die Kosten des Mobilen Palliativteams im Pinzgau 2003).</p>

Fortsetzung Salzburg

Finanzierungsvorschlag:	<p>Grundsatz: kein Zwei-Klassen-Sterben, Durchfinanzierung der palliativen Versorgung aus öffentlichen Mitteln Zur Finanzierung der integrierten Palliativversorgung wird ein einheitlicher Finanzierungspool aus Landes- und Strukturmitteln sowie Leistungen der Krankenversicherung vorgeschlagen. Daraus sollten folgende Angebote finanziert werden:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Palliative Care Teams➤ Öffentlichkeitsarbeit➤ Ausbildung➤ Technische Infrastruktur➤ Infrastruktur für spirituelle und psychologische Hilfen➤ Angehörigenberatung➤ Zusätzliche Aufwendungen für Palliativpflege in Heimen➤ Palliativbeauftragte➤ Andere Leistungen
Verbindlichkeit:	Empfehlung

Bundesland: STEIERMARK

Angaben zum Bundesland im Jahr 2005	<p>1.183.961 EinwohnerInnen</p> <p>Palliative Versorgung: 3 Palliativstationen mit insges. 28 Betten 1 Stationäres Hospiz mit 10 Betten 3 Palliativkonsiliardienste 5 Mobile Palliativteams 23 Hospizteams</p>
Konzept-Titel:	Steirisches Palliativkonzept
Erstellungsdatum:	November 1999 bis Jänner 2000
Auftraggeber:	Steiermärkische KAGes
Auftragnehmer:	ÖBIG
An Konzepterstellung Beteiligte:	Vertreter der Steiermärkischen KAGes
Definierte palliative Versorgungsangebote:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Palliativstation/-bereich ➤ Hospiz ➤ Palliativmedizinischer Konsiliardienst ➤ Mobiles Hospizteam
Festgelegte/ermittelte Bedarfe:	<p>Szenario 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Palliativstationen: 50 Betten im Jahr 2000 bzw. 56 Betten im Jahr 2020 ⇒ entspr. 43 Betten je Mio. EW ➤ Palliativmedizinischer Konsiliardienst: 21 (hypothetische) Betten im Jahr 2000 bzw. 24 Betten im Jahr 2020 ⇒ entspr. 18 Betten je Mio. EW <p>Szenario 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Palliativstationen: 41 Betten im Jahr 2000 bzw. 47 Betten im Jahr 2020 ⇒ entspr. 36 Betten je Mio. EW ➤ Palliativmedizinischer Konsiliardienst: 27 (hypothetische) Betten im Jahr 2000 bzw. 31 Betten im Jahr 2020 ⇒ entspr. 23 Betten je Mio. EW
Bedarfsgrundlagen:	<p>Vom ÖBIG entwickeltes Rechenmodell zur Ermittlung des Bedarfes im stationären Akutbereich, das insbes. folgende Eingangsvariablen berücksichtigt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Bevölkerung und demographische Entwicklung ➤ (Krebs-)Inzidenzraten ➤ Krankenhaushäufigkeit in der terminalen Phase ➤ Aufenthaltsdauern im stationären Akutbereich <p>Berechnung von 2 Szenarien</p> <p>Palliativmedizinische Konsiliardienste grundsätzl. in allen KH ohne eigene Palliativstation</p>

Fortsetzung Steiermark

Zeithorizont(e):	2000, 2005, 2020
Maßnahmenvorschläge, Umsetzungsschritte:	<p>Stationärer Akutbereich: Aufbau in vier Phasen ohne genaue Jahresangaben</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Etappenweiser Aufbau von Palliativstationen und palliativmedizinischen Konsiliardiensten ➤ Palliativmedizinische Konsiliardienste modellhaft einrichten, Evaluierung von Akzeptanz und Inanspruchnahme durch die Normalstationen, erst dann Vollausbau <p>Stationärer Pflegebereich:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Einrichtung des zum Konzeptstellungszeitpunkt projektierten Hospizes in Graz (GGZ) sowie ➤ Einrichtung einer zweiten derartigen Einrichtung im Versorgungsraum Nord <p>Ambulanter Bereich:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Schaffung eines flächendeckenden Netzes an ehrenamtlichen Angeboten ➤ Bildung von regional verteilten mobilen Palliativteams ➤ Ausbildungsangebote ➤ Qualifizierung der mobilen Dienste ➤ Qualifizierung der niedergelassenen praktischen Ärzteschaft
Prioritäten:	Nicht explizit festgelegt. Mit dem Aufbau im stationären Bereich muss ein Auf- und Ausbau der Kapazitäten im ambulanten Bereich einhergehen.
Organisatorische Maßnahmen:	Landesweite zentrale Stelle zur Koordination des Aufbaus
Kostenschätzungen:	<p>Personalkosten für den jährlichen Betrieb der ermittelten bedarfsnotwendigen Kapazitäten im stationären Akutbereich auf Kostenbasis 2000:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Szenario 1: <ul style="list-style-type: none"> – Palliativstationen rd. 3,2 Mio. €, Palliativmedizinischer Konsiliardienst rd. 2,8 Mio. €. Gesamt: rd. 6 Mio. € ➤ Szenario 2: <ul style="list-style-type: none"> – Palliativstationen rd. 2,6 Mio. €, Palliativmedizinischer Konsiliardienst rd. 3,6 Mio. €. Gesamt: rd. 6,2 Mio. €
Finanzierungsvorschlag:	Kein expliziter. Geschätzte Kosten fallen in den Akutkrankenhäusern an.
Verbindlichkeit:	Empfehlung

Bundesland: TIROL

Angaben zum Bundesland im Jahr 2005	693.225 EinwohnerInnen Palliative Versorgung: 1 Palliativstationen mit 14 Betten 1 Mobiles Palliativteam 13 Hospizteams
Konzept-Titel:	Integrierte, abgestufte Palliativ- und Hospizversorgung in Tirol
Erstellungsdatum:	November 2005 bis April 2006
Auftraggeber:	Gesundheitslandesrätin Dr. Elisabeth Zanon
Auftragnehmer:	Arbeitsgruppe am Land Tirol
An Konzepterstellung Beteiligte:	„Steuerungsgruppe Konzepterstellung integrierte Palliativ- und Hospizversorgung Tirol“ mit Entscheidungsträgern, Betroffenen und Vertreterinnen/Vertretern des Gesundheits- und Sozialbereichs in Tirol
Definierte palliative Versorgungsangebote:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Palliativstation/-bereich ➤ Hospizstation ➤ Palliativkonsiliardienst ➤ Mobiles Palliativteam ➤ Mobiles Hospizteam ➤ Kompetente palliative Regelversorgung
Festgelegte/ermittelte Bedarfe:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Palliativstationen: 30 Betten je Mio. EW ➤ Hospizbetten: 30 Betten je Mio. EW ➤ Palliativkonsiliardienst: 4 Teams ➤ Mobiles Palliativteam: 1 Team je 120.000 EW ➤ Mobiles Hospizteam: 1 Team je 40.000 EW ➤ Palliative Betreuung in der ambulanten Langzeitpflege in Gesundheits- und Sozialsprengeln
Bedarfsgrundlagen:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Stationäre Palliativversorgung, mobile Palliativversorgung: Berechnungsmodell auf Basis Bedarf ➤ Stationäre Hospizversorgung, mobile Hospizversorgung: Berechnung auf Basis Bedarf
Zeithorizont(e):	Mittelfristig (ohne konkrete Zeitangabe) Beginn der Implementierungsphase: Ende Juni 2006

<p>Maßnahmenvorschläge, Umsetzungsschritte:</p>	<p>Nachhaltige Entwicklung eines integrierten, abgestuften Versorgungsmodells für palliative und Hospizbetreuung sowie Etablierung einer „Palliativ-Kultur“ in der Regelversorgung:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Qualifizierung aller Berufsgruppen, die in der Palliativversorgung tätig sind <ul style="list-style-type: none"> – Qualifizierung auf interdisziplinärer und fachspezifischer Ebene – Wissensmanagement für den ständigen Austausch zwischen Palliativstation und Regelversorgung 2. Aufbau von Patientenorientierte Organisationseinheiten: <ol style="list-style-type: none"> a) Aufbau von Palliativen Konsiliardiensten bzw. mobiler Palliativteams <ul style="list-style-type: none"> – Brückendienst zwischen stationärer und ambulanter Versorgung – Beratung von professionellen Regelversorgern (Hausarzt, Hauskrankenpflege, soziale Dienste) – Betreuung und Beratung von PalliativpatientInnen und deren Angehörigen zu Hause b) Umwandlung bestehender Akutbetten in Palliativbetten lt. ÖSG c) Systematische Organisationsentwicklung der Palliativen Versorgung in stationärer Langzeitpflege (Projekt „Palliative Care in Pflegeheimen“, Erstellung von Richtlinien für die Palliative Versorgung in Pflegeheimen)
<p>Prioritäten:</p>	<p>Abgestufte, integrierte Versorgung</p>
<p>Organisatorische Maßnahmen:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Schaffung einer Basisstruktur (Basisnetzwerk aller in der pflegerischen Versorgung tätigen Organisationen, Institutionen und Professionen) durch Institutionalisierung der Steuerungsgruppe mit Entscheidungsträgern aus dem Gesundheits- und Sozialbereich zu einer ständigen Einrichtung, die laufend tagt, entsprechend der Plattform Gesundheit 2. Institutionalisierung einer Palliativkoordination, Kooperation mit den anderen Einrichtungen, insbes. der Hospizbewegung 3. Entwicklung einer integrierenden Steuerung
<p>Kostenschätzungen:</p>	<p>Gesamtkosten Konsiliardienste bzw. mobile Teams pro Jahr: 1,927.000,- € Gesamtkosten Schulungsmaßnahmen Phase 1: 80.000,- €</p>
<p>Finanzierungsvorschlag:</p>	<p>Für die Sicherstellung der nicht stationären Versorgung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Palliative Versorgung aus dem Reformpool für das Jahr der Implementierung und zwei Jahre danach; eine Regelfinanzierung muss angestrebt werden. Möglich aus: SV, Gesundheitsfonds, Sozialhilfe – Status: Idee ➤ Einhebung eines Solidaritätsbeitrags für Palliativ- und Hospizversorgung von der erwerbstätigen Bevölkerung in Tirol durch das Land Tirol – Status: Idee ➤ Palliativ- und Hospizbetreuung: Versicherung – Status: Idee ➤ Anpassung des Sozialversicherungsgesetzes in der Art, dass die nicht stationäre Versorgung aus dem Sozialbereich finanziert werden könnte – Status: Idee ➤ Einrichtung einer Hospiz- und Palliativpflegestufe. Mit Caritas wurde eine beschleunigte Verfahrensabwicklung von Ansuchen um Pflegegeld von hospizpflichtigen PatientInnen vereinbart.
<p>Verbindlichkeit:</p>	<p>nicht bekannt</p>

Bundesland: VORARLBERG

Angaben zum Bundesland im Jahr 2005	360.406 EinwohnerInnen Palliative Versorgung: 1 Palliativstation mit 10 Betten 7 Hospizteams Palliative Care in 7 Pflegeheimen
Konzept-Titel: Erstellungsdatum: Auftraggeber: Auftragnehmer:	Patientenorientierte Bedarfserhebung und Qualitätsentwicklung in der Palliativen Versorgung in Vorarlberg Juli 2000 bis Juni 2001 Landesrat Dr. Hans-Peter Bischof IFF – Palliative Care und Organisationales Lernen
An Konzepterstellung Beteiligte:	„Runder Tisch“ mit EntscheidungsträgerInnen aus dem gesamten Vorarlberger Gesundheitssystem. Zusammensetzung: Landesrat, ExpertInnen, alle relevanten Berufsgruppen, Interessenvertretungen, Hospizbewegung, VertreterInnen stationärer und ambulanter Einrichtungen
Definierte palliative Versorgungsangebote:	Integriertes Versorgungsmodell mit folgenden Strukturen: ➤ Palliativstation ➤ Konsiliarteam ➤ Palliative Care Support Team (Case Management) ➤ Hospizbewegung ➤ Modell Palliative Geriatrie in der stationären Langzeitpflege ➤ Kompetente palliative Regelversorgung
Festgelegte/ermittelte Bedarfe:	➤ 1 Palliativstation mit 10 Betten ⇒ entspr. 28 Betten je Mio. EW ➤ 3 Palliative Support Teams ⇒ entspr. 1 Team je 120.000 EW ➤ Palliative Care in der stationären Langzeitpflege in 6 Pflegeheimen
Bedarfsgrundlagen:	a) für stationäre Palliativversorgung: Berechnungsmodell auf Basis Higginson: Minimalbedarf 7 stationäre Betten, Maximalbedarf 29 stationäre Betten; Empfehlung an der Minimalvariante orientiert b) für mobile Palliativversorgung: Lt. Berechnungsmodell: Minimalbedarf 2,5 Palliative Support Teams, Maximalbedarf 11 Palliative Support Teams; Empfehlung an der Minimalvariante orientiert
Zeithorizont(e):	Mittelfristig (ohne konkrete Zeitangabe)

Fortsetzung Vorarlberg

<p>Maßnahmenvorschläge, Umsetzungsschritte:</p>	<p>Nachhaltige Entwicklung eines integrierten Versorgungsmodells für Palliative Care sowie Etablierung einer „palliativen Kultur“ in der Regelversorgung.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Qualifizierung aller Berufsgruppen, die in der Palliativversorgung tätig sind <ul style="list-style-type: none"> – Qualifizierung auf interdisziplinärer und fachspezifischer Ebene – Wissensmanagement für den ständigen Austausch zwischen Palliativstation und Regelversorgung 2. Patientenorientierte Organisationsentwicklung durch <ol style="list-style-type: none"> a) Aufbau von palliativen Konsiliardiensten b) Errichtung mobiler Palliativteams <ul style="list-style-type: none"> – als Brückendienst zwischen stationärer und ambulanter Versorgung – Betreuung und Beratung von PalliativpatientInnen und deren Angehörigen zu Hause (ca. 50 – 100 Patienten pro Jahr) – Beratung von professioneller Regelversorgung (Hausarzt, Hauskrankenpflege, soziale Dienste) (Mobiles Palliativteam Hohenems wird ab 1.1.2006 installiert. Konzept liegt vor.) c) Systematische Organisationsentwicklung der Palliativen Versorgung in der stationären Langzeitpflege (Projekt „Palliative Care in Pflegeheimen“ läuft seit 10/2004 in 7 Pflegeheimen. Richtlinien für die Palliative Versorgung im Pflegeheim liegen vor.)
<p>Prioritäten:</p>	<p>Deutliche Priorität auf dem Ausbau eines mobilen Palliativversorgungsnetzwerkes</p>
<p>Organisatorische Maßnahmen:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Schaffung einer Basisstruktur (Basisnetzwerk aller in der pflegerischen Versorgung tätigen Organisationen, Institutionen und Professionen) durch Institutionalisierung des „Runden Tisch in Palliative Care“ mit Entscheidungsträgern aus dem Gesundheits- und Sozialsystem zu einer ständigen „Palliativkonferenz“. 2. Institutionalisierung einer Palliativkoordination, Kooperation mit dem Koordinator des Landes Vorarlberg, Entwicklung einer integrierenden Steuerung.
<p>Kostenschätzungen:</p>	<p>Keine</p>
<p>Finanzierungsvorschlag:</p>	<p>Palliative Versorgung als Modell für die Finanzierung über den Vorarlberger Gesundheitsfonds „aus einem Guss“</p>
<p>Verbindlichkeit:</p>	<p>Empfehlung</p>

Bundesland: WIEN

Angaben zum Bundesland im Jahr 2005	<p>1.571.347 EinwohnerInnen</p> <p>Palliative Versorgung:</p> <ul style="list-style-type: none"> 4 Palliativstationen mit 44 Betten 1 Stationäres Hospiz mit 4 Betten 1 Tageshospiz mit 8 Betreuungsplätzen 1 Palliativkonsiliardienst 3 Mobile Palliativteams 1 Hospizteam 1 Abteilung für Palliativmedizinische Geriatrie in einem Pflegeheim
Konzept-Titel:	Konzept für die Hospiz- und Palliativversorgung nach Auskunft des Landes in Arbeit.

ÖSTERREICH

Angaben zum Bundesland im Jahr 2005	<p>8,131.354 EinwohnerInnen</p> <p>Palliative Versorgung:</p> <ul style="list-style-type: none"> 18 Palliativstationen mit insges. 164 Betten 7 Stationäre Hospize mit insges. 46 Betten 2 Tageshospize mit insges. 14 Betreuungsplätzen 10 Palliativkonsiliardienste 17 Mobile Palliativteams 107 Hospizteams 8 Standorte Palliative Geriatrie (Palliative Care in Pflegeheimen)
Konzept-Titel: Erstellungsdatum: Auftraggeber: Auftragnehmer:	<p>Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich</p> <p>August bis November 2004</p> <p>BMGF (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen)</p> <p>ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen)</p>
An Konzepterstellung Beteiligte:	<p>Arbeitsgruppe mit in den Auf- und Ausbau der Palliativversorgung involvierten Expertinnen und Experten aus allen Bundesländern sowie aus den Organisationen HOSPIZ ÖSTERREICH und Österreichische Palliativgesellschaft (OPG)</p>
Definierte palliative Versorgungsangebote:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Palliativstation ➤ Stationäres Hospiz ➤ Tageshospiz ➤ Palliativkonsiliardienst ➤ Mobiles Palliativteam ➤ Hospizteam
Festgelegte/ermittelte Bedarfe:	<p>Mittelfristig (bis 2010):</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Palliativstation und stationäres Hospiz: 60 Betten je Mio. EW, Aufteilung nach regionalen Gegebenheiten. Langfristige Verteilung jeweils zur Hälfte auf Palliativstationen und stationäre Hospize ⇒ entspr. 30 Betten in Palliativstationen je Mio. EW und 30 Betten in stationären Hospizen je Mio. EW ➤ Tageshospiz: dzt. noch nicht einschätzbar (Einzugsgebiet mind. 150.000 Einwohner) ➤ Palliativkonsiliardienst: muss für jedes Krankenhaus im Bedarfsfall verfügbar sein. Jeder Palliativstation muss ein Palliativkonsiliardienst angegliedert sein ➤ Mobiles Palliativteam: 1 Team je 140.000 EW (abhängig von den geographischen Gegebenheiten sind auch kleinere Versorgungsgebiete möglich, jedoch nicht unter 80.000 EW) ➤ Hospizteam: 1 Team je 40.000 EW ➤ Langfristig (über das Jahr 2010 hinaus): ➤ Von einer Steigerung des Bedarfs ist auszugehen, das Ausmaß ist nicht seriös abschätzbar

Fortsetzung Österreich

Bedarfsgrundlagen:	Internationale Empfehlungen und nationale Erfahrungen
Zeithorizont(e):	2010
Maßnahmenvorschläge, Umsetzungsschritte:	Schaffung eine abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung, die bundesweit gleichwertig und gleichzeitig auf die regionalen Gegebenheiten und Erfordernisse abgestimmt ist durch: 1. Formulierung von <u>Vorgaben</u> auf Bundesebene 2. Schaffung von erforderlichen <u>Rahmenbedingungen</u> (Finanzierung, gesetzliche Anpassungen, Forschung) auf Bundesebene 3. Vorgabe von Richtlinien für den schrittweisen Auf- und Ausbau auf Bundesebene 4. Regionale <u>Planung</u> und operative <u>Umsetzung</u> auf Länderebene
Prioritäten:	Ausbau mobiler Strukturen
Organisatorische Maßnahmen:	<u>Bundeskoordinationsstelle</u> ➤ als zentrale Ansprechstelle mit den Aufgaben der Begleitung des Aufbaus in den Bundesländern, des Controlling sowie der Evaluierung <u>Bundesplattform</u> ➤ zur Diskussion und Entscheidungsfindung bei Fragestellungen mit bundesweitere Relevanz, in der insbes. folgende Entscheidungsträger/Institutionen vertreten sind: Bundesstrukturkommission, Fachgesellschaften (z. B. OPG); Dachverbände (z. B: HOSPIZ ÖSTERREICH); Sozialversicherungsträger, Ärztekammer; medizinische Universitäten) <u>Landeskoordinationsstelle in jedem Bundesland</u> ➤ betraut mit den Aufgaben der regionalen Planung, Umsetzung, Koordination, Qualitätssicherung
Kostenschätzungen:	Keine
Finanzierungsvorschlag:	Keiner Hingewiesen wird auf die Notwendigkeit der Klärung und Sicherstellung der Finanzierung der Versorgungsangebote außerhalb des stationären Akutbereiches, d. s. stationäre Hospize, Tageshospize, mobile Palliativteams und Hospizteams. Ziel ist es, Hospiz- und Palliativversorgung als Sachleistung ohne (wesentliche) Kostenbeteiligung zur Verfügung zu stellen.
Verbindlichkeit:	Expertenempfehlung

Anhang 4

Palliativstation

- Definition* Die Palliativstation ist eine innerhalb von bzw. im Verbund mit einem Akutkrankenhaus eigenständige Station, die auf die Versorgung von Palliativpatientinnen/-patienten spezialisiert ist. Ein multiprofessionell zusammengesetztes Team kümmert sich in einem ganzheitlichen Ansatz um die Patientinnen/Patienten und deren Angehörige.
- Eine Palliativstation ist autonom bezüglich der Aufnahme, der Behandlung und der Entlassung von Patientinnen/Patienten.
- Zielgruppe* Palliativpatientinnen und -patienten jeder Altersgruppe
- mit komplexer medizinischer, pflegerischer oder psychosozialer Symptomatik und akutem hohem Betreuungsaufwand
- Auftrag und Ziel* 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).
- Es werden keine kausalen tumorspezifischen Therapien (z. B. palliative Chemotherapie) durchgeführt.
- Zugangskriterien*
- Krankenhausbedürftigkeit besteht; die Patientin/der Patient kann aufgrund komplexer Symptomatik nicht zu Hause oder in einer anderen Einrichtung betreut werden.
 - Patientin/Patient bzw. seine Stellvertretung in Gesundheitsangelegenheiten bzw. seine Vertrauensperson stimmen der Aufnahme zu.
 - Patientin/Patient ist weitestgehend über die unheilbare Erkrankung aufgeklärt.
 - Patientin/Patient und Angehörige sind über die Möglichkeiten und Ziele der Palliativstation informiert.

Stationäres Hospiz

- Definition* 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.
- Ein stationäres Hospiz ist autonom bezüglich der Aufnahme, der Behandlung und der Entlassung von Patientinnen/Patienten.
- Zielgruppe* Erwachsene Palliativpatientinnen/-patienten jeder Altersgruppe
- mit komplexer Symptomatik und hohem Betreuungsaufwand,
 - wenn häusliche Betreuung nicht möglich ist und Krankenhausbedürftigkeit nicht besteht.
- Auftrag und Ziel* Ziele sind die Linderung von Symptomen und die Erreichung einer bestmöglichen Lebensqualität der Betroffenen bis zum Tod sowie Trauerbegleitung.
- Zugangskriterien*
- Patientin/Patient bzw. seine Stellvertretung in Gesundheitsangelegenheiten bzw. seine Vertrauensperson stimmen der Aufnahme zu.
 - Patientin/Patient ist weitestgehend über die unheilbare Erkrankung aufgeklärt.
 - Patientin/Patient und Angehörige sind über die Möglichkeiten und Ziele des stationären Hospizes informiert.
 - Jeder der folgenden Aspekte ist alleine für die Aufnahme ausreichend:
 - Medizinisch: Komplexe Symptomatik
 - Pflegerisch: Mobile bzw. Langzeitpflegeversorgung nicht ausreichend
 - Psychosozial: Versorgungssystem dekompenziert und Langzeitpflegeversorgung nicht ausreichend

Tageshospiz

- Definition* 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.
- Das Tageshospiz kann als eigenständiges Angebot von allen Palliativpatientinnen/-patienten in Anspruch genommen werden.
- Zielgruppe*
- Erwachsene Palliativpatientinnen/-patienten jeder Altersgruppe, die mobil bzw. transportfähig sind.
 - Angehörige
- Auftrag und Ziel* Das Tageshospiz bietet tageweise Betreuung und tageweise Entlastung für alle Betroffenen.
- Wesentliche Ziele sind:
- Förderung der Lebensqualität
 - Erweiterung des Lebensumfeldes zur Verhinderung sozialer Isolation
 - Motivation zur und Förderung der Selbstständigkeit (Empowerment)
 - Ermöglichen von Gemeinschaft in einer Gruppe gleichermaßen Betroffener
 - Vermeidung unnötiger Krankenhausaufenthalte
 - Entlastung der Angehörigen
 - Gestaltung und Bearbeitung von Abschieden
- Zugangskriterien*
- Patientin/Patient stimmt der Betreuung zu.
 - Patientin/Patient ist weitestgehend über die unheilbare Erkrankung aufgeklärt.
 - Patientin/Patient ist transportfähig bzw. mobil.
 - Ggf. Bedarf an Maßnahmen, die zu Hause nicht durchgeführt werden können, aber keinen stationären Aufenthalt erfordern.

Palliativkonsiliardienst

- Definition* 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.
- Zielgruppe*
- Betreuendes Personal von Palliativpatientinnen/-patienten aller Stationen und Ambulanzen; es sind dies Personen
 - mit komplexer Symptomatik,
 - mit dem Erfordernis einer speziellen palliativmedizinischen bzw. -pflegerischen Expertise.
 - Palliativpatientinnen/-patienten und deren Angehörige
- Auftrag und Ziel* Bestmögliche Linderung der vielfältigen Symptome der Palliativpatientinnen/-patienten in den Abteilungen, Stationen und Ambulanzen durch Unterstützung der professionellen Betreuung sowie der Betroffenen. Dadurch kann
- die Betreuung vor Ort verbessert werden und ggf. eine Entlassung von Patientinnen/Patienten aus der Akutabteilung im Krankenhaus ermöglicht werden,
 - eine gezielte Übernahme von Patientinnen/Patienten auf eine Palliativstation erfolgen,
 - der Übergang zwischen stationärer und ambulanter Betreuung erleichtert werden (Brückenfunktion),
 - ein Verbleiben der Patientin/des Patienten zu Hause/im Pflegeheim ermöglicht werden (bei Übernahme der Aufgaben des mobilen Palliativteams).
- Ziel ist es, spezielle palliativmedizinische und pflegerische Expertise im jeweiligen Umfeld verfügbar zu machen.
- Je nach örtlicher und geographischer Gegebenheit kann der Palliativkonsiliardienst auch außerhalb des Krankenhauses beratend tätig werden.
- Zugangskriterien* Der Palliativkonsiliardienst wird auf Anfrage/Anforderung tätig
- als Hilfestellung für die Betreuerinnen/Betreuer vor Ort in komplexen Betreuungssituationen,
 - in der Betreuung von Patientinnen/Patienten und Angehörigen, wenn diese einer speziellen palliativmedizinischen bzw. -pflegerischen Expertise bedürfen.

Mobiles Palliativteam

- Definition* 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.
- Das mobile Palliativteam unterstützt weiters die Übergänge zwischen Krankenhaus und häuslicher Versorgung.
- Zielgruppe*
- 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
 - Palliativpatientinnen/-patienten und deren Angehörige
- Auftrag und Ziel* Bestmögliche Linderung der vielfältigen Symptome der Palliativpatientinnen/-patienten vor Ort durch Unterstützung der professionellen Betreuenden sowie der Betroffenen, sodass
- ein Verbleiben der Patientin/des Patienten zu Hause/im Pflegeheim möglich ist,
 - eine Aufnahme von Patientinnen/Patienten in ein Akutkrankenhaus vermieden werden kann,
 - der Übergang zwischen stationärer und ambulanter Betreuung erleichtert wird (Brückenfunktion),
 - eine Entlassung von Patientinnen/Patienten aus der Akutabteilung im Krankenhaus möglich wird (bei Übernahme der Aufgaben des Palliativkonsiliardienstes).
- Ziel ist es, spezielle palliativmedizinische und pflegerische Expertise im jeweiligen Umfeld verfügbar zu machen.
- Je nach örtlicher und geographischer Gegebenheit kann das mobile Palliativteam auch als Konsiliarteam im Krankenhaus, in Heimen und in Tageshospizen beratend tätig sein.
- Zugangskriterien* Das mobile Palliativteam wird auf Anfrage/Anforderung tätig
- als Hilfestellung für Betreuerinnen/Betreuer vor Ort in komplexen Betreuungssituationen,
 - in der Betreuung von Patientinnen/Patienten und Angehörigen, wenn diese einer speziellen palliativmedizinischen bzw. -pflegerischen Expertise bedürfen.

Hospizteam

- Definition* Das Hospizteam besteht aus qualifizierten ehrenamtlichen Hospizbegleiterinnen/-begleitern 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.
- 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.
- Zielgruppe*
- Palliativpatientinnen/-patienten jeder Altersgruppe
 - Angehörige
 - Trauernde
- Auftrag und Ziel* 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.
- Zugangskriterien*
- Wunsch nach Begleitung seitens der Betroffenen
 - Anfrage/Anforderung bei der koordinierenden Fachkraft
- Ein Hospizeinsatz kann von vornherein auf eine bestimmte Zeit begrenzt bzw. bei Verbesserung der Ausgangslage wieder ausgesetzt werden.

Tabelle 1: Strukturqualitätskriterien – Palliativstation

Personalausstattung	<p><i>Berufsgruppe</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ärztliches Personal (Tagdienst) • Dipl. Gesundheits- und Krankenpflegepersonal • Physiotherapeutinnen/-therapeuten, Psychotherapeutinnen/-therapeuten, Sozialarbeit • Ergotherapeutinnen/-therapeuten, Logopädinnen/-päd., Diätassistentinnen/-assistenten • Seelsorge verschiedener Konfessionen • Ehrenamtlich Tätige mit Koordinationsperson <p>Personalausstattung im Verbund mit der Abteilung, der die PAL-Einheit zugeordnet ist.</p>	<p><i>Personalausstattung</i></p> <p>1 VZÄ je 5 Betten¹</p> <p>1,2 VZÄ je Bett¹ (= 1 VZÄ je 0,833 Betten)</p> <p>6 Wochenstunden je Patientin/Patient</p> <p>verfügbar</p> <p>verfügbar</p> <p>verfügbar</p> <p>¹ exkl. palliativmedizinischer Konsiliardienst</p>
Personalqualifikation	<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>Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen mit besonderen Kenntnissen auf dem Gebiet der Palliative Care (einschlägige Weiterbildung mit mind. 160 Stunden)</p> <p><i>Sozialarbeit:</i></p> <p>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></p> <p>Von HOSPIZ ÖSTERREICH anerkannter Einschulungskurs in der Hospizbegleitung (70 Stunden Theorie, 40 Stunden Praktikum)</p>	
Technische Ausstattung	<p><i>In den Patientenzimmern:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sauerstoffanschluss • Vakuum <p><i>Auf der Station:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Schmerzpumpen • Perfusoren und Infusomaten • Fahrbarer Badewannenlift • Patientenheber • Anti-Dekubitus-Betten und spezielle Anti-Dekubitus-Matratzen: bedarfsgerechte Vorhaltung 	
Räumliche Ausstattung	<p><i>Station:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Wohnliche Atmosphäre, behindertengerechte Ausstattung der Patientenbereiche • 1- und 2-Bett-Zimmer mit Nasszelle • Übernachtungsmöglichkeiten für Angehörige • Stationsbad • Verabschiedungs-/Meditationsraum, multifunktionell nutzbar • Räumlichkeiten für soziale Aktivitäten, multifunktionell nutzbar <p><i>Im Haus verfügbar:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Therapieraum 	

Fortsetzung Tabelle 1

Leistungsangebot	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunikation mit Zuweisenden bzw. Betreuenden • Erstgespräch mit Patientinnen/Patienten und Angehörigen vor der Aufnahme • Anamnese/Status • Erstellen von Symptomdiagnosen (z. B. Schmerzdiagnose) • Qualifizierte Schmerzbehandlung und Symptomkontrolle • Adäquate erforderliche Diagnostik • Behandlung interkurrenter Erkrankungen • Patientenorientierte, ganzheitliche Pflege (Bezugspflege) • Funktionserhaltende und funktionsverbessernde therapeutische Maßnahmen • Ernährungstherapeutische Maßnahmen • Psychotherapeutische Betreuung der Patientin/des Patienten • Psychosoziale Betreuung und Krisenintervention bei Patientin/Patient und Angehörigen • Spirituelle Betreuung • Betreuung durch ehrenamtlich Tätige • Planung und Ermöglichung von Ausgängen, Heimausflügen • Miteinbeziehung und Mitbetreuung der Angehörigen • Abklärung der Betreuungssituation nach der Entlassung • Entlassungsvorbereitung • Koordinierte Entlassung • Ggf. Verabschiedung der/des Verstorbenen • Trauerbegleitung der Angehörigen • Kontakt mit Patientin/Patient und Angehörigen nach der Entlassung • Kooperation mit Weiterbetreuenden • Telefonische Beratung von Ärztinnen/Ärzten und sozialen Diensten, die Palliativpatientinnen/-patienten betreuen • Konsiliardienst im Haus bzw. gegebenenfalls in anderen Krankenhäusern • Durchführung von Aus-, Fort- und Weiterbildung • Fakultativ: Ambulanz, Tagesklinik
Größe	Palliativstationen mit acht bis 14 Betten. Darüber hinaus sind in Abhängigkeit von regionalen Bedingungen auch Palliativbereiche mit weniger als acht Betten möglich.

Quelle: ÖKAP/GGP 2003, Arbeitsgruppe am ÖBIG

Tabelle 2: Strukturqualitätskriterien – Stationäres Hospiz

Personalausstattung	<p><i>Berufsgruppe</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ärztliches Personal • Pflegepersonal • Psychosoziale u. spirituelle Betreuung, Koordination der ehrenamtlich Tätigen • Physiotherapeutinnen/-therapeuten, Psychotherapeutisches/psychologisches Personal, Ergotherapeutinnen/-therapeuten, Logopädinnen/Logopäden, Diätassistentinnen/-assistenten • Seelsorge verschiedener Konfessionen • ehrenamtlich Tätige 	<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>
Personalqualifikation	<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><i>Psychosoziales Personal:</i></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>	
Technische Ausstattung	<ul style="list-style-type: none"> • Sauerstoff • Absauger • Schmerzpumpen • Perfusoren und Infusomaten • fahrbarer Badewannenlift • Patientenheber • Anti-Dekubitus-Betten und spezielle Anti-Dekubitus-Matratzen: bedarfsgerechte Vorhaltung 	
Räumliche Ausstattung	<ul style="list-style-type: none"> • Wohnliche Atmosphäre, behindertengerechte Ausstattung der Patientebereiche • 1- und 2-Bett-Zimmer mit Nasszelle • Übernachtungsmöglichkeiten für Angehörige • Stationsbad • (Wohn-)Küche • Verabschiedungs-/Meditationsraum, multifunktionell nutzbar • Räumlichkeiten für soziale und therapeutische Aktivitäten, multifunktionell nutzbar 	

Fortsetzung Tabelle 2

Leistungsangebot	<ul style="list-style-type: none"> • Betreuung von Patientinnen/Patienten und Angehörigen • Erforderliche Diagnostik • Erstellen von Diagnosen (z. B. Schmerzdiagnose) • Qualifizierte Schmerzbehandlung und Symptomkontrolle • Behandlung interkurrenter Erkrankungen • Patientenorientierte, ganzheitliche Pflege (Bezugspflege) • Funktionserhaltende und funktionsverbessernde therapeutische Maßnahmen • Ernährungstherapeutische Maßnahmen • Psychosoziale Betreuung und Beratung der Patientinnen/Patienten und Angehörigen, ggf. Vermittlung von Psychotherapie • Spirituelle Betreuung • Bei Bedarf: Entlassungsmanagement (Abklärung, Planung, Koordination, Zielkontrolle) • Sozialarbeiterische Betreuung • Sozialanamnese • Zeitangebot für Kommunikation und Begegnung im Rahmen von <ul style="list-style-type: none"> - Erst- und Zielgespräch - Anamnese - Betreuung und Aktivierung - (Krisen-)Intervention - Trauerbegleitung und Begleitung nach der Entlassung • Soziale Aktivitäten • Angebot von Praktikumsplätzen • Bildungstätigkeit
Größe	<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

Personalausstattung	<p><i>Berufsgruppe</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ärztliches Personal • Pflegepersonal • Ehrenamtlich Tätige mit Koordinationsperson • Physiotherapeutinnen/-therapeuten, Psychotherapeutinnen/-therapeuten, Sozialarbeit • Ergotherapeutinnen/-therapeuten, Logopädinnen/Logopäden, Diätassistentinnen/-assistenten, Kreativtherapeutinnen/-therapeuten • Seelsorge verschiedener Konfessionen 	<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>
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>Ehrenamtlich Tätige:</i> Von HOSPIZ ÖSTERREICH anerkannter Einschulungskurs in der Hospizbegleitung (70 Stunden Theorie, 40 Stunden Praktikum)</p>	
Technische Ausstattung	<ul style="list-style-type: none"> • Absauger • Hebebadewanne mit Patientenliegelifter • Steckbeckenspüler • Beatmungsbeutel mit Masken (für ALS-Patienten und Muskeldystrophiker) 	
Räumliche Ausstattung	<ul style="list-style-type: none"> • Wohnliche Atmosphäre, behindertengerechte Ausstattung der Patientenbereiche • Patientenräume mit bequemen Sitzmöglichkeiten multifunktional nutzbar • Behandlungs-/Therapieraum • Räumlichkeiten für Pflegepersonal und Teambesprechungen • Raucherzone • Pflegebad • Wohnküche und Gemeinschaftsraum 	
Leistungsangebot	<ul style="list-style-type: none"> • Betreuung von Patientinnen/Patienten und Angehörigen • Erforderliche Diagnostik • Schmerzbehandlung und Symptomkontrolle • Behandlung interkurrenter Erkrankungen • Palliativpflege • Funktionserhaltende und funktionsverbessernde therapeutische Maßnahmen • Ernährungstherapeutische Maßnahmen • Psychosoziale Betreuung und Beratung der Patientinnen/Patienten und Angehörigen, ggf. Unterstützung durch Psychotherapie • Spirituelle Betreuung • Zeitangebot für Kommunikation und Begegnung im Rahmen von <ul style="list-style-type: none"> - Anamnese - Betreuung und Aktivierung - (Krisen-)Intervention - Trauerbegleitung • Aktivitäten, Ausflüge • Angebot von Praktikumsplätzen 	
Größe	<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

Personalausstattung	<p><i>Berufsgruppe</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ärztliches Personal, dipl. Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, Sozialarbeit, Sekretariat • Physiotherapeutinnen/-therapeuten, Psychotherapeutinnen/-therapeuten, Ergotherapeutinnen/-therapeuten, Logopädinnen/Logopäden, Diätassistentinnen/-assistenten • Seelsorge verschiedener Konfessionen • Ehrenamtlich Tätige mit Koordinationsperson <p style="text-align: right; margin-right: 20px;">¹ Jede Berufsgruppe muss im Team vertreten sein; Zusammensetzung disponibel</p>	<i>Personalausstattung</i>	<p>2 VZÄ¹</p> <p>verfügbar</p> <p>verfügbar</p> <p>verfügbar</p>
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>		
Technische Ausstattung	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunikationsmittel (Telefon, EDV) • PC, Internet 		
Räumliche Ausstattung	<ul style="list-style-type: none"> • Raum für Teambesprechungen, ambulante Kontakte • Raum für Bürotätigkeit 		
Leistungsangebot	<ul style="list-style-type: none"> • Hilfestellung in komplexen Betreuungssituationen • Erstellung eines Betreuungskonzeptes in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Team • Angebot der Hilfestellung bei der psychosozialen Betreuung der Patientinnen/Patienten und deren Angehörigen (ab Diagnosestellung) • Indikationsstellung für eine Übernahme der Patientin/des Patienten auf eine Palliativstation • Vermittlung von ehrenamtlichen Besuchsdiensten • telefonische Beratung • Durchführung von Aus- und Fortbildung (intra- und extramural) • Unterstützung beim Schnittstellenmanagement bei den Übergängen zwischen stationärer und ambulanter Betreuung • Organisation von terminaler Begleitung 		
Dimensionierung	Ein Team lt. Personalausstattung für die Betreuung eines Krankenhauses mit 250 Betten		

Quelle: Arbeitsgruppe am ÖBIG

Tabelle 5: Strukturqualitätskriterien – Mobiles Palliativteam

Personalausstattung	<p><i>Berufsgruppe</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ärztliches Personal, dipl. Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, Sozialarbeit, Sekretariat • Physiotherapeutinnen/-therapeuten, Psychotherapeutinnen/-therapeuten, Ergotherapeutinnen/-therapeuten, Logopädinnen/Logopäden, Diätassistentinnen/-assistenten • Seelsorge verschiedener Konfessionen • Ehrenamtlich Tätige mit Koordinationsperson <p><i>Personalausstattung</i></p> <p>4,5 VZÄ¹</p> <p>verfügbar</p> <p>verfügbar</p> <p>verfügbar</p> <p>¹ Jede Berufsgruppe muss im Team vertreten sein; Zusammensetzung disponibel</p>
Personalqualifikation	<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>Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen mit besonderen Kenntnissen auf dem Gebiet der Palliative Care (einschlägige Weiterbildung mit mind. 160 Stunden)</p> <p><i>Sozialarbeit:</i></p> <p>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></p> <p>Von HOSPIZ ÖSTERREICH anerkannter Einschulungskurs in der Hospizbegleitung (70 Stunden Theorie, 40 Stunden Praktikum)</p>
Technische Ausstattung	<ul style="list-style-type: none"> • Dienstauto(s) • Schmerzpumpe(n) • Mobiltelefone • Medikamentendepot (inkl. Opioide), Port-, Punktionsnadel, Verbandsmaterial • Medizinische, pflegerische Grundausstattung (inkl. Blutzuckermessgerät) • PC, Internet
Räumliche Ausstattung	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsraum für Pflegepersonal/Sozialarbeit (viele Telefonate) • Arbeitsraum für Sekretariat • Besprechungsraum (Teamsitzung, Mitarbeiter- oder Angehörigengespräche), Depot für Heilbehelfe
Leistungsangebot	<ul style="list-style-type: none"> • 24 Stunden telefonische Erreichbarkeit • Beratung bei Schmerztherapie und Symptomkontrolle • Beratung und Unterstützung im Psycho-Sozialbereich (Pflegegeld, Hospizkarenz, Pflegebett, ...) • 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 ... • Unterstützung beim Schnittstellenmanagement bei den Übergängen zwischen stationärer und ambulanter Betreuung • Konsilium vor Ort (zu Hause, Heim, Krankenhaus) mit behandelnden Ärztinnen/Ärzten, Hausärztinnen/-ärzten und Hauskrankenpflege, auch Beratung in ethischen Fragen • Aufbau und Koordination eines Hilfsnetzwerkes (Einbindung anderer Einrichtungen) • Anleitung und Einschulung von pflegenden Angehörigen • Begleitung der Angehörigen in belastenden Situationen und in der Zeit der Trauer

Fortsetzung Tabelle 5

Leistungsangebot	<ul style="list-style-type: none"> • Fachinformationsweitergabe zum Thema Palliative Care an Hausärztinnen/-ärzte, Hauskrankenpflege .. • Durchführung von Schulungen im extramuralen Bereich (in den sozialen Stützpunkten) • Durchführung von Helferkonferenzen • Öffentlichkeitsarbeit (Vorträge, diverse Artikel in Printmedien, Informationsveranstaltungen usw.) und Meinungsbildung • Entwicklung von Informationsblättern (für Angehörige) und Fachvorträgen (für ärztliches und Pflegepersonal) • Regelmäßiger Kontakt zu anderen betreuenden Einrichtungen • Fakultativ: Durchführung von Konsiliarbesuchen in den Stationen des Krankenhauses
Dimensionierung	<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"> • Hauptamtliche Koordinationsperson • Ehrenamtlich Tätige (Hospizbegleiterinnen/-begleiter, sonstige) • Administrative Kraft 	<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"> • Büroausstattung (Telefon, Computer, Fax, E-Mail) • Handy (zur Gewährleistung der Erreichbarkeit zu bestimmten Zeiten) • Fahrzeug (für Hausbesuche der Koordinationsperson) 	
Räumliche Ausstat- tung	<ul style="list-style-type: none"> • Büroräumlichkeiten • Besprechungsmöglichkeiten für Einzelgespräche und Gruppensitzungen 	
Leistungsangebot	<ul style="list-style-type: none"> • Begleitung und Unterstützung von Patientinnen/Patienten und Angehörigen: zuhause, im Senioren-/ Pflegeheim und im Krankenhaus; emotionale Entlastung • Einfaches „Dasein“ (aufmerksame Präsenz bei Patientin/Patient) z. B. in Form von „Sitzwachen“, Gesprächen, gemeinsamen Aktivitäten (z. B. spazieren gehen, vorlesen, spielen, ...) • Entlastung von Angehörigen: Diese können sich durch die Hospiz-Begleitung die notwendige Zeit für sich selber nehmen. Emotionale Entlastung durch kompetente Gesprächspartnerinnen/-partner. • Beratung (durch Koordinationsperson) z. B. zur Verfügbarkeit von Hilfsangeboten und öffentlicher Unterstützung sowie zu den Themen Sterben, Tod, Trauer • Vermittlung zu anderen Einrichtungen des Sozialsystems sowie des Gesundheits- und Pflegenetzes • Trauerbegleitung (Einzelbegleitung, Gruppenarbeit) • Handreichungen und Unterstützung bei den Verrichtungen des täglichen Lebens <p>Optional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Öffentlichkeitsarbeit • Information und Schulung zu den Themen Sterben, Tod und Trauer (Schulen, Seniorengruppen, Pflegeheime) • Bildungsarbeit • Patientenverfügung (Ausgabe, Beratung) • Mitwirkung beim Aufbau der Hospiz- und Palliativversorgung 	
Dimensio- nierung	<p>Ein Team wird gebildet aus mind. zehn ehrenamtlichen Personen und einer hauptamtlichen Koordinationsperson.</p>	

Quelle: Arbeitsgruppe am ÖBIG