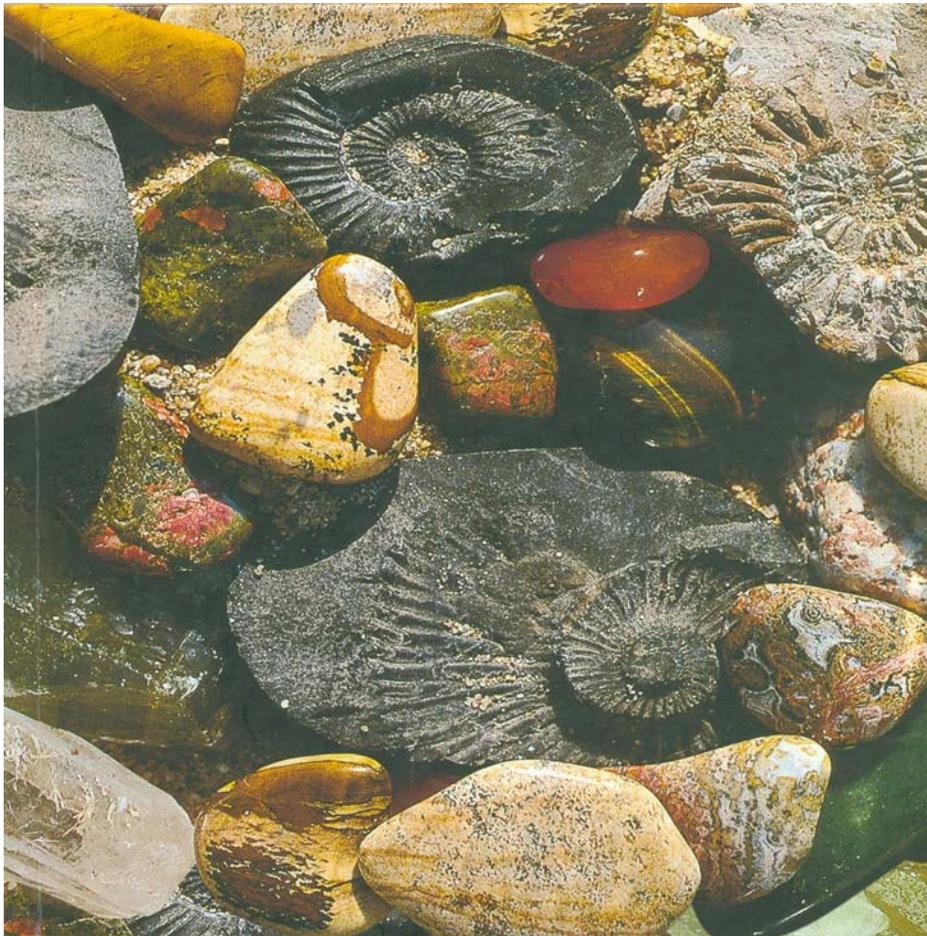


# Palliativ Aufbau leichter gemacht

Organisatorischer Leitfaden zur Etablierung einer  
Palliativstation mit angeschlossenem  
Palliativkonsiliardienst und Mobilem Palliativteam  
in den Krankenhäusern von Niederösterreich



**DGKS Christiane Krainz**  
**DGKS Gabriele Pachschwöll**  
**Dr. Ester Steininger**

Projektarbeit im Rahmen des 2. Interdisziplinären Aufbaulehrganges für Palliative Care  
St. Pölten November 2006

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung</b>	<b>4</b>
1.1. Danke	4
1.2. Vorwort	4
1.3. Gender	7
<b>2. Definitionen</b>	<b>8</b>
2.1. Palliative Care	8
2.2. Palliativstation	9
2.3. Palliativkonsiliardienst – PKD	9
2.4. Mobiles Palliativteam – MPT	10
2.5. Stationäres Hospiz	10
2.6. Eigene Überlegungen für die Namensgebung	10
<b>3. Aufgaben und Ziele</b>	<b>11</b>
3.1. Palliativstation	11
3.2. Palliativkonsiliardienst – PKD	13
3.3. Mobiles Palliativteam – MPT	13
3.4. Gemeinsames Leistungsangebot	14
<b>4. Grundmodelle</b>	<b>16</b>
4.1. Zusammenarbeit zweier Teams	19
<b>5. Planung der Aufbauphase</b>	<b>21</b>
<b>6. Aufnahmekriterien für Patienten</b>	<b>22</b>
6.1. Palliativstation	22
6.2. PKD/MPT	22
6.3. ÖBIG-Kriterien	23
6.4. Zusammenstellung von Aufnahmekriterien aus verschiedenen Palliativeinrichtungen	23
<b>7. Teamstrukturen</b>	<b>26</b>
7.1. Ausbildungskriterien	27
7.2. Personalvorgaben	28
7.2.1. Palliativstation	28
7.2.2. PKD	29
7.2.3. MPT	29
7.2.4. Personalberechnung Arzt für Palliativstation/PKD/MPT	30
7.2.5. Personalberechnung DGKP für Palliativstation/PKD/MPT	31
7.2.6. Überlegungen zur vorgegebenen Personalsituation	32
7.3. Personalfindung und Teamentwicklung	33
7.3.2. Ausschreibung für die Pflege	34
7.3.3. Schnuppertage	35
7.3.4. Teamentwicklung	35
7.3.4.1. Grundprinzipien für ein Leitbild	36
7.3.5. Ausbildungsplanung	37
7.4. Dienstformen	38
7.4.1. Ärzte	38
7.4.2. Pflege	38

7.5. Ablaufstrukturen .....	39
7.5.1. Tages- Wochen- Jahresplanung.....	39
7.5.1.1. Tagesplan .....	40
7.5.1.2. Wochenplan .....	40
7.5.1.3. Monatsplan .....	41
7.5.1.4. Jahresplan .....	41
7.5.2. Dokumentation .....	42
7.6. Aufgabenverteilung .....	43
<b>8. Strukturen .....</b>	<b>44</b>
8.1. Räumlichkeiten und technisch - medizinische Ausstattung.....	44
8.1.1. Technisch-medizinische Ausstattung einer Palliativstation.....	44
8.1.2. Technisch-medizinische Ausstattung eines PKD .....	45
8.1.3. Technisch-medizinische Ausstattung eines MPT .....	45
8.1.4. Erweiterte Ausstattungsmöglichkeiten.....	46
8.1.5. Ein- oder Zweibettzimmer.....	47
8.2. Finanzielle Möglichkeiten/Grenzen .....	48
8.2.1. LKF-Punkteberechnung.....	50
<b>9. Akzeptanzentwicklung und Vernetzung .....</b>	<b>51</b>
9.1. Intra- und extramurale Vernetzung .....	51
9.2. Entlassungsmanagement.....	54
9.2.1. Vernetzung mit dem Hausarzt und sozialmedizinischen Diensten .....	55
9.3. Ehrenamtliche Betreuung.....	57
9.4. Öffentlichkeitsarbeit.....	58
9.5. Vereinsgründung.....	59
<b>10. Literaturliste und verwendete Internetseiten .....</b>	<b>61</b>
<b>11. Anhang .....</b>	<b>64</b>
11.1. Checkliste .....	64
11.2. Anforderungsprofil für Bewerber des Mobilen Palliativteams (LK Krems) .....	66
11.3. Bewerbungsbogen .....	67
11.4. Auszug aus Hearingfragen.....	69
11.5. Teamfindungsprozess.....	71
11.6. Teamentwicklungsthemen .....	74
11.7. Auszug aus Teamentwicklungsthemen.....	74
11.8. Stellenbeschreibung-Funktionsbeschreibung (DGKP).....	75
11.9. Stellenbeschreibung-Funktionsbeschreibung mittleres Pflegemanagement.....	81
11.10. Entlassungsscheckliste .....	88
11.11. Betreuungsverlauf .....	90
11.12. Gesprächsprotokoll Arzt - Hausarzt .....	91
11.13. Verschiedene Projektarbeiten .....	92
11.14. Abkürzungen.....	93

# 1. Einleitung

## 1.1. Danke

Viele liebe Mitmenschen haben durch ihre Unterstützung das Entstehen unserer Projektarbeit erleichtert.

Bei einigen möchten wir uns an dieser Stelle besonders bedanken:

- dem Leitungsteam des Lehrganges, bestehend aus DGKS Brigitte Lipke, Dr. Kurt Moser (Projektbegleiter) und Drs. Theo Middelkoop
- bei DGKP Rudolf Tanzberger, Mitarbeiter der Pflegedienstleitung des Landeskrankenhauses Voralpen Lilienfeld, der uns bei der Layoutgestaltung laufend unterstützt hat
- bei Kollegen und Freunden, die uns mit ihren Erfahrungen und Anregungen zur Seite gestanden sind
- bei DGKP Roman Gaal MAS, MSc, Mitarbeiter der Landesklinikenholding im Bereich Medizin und Pflege
- unseren Familien, die immer wieder Geduld und Nachsicht für uns aufgebracht haben
- und all jenen Menschen, die mit Auskünften und Antworten zur Verfügung gestanden sind

## 1.2. Vorwort

Am 3.3.2005 wurde vom Ständigen Ausschuss des niederösterreichischen Gesundheits- und Sozialfonds (NÖGUS) das „Integrierte Hospiz- und Palliativ- Versorgungskonzept für Niederösterreich“ beschlossen.

Dieses Konzept wurde von Experten unter Einbeziehung der Strukturqualitätskriterien des Österreichischen Bundesinstitutes für Gesundheit (ÖBIG) erstellt. Es sieht, stufenweise bis 2012, den Aufbau von insgesamt 9 Palliativstationen und 19 mobilen Teams vor, von denen 17 in der Anfangsphase vorwiegend als Konsiliar-dienste (PKD) und im späteren Verlauf auch als Mobile Palliativteams (MPT) tätig werden sollten.

Die Umsetzung soll in den 5 Gesundheitsregionen Niederösterreichs von je zwei Palliative Care Beauftragten (PCB) koordiniert und begleitet werden.

Dieses Konzept wurde am 13.4.2005 bei der Hospizenquete in St. Pölten der Öffentlichkeit präsentiert. Zu diesem Zeitpunkt standen wir gerade kurz davor, den Lehrgang zur Expertin für Palliative Care in St. Pölten zu beginnen. Mittlerweile ist viel passiert, sowohl bei den Umsetzungsansätzen des Konzeptes als auch in unseren persönlichen Arbeitsbereichen.

Damit Sie einen Einblick in unseren Wirkungsbereich bekommen, möchten wir uns kurz vorstellen.



Christiane Krainz:

DGKS im Support und Palliative Care Team Lilienfeld, wo sie seit mehr als fünf Jahren den Aufbau des Palliativkonsiliardienstes mitgestaltet und derzeit bei der Aufbauarbeit für die Palliativstation mitwirkt. Außerdem ist sie aktive Mitarbeiterin im Verein „Support und Palliative Care Lilienfeld“.

Seit Februar 2006 hat sie zusätzlich für 20 Stunden die Funktion der Palliative Care Beauftragten (PCB) in der Gesundheitsregion NÖ-Mitte übernommen und ist somit maßgeblich an der Umsetzung des NÖGUS-Konzeptes beteiligt.

Erreichbarkeit: Tel: 0664/8339642 E-Mail: [c.krainz@hospiz-noe.at](mailto:c.krainz@hospiz-noe.at)  
[christiane.krainz@lilienfeld.lknoe.at](mailto:christiane.krainz@lilienfeld.lknoe.at)



Gabriele Pachtschwöll:

DGKS (stellvertretende Leitung) im Palliativteam Landeskrankenhaus (LK) Krems. Sie ist mit ihrem Team gerade dabei, das bereits bestehende Mobile Palliativteam, an dessen Aufbau sie intensiv mitgewirkt hat, aus- und eine Palliativstation für Krems aufzubauen. Weiters ist sie Schriftführerin im „Förderverein Palliative Care KH Krems“

Erreichbarkeit: Tel: 02732/804/3500 E-Mail: [palliativteam@kreams.lknoe.at](mailto:palliativteam@kreams.lknoe.at)



Dr. Ester Steininger:

Allgemeinmedizinerin und Vorsitzende vom „HOSPIZförderverein Amstetten“, verfolgt aktiv die neuesten Entwicklungen rund um den Aufbau einer Palliativstation mit angeschlossenen PKD/MPT in der Region Amstetten.

Erreichbarkeit: Tel: 0699/11124815 E-Mail: [dr.steiniger@gmx.net](mailto:dr.steiniger@gmx.net)

Unsere langjährige Erfahrung zeigt uns, dass der Aufbau der palliativen Strukturen sehr komplex ist und mitunter kompliziert sein kann.

Als die Themensuche für unsere Abschlussarbeit im Expertenkurs begann, war für uns in kürzester Zeit klar, dass wir mit unserer Projektarbeit anhand eines Leitfadens für uns und andere Teams, welche die NÖGUS-Kriterien umsetzen werden, den Aufbau einer palliativen Einrichtung erleichtern wollen.

Wir haben als Ausgangspunkt die Vorgaben und Ziele des NÖGUS-Konzeptes verwendet und richten uns primär nach der vorgegebenen Situation in NÖ.

Außerdem haben wir die ÖBIG-Kriterien, die Standards vom Landesverband Hospiz-NÖ und vom Dachverband berücksichtigt.

Weiters haben wir versucht, so viele Konzepte und Arbeiten wie möglich von anderen Arbeitsgruppen und Personen, die mit den Aufbauarbeiten für palliative Strukturen beschäftigt sind, zu verwenden.

Zusätzlich haben wir eigene Erfahrungen und Überlegungen einfließen lassen.

Dieser Leitfaden ist daher nicht als Regelwerk, sondern als Anregung und Information gedacht.

Im Anhang 11.1 befindet sich eine Checkliste, die im Überblick angibt, woran bei der Vorbereitungsphase zum Aufbau einer Palliativstation mit angeschlossenem PKD/MPT zu denken ist.

Im Anhang 11.14 haben wir Abkürzungen, welche in der Arbeit vorkommen, aufgelistet.

### **1.3. Gender**

Wir haben bei den Personenbezeichnungen wegen der besseren Lesbarkeit hauptsächlich die männliche Form verwendet. Die Bezeichnungen sind natürlich geschlechtsneutral zu verstehen.

Ausgenommen sind Texte, die wir aus anderen Arbeiten übernommen haben.

Originaltexte haben wir unter Anführungszeichen gesetzt und mit einer Fußnote versehen.

Auszüge haben wir am Ende der Texte mit einer Fußnote, jedoch ohne Anführungszeichen gekennzeichnet.

## 2. Definitionen

Die Begriffe Palliative Care, Palliativstation, Palliativkonsiliardienst (PKD), Mobiles Palliativteam (MPT) und Stationäres Hospiz sind von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) bzw. vom NÖGUS klar definiert und werden untenstehend angeführt.

### 2.1. Palliative Care

„Palliative Care bedeutet die aktive und umfassende Behandlung, Pflege und Begleitung von Patienten ab dem Zeitpunkt, da ihre Krankheit nicht mehr auf eine kurative Behandlung anspricht. Schmerzbehandlung und die Beherrschung weiterer Begleitsymptome, sowie die Linderung psychischer, sozialer und spiritueller Probleme gewinnen dann eine überragende Bedeutung. Sie unterstützt Leben und betrachtet Sterben als einen natürlichen Vorgang. Palliative Care legt also den Schwerpunkt auf Schmerz- und Symptomlinderung und integriert körperliche, psychische, soziale und seelisch/geistige Aspekte. Sie will damit sowohl den Patienten unterstützen, um ihm ein möglichst selbstbestimmtes Leben bis zum Tod zu ermöglichen, als auch seinen Angehörigen zur Seite stehen, damit sie mit Krankheit und Trauer besser zurechtkommen.“ (WHO-Definition 1990)<sup>1</sup>

“Palliative Care: (WHO 2006)

- provides relief from pain and other distressing symptoms;
- affirms life and regards dying as a normal process;
- intends neither to hasten or postpone death;
- integrates the psychological and spiritual aspects of patient care;
- offers a support system to help patients live as actively as possible until death;
- offers a support system to help the family cope during the patients illness and in their own bereavement;
- uses a team approach to address the needs of patients and their families, including bereavement counselling, if indicated;
- will enhance quality of life, and may also positively influence the course of illness;”<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> WHO-Definition Palliative Care 1990 Palliativführer 2005, Seite 11

<sup>2</sup> WHO-Definition of „Palliative Care“ 2006

Palliative Care – deutsche Übersetzung:

- sorgt für Erleichterung von Schmerzen und anderen besorgniserregenden Symptomen
- bejaht das Leben und betrachtet das Sterben als normalen Prozess
- beabsichtigt weder den Tod zu beschleunigen, noch ihn zu verzögern
- integriert die psychologischen und spirituellen Aspekte der Betreuung von PatientInnen
- bietet ein System der Unterstützung, damit PatientInnen bis zum Tod so aktiv wie möglich leben können
- bietet ein System der Unterstützung für Angehörige, damit sie während der Zeit der Krankheit des Patienten und in der eigenen Trauer nach dem Tod mit ihrer Situation adäquat umgehen können
- nutzt Teams, um den Bedürfnissen von Patienten und ihren Familien gerecht zu werden, inklusive Trauerarbeit, wenn sie angezeigt ist
- verbessert die Lebensqualität und beeinflusst damit positiv den Krankheitsverlauf

## **2.2. Palliativstation**

Die Palliativstation ist eine eigenständige Station innerhalb von bzw. im Verbund mit einem Akutkrankenhaus, die auf die Versorgung von PalliativpatientInnen spezialisiert ist. Ein multiprofessionell zusammengesetztes Team kümmert sich in einem ganzheitlichen Ansatz um die PatientInnen und deren Angehörige.

Eine Palliativstation ist fachlich autonom bezüglich der Aufnahme, der Behandlung und der Entlassung von PatientInnen.<sup>3</sup>

## **2.3. Palliativkonsiliardienst – PKD**

Der PKD ist ein multiprofessionelles Team im Krankenhaus und wendet sich in erster Linie an die betreuenden ÄrztInnen und Pflegepersonen auf den Stationen und in den Ambulanzen, erst in zweiter Linie an die PatientInnen und deren Angehörige.

---

<sup>3</sup> Auszug aus „Integriertes Palliativ- Versorgungskonzept für NÖ 2005“ Anlage 2, Seite 47

Er ist beratend tätig und bietet seine Erfahrungen in Schmerztherapie, Symptomkontrolle, ganzheitlicher Pflege und möglicher psychosozialer Begleitung an. Der PKD sollte optimalerweise bereits zum Aufklärungsgespräch beigezogen werden.<sup>4</sup>

## **2.4. Mobiles Palliativteam – MPT**

„Das Mobile Palliativteam ist ein multiprofessionell zusammengesetztes Team, das PatientInnen, Angehörige und ÄrztInnen sowie Pflegepersonen unterstützt und begleitet. In Absprache mit den Betreuenden erfolgt auch eine gezielte Einbindung in die Betreuung. Diese Einbindung ist von Diagnosestellung an möglich.“<sup>5</sup>

## **2.5. Stationäres Hospiz**

Das stationäre Hospiz ist eine Einrichtung mit einer eigenen Organisationsstruktur, die einer stationären Pflegeeinrichtung zugeordnet sein kann. Es werden PalliativpatientInnen 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 ist. Ein multiprofessionell zusammengesetztes Team kümmert sich in einem ganzheitlichen Ansatz um die Patienten und deren Angehörige.

Ein stationäres Hospiz ist fachlich autonom bezüglich der Aufnahme, der Behandlung und der Entlassung von Patienten.<sup>6</sup>

## **2.6. Eigene Überlegungen für die Namensgebung**

Das Team im LK Krems nennt sich seit Bestehen „Mobiles Palliativteam“ und betreut Patienten mit Krebserkrankungen im Optimalfall ab Diagnoseeröffnung, sofern eine Palliativsituation vorherrscht. Der Betreuungsschwerpunkt befindet sich vorwiegend im Krankenhaus. Um aber ganzheitliche Begleitung anbieten zu können, hält das Team mit den Patienten/Angehörigen regelmäßigen telefonischen Kontakt bzw. bietet bei Bedarf (vorwiegend in der Terminalphase) auch Hausbesuche an.

---

<sup>4</sup> Auszug aus „Integriertes Palliativ-Versorgungskonzept für NÖ 2005“ Anlage 2, Seite 47

<sup>5</sup> Integriertes Palliativ- Versorgungskonzept für NÖ 2005 Anlage 2, Seite 47

<sup>6</sup> Auszug aus „Integriertes Palliativ-Versorgungskonzept für NÖ 2005“ Anlage 2, Seite 47

Das Palliativteam in Lilienfeld nennt sich „Support und Palliative Care Team“.

Support heißt: unterstützendes Gespräch, Betreuung und Begleitung in schwierigen Lebenssituationen

Konkret geht es um Unterstützung und Begleitung von Patienten und Angehörigen bei bedrohlich erlebten Diagnosen unabhängig vom weiteren Verlauf. Es ergibt sich daher ein erweitertes Aufgabenfeld, da das Supportteam optimalerweise bereits beim Aufklärungsgespräch hinzugezogen werden sollte. Durch diese Vorgehensweisen ergibt sich eine bessere Akzeptanz bei den kurativen Betreuungsteams.

Da die Teams in den LK Krems und Lilienfeld schon einige Zeit bestehen und sich jedes Team aufgrund von innerbetrieblichen Gegebenheiten zur Namensgebung eigene Gedanken gemacht hat, sind diese Bezeichnungen mit der Deklaration des NÖGUS-Konzeptes nicht vollständig identisch. Daher kann deren Bezeichnung in späterer Folge Unklarheiten hervorrufen, obwohl beide Teams nach den vorgegebenen Grundlagendefinitionen des NÖGUS-Konzeptes (PKD und MPT) agieren.

PKD und MPT (ev. auch in Kombination mit dem stationären Bereich) könnten in Zukunft zusammenfassend als „Palliativteam“ bezeichnet werden. Somit ergibt sich die Möglichkeit, dass die Bereiche nahtlos ineinander fließen und die Verunsicherung für andere Berufsgruppen und in der Öffentlichkeit reduziert wird.

### **3. Aufgaben und Ziele**

Frühzeitiger Erstkontakt mit dem Patienten/Angehörigen ist eine wesentliche Voraussetzung für qualitativ hochwertige Palliativbetreuung.

Die Aufgaben und Ziele einer Palliativstation und des PKD/MPT sind im NÖGUS-Konzept festgelegt und wie folgt auszugsweise zitiert.

#### **3.1. Palliativstation**

Das Ziel einer Palliativstation ist die Linderung der oft vielfältigen Symptome. Nach Besserung oder Stabilisierung ist eine Entlassung der PatientInnen nach Hause oder in eine andere adäquate Einrichtung anzustreben.

Für das Stationsteam ergibt sich daraus ein komplexer Aufgabenbereich, der wie folgt aufgezählt wird:

- Kommunikation mit zuweisendem bzw. betreuendem Personal
- Erstgespräch mit Patienten und Angehörigen vor der Aufnahme
- Anamnese/Status
- Erstellen von Symptomdiagnosen (z. B. Schmerzdiagnose)
- qualifizierte Schmerzbehandlung und Symptomkontrolle
- adäquate erforderliche Diagnostik
- Behandlung interkurrenter Erkrankungen (z.B. Pneumonie,...)
- patientenorientierte, ganzheitliche Pflege (Bezugspflege)
- funktionserhaltende und funktionsverbessernde therapeutische Maßnahmen
- ernährungstherapeutische Maßnahmen
- psychotherapeutische Betreuung des Patienten
- psychosoziale Betreuung und Krisenintervention bei Patient und Angehörigen
- spirituelle Betreuung
- Mitbetreuung durch ehrenamtliche Mitarbeiter
- Planung und Ermöglichung von Ausgängen, Heimausflügen
- Miteinbeziehung und Mitbetreuung der Angehörigen
- Abklärung der Betreuungssituation nach der Entlassung
- koordinierte Entlassung
- ggf. Verabschiedung des Verstorbenen
- Trauerbegleitung der Angehörigen
- Kontakt mit Patienten und Angehörigen nach der Entlassung
- Kooperation mit Weiterbetreuenden
- telefonische Beratung von Ärzten und sozialen Diensten, die Palliativpatienten betreuen
- Konsiliardienst im Haus bzw. gegebenenfalls in anderen Krankenhäusern
- Durchführung von Aus-, Fort- und Weiterbildungen
- Fakultativ: Ambulanz, Tagesklinik<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> Auszug aus „Integriertes Palliativ-Versorgungskonzept für NÖ 2005“ Anlage 2, Seiten 47/48

### **3.2. Palliativkonsiliardienst – PKD**

Für den PKD ergeben sich folgende Aufgabenstellungen:

- Hilfestellung für professionelle BetreuerInnen vor Ort in komplexen Betreuungssituationen
- Hilfestellung für PatientInnen und Angehörige, die akut eine palliativmedizinische Expertise benötigen
- Hilfestellung beim Entlassungsmanagement
- Schulungen, „Bedside - Teaching“ (Angehörigenschulung)

Ziel ist es, palliativmedizinisches Know-how im jeweiligen Umfeld zur Verfügung zu stellen, damit:

- eine Entlassung von PatientInnen aus der Akutabteilung im Krankenhaus möglich wird
- ein Verbleiben des PatientInnen zu Hause/im Pflegeheim möglich wird
- eine Übernahme von PatientInnen auf eine Palliativstation gezielt erfolgen kann<sup>8</sup>

### **3.3. Mobiles Palliativteam – MPT**

Für das MPT ergeben sich folgende Aufgabenstellungen:

- palliativmedizinische und pflegerische Hilfestellungen in schwierigen Betreuungssituationen (u.a. Schmerzpumpe, parenterale Ernährung,..)
- Unterstützung der Übergänge zwischen Krankenhaus und häuslicher Versorgung (Brückenfunktion)
- Aufbau eines Netzwerkes durch enge Kooperation mit allen BetreuerInnen im Umfeld: den HausärztInnen, Pflege- und Mobilen Hospizdiensten, aber auch den Palliativstationen und Hospizen
- Schulungen, „Bedside –Teaching“
- ganzheitliche Begleitung in der Krankheitsbewältigung in Einbeziehung der Angehörigen

---

<sup>8</sup> Auszug aus „Integriertes Palliativ- Versorgungskonzept für NÖ 2005“ Anlage 2, Seiten 47/48

Ziel ist es, palliativmedizinisches Know-how im jeweiligen Umfeld zur Verfügung zu stellen, um:

- ein Verbleiben des/der Patienten/in zu Hause/im Pflegeheim zu ermöglichen
- eine Aufnahme von PatientInnen in ein Akutkrankenhaus zu vermeiden
- eine Entlassung von PatientInnen aus der Akutabteilung im Krankenhaus zu ermöglichen
- rechtzeitige Feststellung, wo Grenzen der mobilen Betreuung sind und eine Einweisung auf die Palliativstation erforderlich wird<sup>9</sup>

### **3.4. Gemeinsames Leistungsangebot**

Da in einigen Krankenhäusern eine Kombination von Palliativstation und PKD/MPT vorgesehen ist und deren Zielsetzungen ähnlich formuliert sind, ergeben sich für das gesamte Palliativteam folgende Aufgaben:

- Indikationsstellung zur Aufnahme und Planung von Aufnahmen
- Planung und Organisation von künftigen stationären Aufnahmen und Koordination der Warteliste gemeinsam mit dem Team
- abklären von Bedürfnissen der Patienten und ihrer Angehörigen
- interdisziplinäre Zielplanung
- Schmerz- und Symptomtherapie bei Palliativpatienten, sowohl auf der Palliativstation, den Abteilungen des Krankenhauses sowie im ambulanten Bereich
- patientenorientierte, ganzheitliche Pflege – Bezugspflege
- funktionserhaltende und funktionsverbessernde Maßnahmen
- ernährungstherapeutische Maßnahmen
- psychotherapeutische Betreuung
- psychosoziale Betreuung und Krisenintervention bei Patienten und Angehörigen
- spirituelle Betreuung
- Einbindung ehrenamtlicher Betreuung
- palliativmedizinische Betreuung und Behandlung von ambulanten Patienten

---

<sup>9</sup> Auszug aus „Integriertes Palliativ- Versorgungskonzept für NÖ 2005“ Anlage 2, Seiten 47/48

- Wissensvermittlung an das Personal anderer Abteilungen, Hauskrankenpflege, (HKP) und Heime
- Beratung und Unterstützung von Ärzten und sozialen Diensten, welche Palliativpatienten betreuen
- im Bedarfsfall Durchführung von Hausbesuchen
- festlegen von diagnostischen Maßnahmen nach Information und Absprache mit dem Patienten unter Berücksichtigung der Konsequenzen
- erstellen eines medizinischen Notfallplanes, vor allem für die häusliche Versorgung
- Terminal-Care-Planung (ganzheitliche Betreuungsplanung in der Terminalphase)
- Verabreichung von palliativen Chemotherapien (nicht zwingend)
- Behandlung interkurrenter Erkrankungen
- ev. Angebot bzw. Beratung über komplementäre Therapiemöglichkeiten wie z.B. Akupunktur, Homöopathie, Misteltherapie, Aromatherapie, Lasertherapie
- Planung und Ermöglichung von stundenweisen Ausgängen
- Miteinbeziehung und Mitbetreuung von Angehörigen
- „Bedside Teaching“
- ggf. Verabschiedung des Verstorbenen, Trauerbegleitung der Angehörigen
- Entlassungsvorbereitung, koordinierte Entlassung
- verfassen eines Arztbriefes, der den Patienten am Tag der Entlassung mitgegeben wird
- Kontakt mit Patienten und Angehörigen nach der Entlassung
- Kooperation und enge Zusammenarbeit mit weiter betreuenden Hausärzten
- interprofessionelle Patientenbesprechung
- interprofessionelle Teambesprechungen
- Klausuren
- Teilnahme an Supervision und Interventionen
- Durchführung von Fort- und Weiterbildungen
- PR-Tätigkeit und Vernetzungsarbeit

## 4. Grundmodelle

Es gibt derzeit wesentliche Rahmenbedingungen, die zu beachten sind.

Zum einen sehen das NÖGUS-Konzept und der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) vor, dass Palliativbetten nicht additiv hinzukommen, sondern durch Akutbettenumwidmung entstehen.

Zum anderen gibt es für Palliativmedizin noch keine eigene Fachausbildung und daher kein eigenes Primariat. Das hat zur Folge, dass es keinen eigenen Facharzt für Palliativmedizin gibt und daher die Palliativstation/PKD/MPT einer anderen Fachabteilung und deren Abteilungsvorstand unterstellt wird.

Allerdings wird im ÖBIG-Bericht Mai 2006, Seite 22, ein Pflicht und Prüfungsfach für Palliativmedizin im Rahmen des Medizinstudiums gefordert. Außerdem wird die Installation eines aufbauenden Zusatzfaches mit eigenem Lehrstuhl für Palliativmedizin verlangt. (Stand 05/2006)

Vom Landesverband Hospiz-NÖ wurde in Zusammenarbeit mit der Landesklinikenholding ein Arbeitskreis gebildet, um für die Etablierung von Palliativstationen passende einheitliche Strukturen zu finden. Ziel ist es, die Palliativstation mit PKD/MPT als selbstständigen Bereich wirtschaftlich tragbar zu führen. Diese Ergebnisse liegen während der Erarbeitung der Projektarbeit noch nicht vor.

Ein mögliches Grundmodell für diese Überlegungen könnte ein Fachschwerpunkt oder Department sein.

## Strukturqualitätskriterien für Fachschwerpunkte (FSP) und Departments<sup>10</sup>

	Fachschwerpunkt	Department
<b>Personalausstattung und -qualifikation</b>	2 Fachärzte (davon einer als Leiter und einer als Stellvertreter) sowie nach Bedarf (niedergelassene) Ärzte zur Abdeckung der Rufbereitschaft.	3 Fachärzte (davon einer als Leiter und einer als Stellvertreter).
<b>Infrastrukturelle Anforderungen</b>	8 bis 14 Betten; eigene Kostenstelle mit speziellem Funktionscode.	Grundsätzlich 15 bis 24 Betten; Sonderregelungen für AG/R (mindestens 20 Betten) und PSO (mindestens 12 Betten); eigene Kostenstelle mit speziellem Funktionscode.
<b>Leistungsangebot</b>	Eingeschränkt auf die Fachrichtungen AU, HNO, URO und OR; auf elektive (planbare) Eingriffe eingeschränktes Leistungsangebot (zur OR und URO vgl. „Fachspezifische Leistungsspektren“ gemäß der von der Strukturkommission einvernehmlich zwischen den Vertragsparteien erlassenen Richtlinien über die Strukturqualitätskriterien).	Eingeschränkt auf die Fachrichtungen UC, PCH, MKC (im Rahmen von Abteilungen für CH) und PUL (im Rahmen von Abteilungen für IM) sowie auf Einheiten der AG/R (im Rahmen von Abteilungen für IM oder NEU) und PSO (vorrangig im Rahmen von Abteilungen für IM und KI); für UC, PCH, MKC und PUL eingeschränktes Leistungsangebot, in der Regel auch Akutversorgung (zur UC vgl. „Fachspezifische Leistungsspektren“ gemäß der von der Strukturkommission einvernehmlich zwischen den Vertragsparteien erlassenen Richtlinien über die Strukturqualitätskriterien).
<b>Betriebszeiten</b>	Fixe Betriebszeiten, außerhalb dieser Betriebszeiten Rufbereitschaft mit Einsatzbereitschaft innerhalb von 30 Minuten.	Uneingeschränkte Betriebszeiten.
<b>Sonstiges</b>	Nur zur Versorgung von Regionen mit unzureichender Erreichbarkeit (mehr als 30 Minuten bis zur nächstgelegenen Abteilung) und fehlender Tragfähigkeit für eine Abteilung aufgrund zu geringer Besiedlungsdichte; Anbindung an eine Fachabteilung derselben Fachrichtung außerhalb der Krankenanstalt.	Vorzugsweise zur Versorgung von Regionen mit unzureichender Erreichbarkeit (mehr als 30 Minuten bis zur nächstgelegenen Abteilung) und fehlender Tragfähigkeit für eine Abteilung aufgrund zu geringer Besiedlungsdichte; Anbindung an Fachabteilung innerhalb der Krankenanstalt.

Berechnungen haben ergeben, dass eine Palliativstation mindestens 6 Betten haben muss, um wirtschaftlich geführt zu werden. Die maximale Bettenanzahl ist für Palliativstationen laut ÖBIG mit 14 Betten begrenzt.<sup>11</sup>

<sup>10</sup> ÖSG 2006 (österreichischer Strukturplan Gesundheit) Fachschwerpunkt, Department  
 Punkt 3 Leistungsangebotsplanung und Qualitätskriterien 3.1. Normalpflegebereiche, Seite 31

<sup>11</sup> Auszug aus „Integriertes Palliativ-Versorgungskonzept für NÖ 2005“ Anlage 3, Seite 55

Vorläufig wird jedes Team in Absprache mit dem Rechtsträger eine eigene Struktur für die Station finden müssen.

Im Idealfall ermöglicht der Rechtsträger den Bau (Aus- oder Umbau) einer eigenständigen Palliativstation.

Eine weitere und derzeit viel praktizierte Möglichkeit ist die Implementierung einer Palliativeinheit als Teil einer bestehenden Station (z.B. einer Internen, Strahlentherapie-Radioonkologie, Onkologie, Gynäkologie usw.).

Als Beispiel guter Zusammenarbeit wird im LKH Klagenfurt auf einer Station die Kombination von Onkologie, Schmerzambulanz und Palliativeinheit erfolgreich praktiziert.

Mit der kollegialen Führung soll im Vorfeld überlegt werden, bei welchen medizinischen und pflegerischen Abteilungsleitern, beziehungsweise deren Mitarbeitern, Offenheit gegenüber Palliative Care besteht.

Sollte der Abteilungsvorstand dem die Palliativstation untersteht keine palliativmedizinische Ausbildung absolviert haben, wäre eine Empfehlung unsererseits, die organisatorische Leitung dem Abteilungsvorstand und die fachliche Leitung dem Palliativmediziner zu übertragen (in Anlehnung an die Strukturen eines Departments). Diese Entscheidung ist jedoch ausschließlich dem Rechtsträger vorbehalten!

Als Beispiel für eine autonome Leitung ist die Palliativstation Hospiz St. Louise am KH der Barmherzigen Schwestern in Linz zu erwähnen.

Der palliativverantwortliche Mediziner ist Oberarzt und untersteht ausschließlich dem ärztlichen Direktor. Er nimmt an allen Primärärztesitzungen teil und ist letztverantwortlich für alle Entscheidungen, welche die Palliativstation betreffen.

Dieses Vorgehen hat eine große Akzeptanz des Palliativmediziners und die Verbreitung des „palliativen Gedankens“ unter seinen Kollegen ermöglicht.

Dr. Zoidl, Leiter der Palliativstation St. Louise in Linz, zitiert im übertragenen Sinn: „Durch unsere integrierte Stellung im Krankenhaus ist es möglich, palliative

Betreuung frühzeitig anzubieten und durch Weitergabe von Wissen die Sensibilität für schwerkranke und sterbende Menschen zu verbessern.“

Bei einem Anschluss der Palliativeinheit an eine bestehende Station ist darauf zu achten, dass der Palliativeinheit ein eigenes, ausgebildetes Personal zur Verfügung gestellt wird.

Keinesfalls sollte Personal von anderen Abteilungen für Dienste auf der Palliativstation zwangsverpflichtet werden, da es bei einem solchen Vorgehen schnell zu einer Überforderung des Personals kommen würde.

Aus unserer Sicht ist es ganz wichtig, dass die Palliativstation eine eigene Einheit mit einer eigenen Leitung und eigens dafür ausgewähltem Personal bildet.

Bei der Implementierung der Palliativstation in ein Krankenhaus sind eine gewisse räumliche Trennung und eine eigene Kostenstelle unbedingt erforderlich.

Zusätzlich wird es in naher Zukunft notwendig werden, eine Subkostenstelle und einen Leistungskatalog für den PKD/MPT zu installieren, um genaue Aufzeichnungen (Leistungserfassung, Material und der gleichen) führen zu können.

#### **4.1. Zusammenarbeit zweier Teams**

Wenn die Palliativeinheit auf einer bereits bestehenden Station untergebracht wird und sich zwei unterschiedliche Teams die Räumlichkeiten teilen müssen, ist bereits im Vorfeld eine klare Arbeitsaufteilung bzw. -trennung bezüglich Konfliktminimierung äußerst sinnvoll und notwendig.

Das Palliativteam des LK Krems hat sich bei einer Klausur untenstehende Möglichkeiten notiert und wird diese mit dem Team der Strahlentherapie und Radioonkologie, auf welcher das Palliativteam auch untergebracht sein wird, gemeinsam überarbeiten.

Um Konflikte im Vorfeld zu minimieren folgt ein Vorschlag zum Arbeitsablauf.

Aufgaben der Palliativpflegepersonen im Tagdienst:

- Palliativpersonal kümmert sich ausschließlich um die Betreuung von Palliativpatienten
- anfängliches Aushelfen ist selbstverständlich, ab einem vereinbartem Stichtag sind die Arbeitsabläufe getrennt durchzuführen, z.B. Palliativpersonal geht nicht auf Glockenruf der Station X und umgekehrt
- Pflegedokumentation und Organisation der Aufnahmen finden im gemeinsamen Stationsraum statt
- getrennte Bestellung von Medikamenten (Suchtgift), Verbandstoffen, Wäsche und dgl., um eine genaue Abrechnung vornehmen zu können
- getrennte Dokumentation des Suchtgiftverbrauches, z.B. mit unterschiedlichen Farben, im gemeinsamen Suchtgiftschrank
- Wäschelagerung in einem getrennten und markierten Bereich, welcher beschildert wird
- der Palliativeinheit muss genügend Raum zur Verfügung gestellt werden, um Medikamente, Verbandstoffe, Dokumentationsblätter usw. lagern zu können
- getrennte Rückzugsmöglichkeiten für beide Teams sind unbedingt erforderlich

Aufgaben der Palliativpflegepersonen im Nachtdienst:

- Betreuung von Palliativpatienten und deren Angehörigen
- Medikamentengebarung
- Dokumentation
- Telefonbereitschaft; Externpatienten brauchen die Gewissheit, fachlich qualifizierte Ansprechpartner rund um die Uhr zu erreichen
- Aufbereitungsarbeiten (Reinigung und dgl.)
- Kontrolltätigkeiten (z.B.: Ablaufdaten von Medikamente überprüfen...)

Gemeinsame Aufgaben im Nachtdienst:

- Lagerungen von schwer pflegebedürftigen Patienten
- Aufbereitungsarbeiten in gemeinsam genutzten Räumen
- Akutwagen kontrollieren

## 5. Planung der Aufbauphase

Bei der Planung der Aufbauphase ist es wichtig, sich einen Überblick über die ersten Schritte zu machen. Fundiertes Hintergrundwissen erlangt man, wenn man bereits im Vorfeld die gesetzlichen Vorgaben des ÖSG und das NÖGUS-Konzept liest.

### Zeitlicher/organisatorischer Ablauf

Sobald von Seiten des Rechtsträgers eine konkrete Auftragserteilung an die kollegiale Führung eines Krankenhauses ergangen ist, können folgende Schritte getätigt werden:

- Abteilungsvorstände und Pflegedienstleitung sollten bei Teambesprechungen die geplanten Strukturen ansprechen und interessiertes Personal zur Mitarbeit motivieren
- Ausschreibung der erforderlichen Dienstposten (Ärzte und DGKP) seitens der kollegialen Führung
- wenn Personal mit der Aufbauarbeit betraut wird, welches im Palliativbereich noch keine Erfahrung hat, benötigt dieses eine gewisse Zeit für Informationssammlung, Hospitationen und Ausbildung (zeitlicher Rahmen ca. 1 Jahr)
- Auswahlverfahren festlegen (Hearing, Teamentwicklung, Schnuppertage)
- je nach Teamgröße und Bettenanzahl drei bis fünf Jahre für laufende Ausbildungen einplanen
- Raum- und Strukturplanung
- Informationsveranstaltungen seitens des Palliativteams im eigenen Haus durchführen
- persönliche Kontaktaufnahme mit allen Stationen (z.B. bei Stationsteamgesprächen)
- ein bis zwei Jahre für Teamentwicklung vorsehen
- ca. fünf Jahre für Akzeptanzentwicklung einplanen
- laufend Öffentlichkeitsarbeit betreiben
- Statistikerhebung ab Beginn (Patienten- Angehörigenbetreuung usw.), um Leistungsdokumentation vornehmen zu können

## 6. Aufnahmekriterien für Patienten

Die Aufnahmekriterien für Patienten sind im NÖGUS-Konzept deutlich beschrieben und im Punkt 6.1. Palliativstation aufgezählt. Im Punkt 6.2. PKD/MPT sind die Kriterien des NÖGUS-Konzeptes im eigenen Wortlaut der Verfasser beschrieben.

### 6.1. Palliativstation

„PalliativpatientInnen jeder Altersgruppe mit komplexer medizinischer, pflegerischer oder psychosozialer Symptomatik und akutem, hohem Betreuungsaufwand

- Patient/in kann aus medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Gründen nicht zu Hause oder in einer anderen Einrichtung betreut werden
- Patient/in bzw. sein Stellvertreter in Gesundheitsangelegenheiten bzw. seine Vertrauensperson stimmt der Aufnahme zu
- Patient/in ist weitestgehend über die Krankheit aufgeklärt. Er weiß, dass keine kurative Therapie der Grunderkrankung mehr möglich ist
- Patient/in und Angehörige sind über die Möglichkeiten und Ziele der Palliativstation informiert<sup>12</sup>

### 6.2. PKD/MPT

Das Angebot von PKD/MPT ist vorrangig an die vor Ort betreuenden Berufsgruppen gerichtet. Für die Betreuung der Palliativpatienten und deren Angehörigen gelten ähnliche Versorgungsangebote wie für den stationären Bereich. Das Ziel dieser ganzheitlichen Begleitung liegt darin, dass der Patient solange als möglich mit hoher Lebensqualität zu Hause versorgt werden kann. Das PKD/MPT Angebot ist als Zusatzleistung zu vorhandenen Versorgungssystemen zu verstehen.

Der PKD/MPT wird auf Anfrage/Anforderung in folgenden Fällen tätig:

- Patient und Angehörige bedürfen der palliativmedizinischen und pflegerischen Expertise
- die Betreuenden benötigen Beratung und Unterstützung in der Begleitung der Palliativpatienten

---

<sup>12</sup> Integriertes Palliativ- Versorgungskonzept für NÖ 2005 Anlage 2, Seiten 48/49

Es ergibt sich daher für PKD/MPT folgende Zielgruppe:

- BetreuerInnen von PalliativpatientInnen im stationären und ambulanten Bereich, die eine palliativmedizinische Expertise benötigen
- Palliativpatienten und deren Angehörige<sup>13</sup>

### 6.3. ÖBIG-Kriterien

Die Kriterien des Österreichischen Bundesinstitutes für Gesundheit (ÖBIG) sind sehr weitläufig formuliert und jedes Palliativteam ist gefordert, angepasste Aufnahmekriterien zu erstellen.

Die ÖBIG- Formulierungen lauten:

- Schmerzen
- körperliche Symptome (z.B. Übelkeit, Erbrechen)
- psychosoziale Probleme
- keine ausreichende Symptomkontrolle im ambulanten und allgemein-stationären Bereich
- der Patient sollte aufgeklärt sein<sup>14</sup>

Die Aufnahmekriterien von bestehenden Palliativeinheiten sind zum Teil anders bzw. ausführlicher als die ÖBIG- Kriterien formuliert. Jedes Team sollte sich überlegen, ob zum Beispiel auch Kinder betreut werden können, ob bestimmte Krankheitsbilder (z.B. Aids) ein- bzw. ausgeschlossen werden, usw.

### 6.4. Zusammenstellung von Aufnahmekriterien aus verschiedenen Palliativeinrichtungen

Im Rahmen des Aufbaues der Palliativeinheit im LK Krems hat sich deren Team mit sechs Palliativeinheiten/Stationen bezüglich der Aufnahmekriterien in Verbindung gesetzt.

Anfragen wurden an die folgenden Palliativstationen gerichtet:

- Palliativstation Scheibbs, NÖ
- Palliativstation KH Hietzing, Wien

---

<sup>13</sup> Auszug aus „Integriertes Palliativ- Versorgungskonzept für NÖ 2005“ Anlage 2, Seiten 48/49

<sup>14</sup> ÖBIG „Palliativmedizin (PAL) und Hospizbewegung“ 4.4 Aufnahmekriterien

- Palliativstation St.Veit/Glan, Kärnten
- Palliativstation St. Johannes von Gott am KH der Barmherzigen Brüder in München
- Palliativstation Hospiz St. Louise am KH der Barmherzigen Schwestern in Linz
- Palliativstation Waidhofen/Thaya, NÖ

Die letztgenannte Palliativeinheit orientiert sich an den ÖBIG-Kriterien, alle anderen Stationen haben ihr Angebot eigenständig formuliert.

Wir haben die verschiedenen Aufnahmekriterien für sie zusammengefasst:

- Menschen mit weit fortgeschrittener, lebensbedrohlicher, progredienter Erkrankung und mit begrenzter Lebenserwartung
- schwerwiegende Symptome, die unter ambulanten Bedingungen nicht behandelbar sind (wie z.B. Schmerzen, Atemnot, Übelkeit und Erbrechen)
- schwere psychische Beschwerden, die mit der Grunderkrankung einhergehen und einer täglichen ärztlichen und interdisziplinären Behandlung bedürfen
- wenn die Lebensqualität nur mit Maßnahmen der Palliativstation verbessert oder erhalten werden kann; dies kann und soll auch eine Begleitung in der Terminalphase einschließen
- der Patient ist mit der Aufnahme auf der Palliativstation einverstanden und so weit aufgeklärt, dass keine kurative Behandlung mehr möglich ist
- bösartige Tumorerkrankungen, bei denen sich palliative Strahlen- und/oder palliative Chemotherapie als sinnvoll erweisen
- der Patient und die Angehörigen sind vor der Aufnahme auf die Palliativstation darüber informiert, dass nur eine begrenzte Aufenthaltsdauer vorgesehen ist und eine Entlassung nach Hause oder in eine andere Einrichtung nach Besserung oder Stabilisierung der Beschwerden angestrebt wird
- HIV-Erkrankungen im Terminalstadium
- Amyotrophe Lateralsklerose im Terminalstadium
- terminale Leberinsuffizienz
- terminale Niereninsuffizienz (bei Dialyse-Abbruch)

- andere progrediente Erkrankungen in der Terminalphase
- akute hirnorganische Psychosynndrome (bei primären Hirntumoren und Hirnmetastasen sowie in der Terminalphase eines Tumorleidens)
- inoperable Ileuszustände
- tumorbedingte Exulcerationen, die ambulant nicht behandelbar sind (z.B. wie bei exulcerierten Mammakarzinomen, HNO-Tumoren)
- Aufnahme unabhängig von Religionszugehörigkeit, Weltanschauung und finanzieller Situation (Verrechnung wie bei jedem anderen Krankenhausaufenthalt)
- alternative Betreuungsmöglichkeiten werden im Vorfeld abgeklärt
- es werden in der Regel nur erwachsene Patienten betreut
- Aufnahme nur nach Absprache bzw. Voranmeldung möglich (Konsiliarschein)

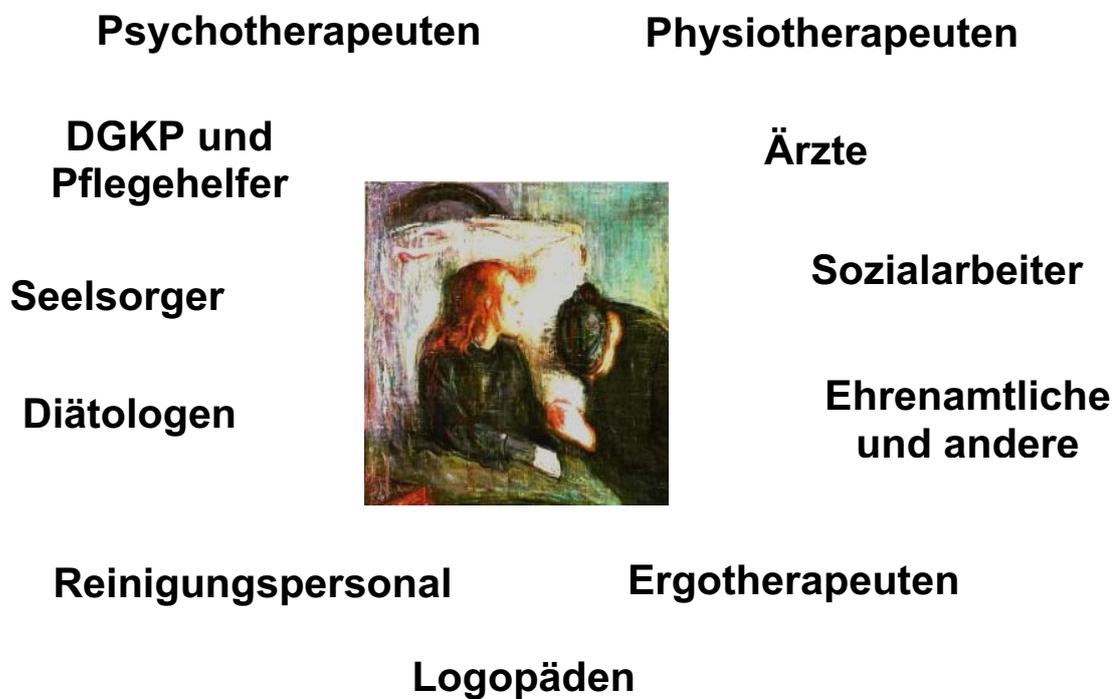
Die Aufenthaltsdauer ist prinzipiell mit 3 Wochen begrenzt, das heißt, die Patienten sollen wieder in ihre gewohnte Umgebung zurückkehren oder von einer adäquaten Einrichtung übernommen werden.

Nähere Angaben finden Sie unter Punkt 8.2.1 leistungsorientierter Krankenanstaltsfinanzierung = LKF-Berechnung.

## 7. Teamstrukturen

### Interne Teamstruktur

Damit sich der Patient auf der Palliativstation ganzheitlich unterstützt weiß, braucht es ein umfangreiches Betreuungsnetz.



Alle genannten Betreuer sind als gleichwertig zu betrachten.

## 7.1. Ausbildungskriterien

Damit das Betreuungspersonal bestmöglich auf die täglichen Herausforderungen vorbereitet ist, sind fundierte Zusatzausbildungen wesentlicher Bestandteil eines Palliativteams. Das NÖGUS-Konzept hat sich im Wesentlichen an den ÖBIG Ausbildungskriterien orientiert. Diese wiederum sind Grundlage für die Vorgaben im Österreichischem Strukturplan Gesundheit (ÖSG).

### Ärztliches Personal:

- Ärzte für Allgemeinmedizin und/oder Fachärzte, jeweils mit besonderen Kenntnissen auf dem Gebiet der Palliativmedizin (einschlägige Weiterbildung mit mindestens 160 Stunden).  
Die ärztliche Leitung einer Palliativstation/PKD/MPT muss zumindest 160 Std. Palliativausbildung absolviert haben. Der Besuch des Aufbaulehrganges für Palliative Care ist zu empfehlen.

### Pflegepersonal:

- Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen mit besonderen Kenntnissen auf dem Gebiet Palliative Care (einschlägige Weiterbildung mit mindestens 160 Stunden)

### Sozialarbeiter:

- Diplomierte Sozialarbeiter und/oder Sozialpädagogen mit besonderen Kenntnissen auf dem Gebiet Palliative Care (einschlägige Weiterbildung mit mindestens 160 Stunden)

### Ehrenamtliche Mitarbeiter:

- vom HOSPIZ ÖSTERREICH anerkannter Einschulungskurs in der Hospizbegleitung (70 Stunden Theorie, 40 Stunden Praktikum)<sup>15</sup>

---

<sup>15</sup>Auszug aus „Integriertes Palliativ- Versorgungskonzept für NÖ 2005“ Anlage 3, Seiten 51, 53

## 7.2. Personalvorgaben

Der Personalschlüssel ist durch das NÖGUS-Konzept weitgehend vorgegeben. Offene Fragen bezüglich Arbeitstrukturen, wie die unten genannten, erfordern vom Team Verhandlungsgeschick und Kompromissbereitschaft, um bereits in der Anfangsphase effizient arbeiten zu können.

- welches Personal macht die nächtliche Betreuung (sowohl ärztlich als auch pflegerisch)
- welche Aufgaben können von vorhandenen Strukturen mitbenutzt und/oder übernommen werden (Sekretariat)
- wie ist die Minimalbesetzung in der Aufbauphase

Die Personalberechnungen des NÖGUS-Konzeptes haben wir von 7.2.1. bis 7.2.4. getrennt aufgeschlüsselt.

### 7.2.1. Palliativstation

Ärzte (Tagdienst)	1 VZÄ je 5 Betten*
Dipl. Gesundheits- und Krankenpflegepersonal	1,2 VZÄ je Bett*
Physiotherapeuten, Psychotherapeut, Sozialarbeiter	gemeinsam insgesamt 6 WoStd. je Patient
Ergotherapeuten, Logopäden, Diätassistenten,	verfügbar
Seelsorger verschiedener Konfessionen	verfügbar
ehrenamtl. Mitarbeiter mit Koordinationsperson	verfügbar

\* exkl. palliativmedizinischer Konsiliardienst<sup>16</sup>

<sup>16</sup> Auszug aus „Integriertes Palliativ- Versorgungskonzept für NÖ 2005“ Anlage 3, Seite 53

### 7.2.2. PKD

Personalberechnung für die Betreuung eines Krankenhauses mit 250 Betten

Ärzte, dipl. Gesundheits- u. Krankenpflegepersonen, Sozialarbeiter, Sekretärin	2 VZÄ*
Physiotherapeuten, Psychotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Diätassistenten,	verfügbar
Seelsorger verschiedener Konfessionen	verfügbar
ehrenamtliche Mitarbeiter mit Koordinationsperson	verfügbar

\* Jede Berufsgruppe muss im Team vertreten sein; Zusammensetzung disponibel, excl. Übernahme von Aufgaben eines mobilen Palliativteams<sup>17</sup>

In der ersten Umsetzungsphase wird der PKD einige Aufgaben des MPT wahrzunehmen haben.

### 7.2.3. MPT

Die Personalberechnung für ein Team wurde pro 80.000 Einwohner im ländlichen und 140.000 Einwohnern im städtischen Bereich berechnet. Je nach örtlichen Gegebenheiten kann das Mobile Palliativteam auch als Konsiliarteam im Krankenhaus, in Heimen und in Tageshospizen beratend tätig sein

Ärzte, dipl. Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, Sozialarbeiter, Sekretärin	4,5 VZÄ*
Physiotherapeuten, Psychotherapeuten	verfügbar
Ergotherapeuten, Logopäden, Diätassistenten	verfügbar
Seelsorger verschiedener Konfessionen	verfügbar
ehrenamtliche Mitarbeiter mit Koordinationsperson	verfügbar

\* Jede Berufsgruppe muss im Team vertreten sein; Zusammensetzung disponibel, excl. Übernahme der Aufgaben eines PKD<sup>17</sup>

<sup>17</sup> Auszug aus „Integriertes Palliativ- Versorgungskonzept für NÖ 2005“ Anlage 3, Seite 51

#### **7.2.4. Personalberechnung Arzt für Palliativstation/PKD/MPT**

Aufgrund der NÖGUS-Vorgaben lässt sich keine eindeutige Ärzteberechnung für den PKD/MPT darstellen. Außerdem sind die Ärzteberechnungen für PKD/MPT in den Vorgaben immer im Kontext mit anderen Berufsgruppen zu betrachten.

Für einen PKD, welcher auch MPT- Aufgaben zu erfüllen hat, stehen derzeit nur 2 VZÄ (Arzt und Pflege gemeinsam) zur Diskussion. (Wissensstand September 2006)

Überlegungen:

- mit 2 Ärzten kann man die Station, PKD/MPT nicht kontinuierlich besetzen, da Urlaub, Krankenstand und ähnliches einzuplanen ist
- die Möglichkeit Rufbereitschaft in der Nacht anzubieten fällt aufgrund der minimalen Personalberechnungen weitgehend weg, obwohl die kontinuierliche Betreuung auch im PKD/MPT gewährleistet werden sollte

Daher hat der Landesverband Hospiz-NÖ für die Anstellung von Palliativärzten auf einer Palliativstation mit angeschlossenem PKD/MPT ein eigenes Konzept basierend auf schon vorhandenen Strukturen in Österreich entwickelt. In der Folge finden Sie einige Empfehlungen aus diesem Konzept.

#### **Empfohlene Ärztebesetzung**

Für eine Palliativstation mit 8 Betten inklusive den Aufgaben eines PKD/MPT ist eine Anstellung von ÄrztInnen im Ausmaß von drei Vollzeitstellen (VZÄ) erforderlich:

- 1,6 VZÄ für die Station
- 0,8 VZÄ für den PKD für ein Krankenhaus mit einer Bettenanzahl bis 300
- ein Plus von 0,26 VZÄ wird jeweils pro 100 weiterer Betten zusätzlich benötigt
- 0,6 VZÄ sind zusätzlich für die Aufgaben eines Arztes/einer Ärztin für die Aufgaben im Mobilem Palliativteam erforderlich

Von diesen drei VZÄ Stellen muss ein Arzt/ eine Ärztin die Leitung innehaben. Das empfohlene Stundenausmaß für die Leitung beträgt mindestens 30 Stunden, um die Kontinuität gewährleisten zu können.

Für die verbleibenden zwei VZÄ Stellen müssen mehr als zwei Personen zur Verfügung stehen, um die notwendigen Dienstwechsel und die Rufbereitschaft in der Nacht gewährleisten zu können. Es ist durchaus denkbar, dass ein/eine Vollzeit- und mehrere Arzt/Ärztin für 20 Stunden der Palliativstation zugeteilt sind und weitere 20 Stunden im Stammfach arbeiten. Hier sind genaue Regelungen bezüglich der Dienstzeiten zu erstellen, jedoch muss der Dienst auf der Palliativstation Vorrang haben.

Eine schriftliche Festlegung im Sinne eines Arbeitsvertrages ist verpflichtend. Die Dienstvereinbarung für den Leiter des Supportteams am Waldviertelklinikum Horn dient dafür als Beispiel.

Ärztliche Routinehandlungen, die in der Nacht anfallen, sollen von Diensthabenden aus einem Ärztepool abgedeckt werden. Der Palliativmediziner, das ist ein Facharzt oder ein Sekundararzt mit Palliativausbildung, steht in telefonischer Rufbereitschaft zur Verfügung bzw. kommt bei speziellen Fragestellungen ins Haus. Die Wochenendvisiten werden von dem diensthabenden Palliativmediziner, der sich in Rufbereitschaft befindet, durchgeführt.<sup>18</sup>

### **7.2.5. Personalberechnung DGKP für Palliativstation/PKD/MPT**

Personalberechnung laut NÖGUS- Konzept:

Personalschlüssel = 1,4 DGKP pro Bett inklusive PKD/MPT Aufgaben

Verwendet man die ÖBIG-Richtlinien, erfolgt eine Teilung der 1,4 DGKP wie folgt:

- 1,2 DGKP pro Palliativbett
- 0,2 DGKP für PKD/MPT pro Bett der Palliativstation

Rechenbeispiel:

- 8 Betten = 11,2 DGKP (gesamtes Palliativpflegepersonal)  
9,6 DGKP für den stationären Bereich und 1,6 DGKP für den PKD/MPT
- 6 Betten = 8,4 DGKP (gesamtes Palliativpflegepersonal)  
7,4 DGKP für den stationären Bereich und 1,2 DGKP für den PKD/MPT

In den Personalberechnungen des Landes werden immer auf - und abgerundete Zahlen verwendet. Das heißt: 11 DGKP für 8 Betten und 8,5 DGKP für 6 Betten.

---

<sup>18</sup> Auszug aus „Landesverband Hospiz Niederösterreich, Konzept zur Anstellung von ÄrztInnen auf einer Palliativstation“, Mödling, März 2006, Seiten 8/9

### **7.2.6. Überlegungen zur vorgegebenen Personalsituation**

Im Vorfeld ist genau zu überlegen, welche Leistungen man mit dem berechneten Personal für die Palliativstation und PKD/MPT anbieten kann.

Aufgrund der hohen psychischen und körperlichen Belastung wäre eine Personalbesetzung im stationären Bereich mit 1,4 DGKP unbedingt erforderlich. Im PKD/MPT sollten klare Berechnungen der jeweiligen Berufsgruppen pro Bettenanzahl eines Krankenhauses bzw. berechnete Einwohnerzahl, unabhängig von der Anzahl der Palliativbetten, angestellt werden.

- eine Erreichbarkeit rund um die Uhr kann nur telefonisch im Rahmen des Stationsdienstes angeboten werden. Die Installierung einer Rufbereitschaft für Ärzte würde konstante fachliche Qualität ermöglichen
- die Tätigkeiten außerhalb des Krankenhauses werden sich hauptsächlich aufgrund der knapp bemessenen Personalressourcen auf Beratung der vor Ort zu betreuenden Familien und Berufsgruppen konzentrieren.  
So wird es z.B. in der Anfangsphase unter Umständen notwendig sein, wegen eines Problems bei einer Schmerzpumpe, eines Porth-a-Cath usw. vor Ort tätig zu werden. Wegen der knappen Personalberechnung muss man jedoch darauf achten, dass diese Angebote nur in Ausnahmefällen umgesetzt werden können
- um den Einsatz im MPT gering zu halten, sind eine gute Einbindung und Schulung der Angehörigen sowie ein guter Informationsaustausch mit den niedergelassenen Ärzten und mobilen Diensten erforderlich
- das Hinzuziehen von Home-Care-Service Firmen ist als zusätzliche Unterstützung und Sicherheit für Patienten und Angehörige gedacht

Die rechtlichen Grundlagen für die Tätigkeiten des PKD/MPT außerhalb des Krankenhauses sind zurzeit weder für Ärzte noch für das Pflegepersonal ausreichend geklärt, daher können wir zu dieser Problematik noch keine genauen Angaben machen.

Der Zeitaufwand für Palliativpatienten in den Bereichen Ergotherapie, Diätologen und Sekretariat sollen laut NÖGUS-Konzeptplanung von den vorhandenen hausinternen

Strukturen mitgeleistet werden, derzeit sind dafür keine gesonderten Dienstposten vorgesehen.

Den Bereichen Sozialdienst, Psychotherapie und Physiotherapie stehen laut NÖGUS-Konzept insgesamt 6 Wochenstunden pro Bett zur Verfügung. Die Erfahrungen haben gezeigt, dass es sehr schwierig ist, diese Stunden zur Verfügung gestellt zu bekommen.

Wir empfehlen für alle Bereiche eine gute Dokumentation der erbrachten Leistungen, damit der Personalbedarf aufgezeigt und Mehrpersonal in den nächsten Jahren argumentiert werden kann.

### **7.3. Personalfindung und Teamentwicklung**

Palliativstationen und PKD/MPT benötigen gut qualifiziertes und hoch motiviertes Personal. Dieses zu finden ist eine wichtige Aufgabe. Die Dienstposten müssen ausgeschrieben und die Bewerber selektiert werden.

Ein entscheidendes Kriterium ist die interdisziplinäre Teamfähigkeit, die es bei der Teamentwicklung zu fördern gilt.

Es empfiehlt sich daher Ergebnisse von Hearings beziehungsweise Bewerbungsbögen in Kombination mit Schnuppertagen und Teamfindungsprozessen bei der Selektion zu berücksichtigen.

Solange es noch keine einheitlichen Auswahlverfahren seitens der Landesklinikenholding gibt, könnte man bei der Ärzteauswahl auf das erarbeitete Konzept für Ärzteanstellung vom Landesverband Hospiz-NÖ zurückgreifen. Im Pflegebereich bieten sich die Anforderungsprofile der Landeskliniken Krems und Lilienfeld an.

Dass alle Auswahlverfahren fehleranfällig bleiben ist darin zu begründen, dass es sich um „Momentaufnahmen“ von Personen (apropos persona: griech. die Maske) handelt. Die Wahrnehmung bleibt subjektiv und lässt sich nicht standardisieren. Trotz verantwortungsvollem Hinschauen und kritischem Überprüfen der eigenen Subjektivität braucht es eine Portion Gespür und Glück für die richtige Personalauswahl.

Im Anhang (11. 3 -11.9.) finden Sie Beispiele für Anforderungsprofile, Auswahlverfahren, Teamfindung und Teamentwicklung der LK Krems und Lilienfeld.

### **7.3.1. Ausschreibung Ärzte**

Die folgende Ausschreibung wurde aus dem Konzept des LV-Hospiz-NÖ zur Anstellung von Ärzten auf Palliativstationen entnommen.

Anforderungsprofil:

„Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin oder Facharzt/Fachärztin mit einschlägiger palliativmedizinischer Ausbildung (mind. 160 Stunden – Richtlinie laut ÖBIG)

Voraussetzungen:

- interdisziplinäre Teamfähigkeit
- fachliche, menschliche und soziale Kompetenz
- Stresstoleranz
- psychische Belastbarkeit
- Koordinations- und Organisationsfähigkeit

Wünschenswerte zusätzliche Qualifikationen:

- Erfahrung in Palliativmedizin
- Ausbildung bzw. Erfahrungen in Schmerztherapie
- komplementärmedizinische Ausbildungen

Dienstverträge für einen Zeitraum kürzer als 3 Jahre sind nicht vertretbar.<sup>19</sup>

### **7.3.2. Ausschreibung für die Pflege**

Zusammengestellt aus den Erfahrungen von den LK Krems und Lilienfeld

Anforderungsprofil:

DGKS mit Berufserfahrung und der Bereitschaft, die palliativmedizinische Ausbildung (mind. 160 Stunden – Richtlinie laut ÖBIG) innerhalb von 3 Jahren zu absolvieren.

Voraussetzungen:

- interdisziplinäre Teamfähigkeit
- fachliche, menschliche und soziale Kompetenz
- Stresstoleranz
- psychische Belastbarkeit
- Koordinations- und Organisationsfähigkeit

---

<sup>19</sup> Konzept des LV- Hospiz NÖ zur Anstellung von Ärzten auf Palliativstationen, Seite 8

### **7.3.3. Schnuppertage**

Alle Bewerber sollten im bereits bestehenden Palliativteam mindestens zwei Tage schnuppern. Dabei soll geklärt werden, ob die Vorstellungen der Bewerber mit den Vorgaben des Palliativteams übereinstimmen. Darüber hinaus erhält der Leiter des Palliativteams die Möglichkeit, die menschliche, fachliche und soziale Kompetenz der Bewerber zu prüfen.

Sollte es noch kein Palliativteam im Haus geben, ist es ratsam, die Bewerber, welche noch keine Palliative Care Ausbildung absolviert haben, bei einem anderen Palliativteam oder auf einer Palliativ- Hospizstation hospitieren zu lassen, damit diese einen Einblick in die Palliativbetreuung bekommen.

### **7.3.4. Teamentwicklung**

Ist die Personalauswahl weitgehend abgeschlossen, sollte die Teamentwicklung beginnen und laufend begleitet werden.

Es ist unbedingt notwendig, die Teamentwicklung von einem Coach begleiten zu lassen.

Die finanzielle Entschädigung des Coach ist nicht einheitlich geregelt.

Um Finanzierung kann man bei der Pflegedirektion (Pflegebudget) oder der Verwaltungsdirektion (Fortbildungsbudget) ansuchen. Es muss eine genaue Argumentation, warum ein Teamcoaching notwendig ist, erfolgen.

Wesentlich ist bei der Teamentwicklung, so früh als möglich interdisziplinär und multiprofessionell zu agieren, damit man gemeinsame Ablauf- und Teamstrukturen erarbeiten kann.

Bei der Teamentwicklung sollen unter anderem auch passende Rituale und Symbole erarbeitet werden. Hier kann man an das Führen eines Patientenbuches oder an die Gestaltung einer Erinnerungsecke für die Verstorbenen denken.

Die Erstellung eines eigenen Leitbildes, aufbauend auf dem vorhandenen Leitbild des Hauses, unterstreicht die Haltung und die Ziele der jeweiligen Teams. Nur so ist es möglich, den an der Betreuung beteiligten Mitarbeitern ein klares Bild über die Aufgaben des Palliativteams zu vermitteln. Ein Leitbild fördert außerdem die Zusammengehörigkeit im Team und vermittelt sowohl intra- als auch extramural ein deutliches Bild von der Palliativbetreuung.

#### **7.3.4.1. Grundprinzipien für ein Leitbild**

Zusammengestellt aus Überlegungen für die Leitbildentwicklung in den LK Krems und Lilienfeld:

- jede Palliative Care Einrichtung dient der Betreuung unheilbar Kranker mit limitierter Lebenserwartung
- da kurative Therapiekonzepte hier keine Bedeutung mehr haben, muss sich das therapeutische Bemühen an anderen Kriterien orientieren
- Schmerzlinderung und Symptomlinderung auf allen Ebenen, damit der Mensch autonom in bestmöglicher Lebensqualität seinen Weg gehen kann
- der Patient soll durch eine an seinen Bedürfnissen orientierte medizinische–pflegerische, menschliche und seelsorgliche Zuwendung ein würdevolles Leben bis zuletzt ermöglicht werden
- unterstützende Lebensbegleitung bis zum Tod unter Achtung der Menschenwürde auch im Prozess des Sterbens
- die Anwesenheit von Angehörigen in einer wohlwollenden Atmosphäre muss kontinuierlich möglich sein, damit der Patient auch in dieser Lebensphase im Kreis seiner Familie leben und auch sterben kann
- Beratung und Unterstützung Angehöriger/Vertrauenspersonen bei Bedarf über den Tod des Patienten hinaus (Trauerbegleitung) ist ebenfalls eine wesentliche Aufgabe
- Palliative Care soll jedem Patienten ungeachtet seiner Weltanschauung und seiner finanziellen Situation offen stehen

- Menschen in schwieriger Ausnahmesituation „abholen“, ihnen zur Seite stehen und mit ihnen gemeinsam einen lebhaften Weg finden
- ressourcenorientiert für und mit Patienten/Angehörigen arbeiten → positive Anteile stärken
- Begleitung der „Familie“ (soziales Umfeld)
- Organisation und Schaffung von Strukturen, damit die ganzheitliche Betreuung funktionieren kann
- respektvoller Umgang unter allen Betreuenden – interdisziplinäre Zusammenarbeit
- „heikle“ Gespräche (Tabuthemen) für die Patienten und alle in die Betreuung Involvierten ermöglichen
- Palliativgedanken in die Öffentlichkeit tragen
- Selbstachtung: „Nur wenn es mir gut geht, kann ich auch für andere da sein“

### **7.3.5. Ausbildungsplanung**

Durch die Teamentwicklung werden die Stärken und Schwächen der einzelnen Mitarbeiter herauskristallisiert.

Die Basisausbildung für Palliative Care muss laut NÖGUS-Konzept innerhalb von drei Jahren absolviert werden. Daher ist es für die Leitung eines Palliativteams unerlässlich, die Mitarbeiter bezüglich Stabilität und Qualität zu beobachten und die entsprechende Koordination für den Ausbildungsplan vorzunehmen.

Die Übernahme der Ausbildungskosten ist im Vorfeld über den Dienstweg mit dem Rechtsträger abzuklären, ebenso das Zugeständnis einer Palliativzulage nach geltender Besoldung.

Hinweise finden Sie im Punkt 8.2 unter finanziellen Möglichkeiten.

## 7.4. Dienstformen

Da eine Palliativstation mit PKD/MPT eine andere Ablauforganisation benötigt als Akutstationen, ist es sinnvoll, sich Gedanken über zeitliche Rahmenbedingungen von Ärzten und Pflegepersonen zu machen.

### 7.4.1. Ärzte

Im bereits erwähnten Ärztekonzert sind praxisrelevante Überlegungen bezüglich Erreichbarkeit berücksichtigt worden.

Eine Empfehlung wäre:

- ärztliche Präsenz zwischen 8.00 und 20.00 Uhr
- in der Kernarbeitszeit von 8.00 -16.00 Uhr Anwesenheit von zwei ÄrztInnen
- von 16.00 bis 20.00 Uhr einem/einer ÄrztIn
- tägliche interprofessionelle Dienstbesprechung
- interdisziplinäre Dienstübergabe bei Schichtwechsel
- um ein Burn-out zu verhindern, dürfen in einem Durchrechnungszeitraum von 6 Monaten nicht mehr als 40 Stunden/Woche für eine/n palliativmedizinisch tätige/n Arzt/ Ärztin anfallen

Die erforderliche Nacht – und Wochenendbereitschaft wird im Konzept „Anstellung von ÄrztInnen auf einer Palliativstation ausführlich beschrieben.“<sup>20</sup>

### 7.4.2. Pflege

Für die Pflege gibt es die Möglichkeit, die Stationsdienste mit einem „Radeldienst“ oder mit Schichtdienst (8 Stunden) abzudecken. Für den PKD/MPT empfiehlt sich eine fixe Hauptarbeitszeit mit individuellen Abweichungen zu etablieren.

Es gilt zu bedenken, dass der Dienstwechsel frühestens um 07:00 Uhr Früh stattfindet und dass am Abend eventuell eine Besetzung mit 2 DGKP bis maximal 22:00 Uhr in Betracht zu ziehen ist. Daraus ergibt sich wahrscheinlich eine Mischform an Dienstzeiten.

Aus Erfahrungsberichten anderer Bundesländer hat sich der oben genannte Zeitrahmen durchaus bewährt.

---

<sup>20</sup> Auszug aus „Landesverband Hospiz Niederösterreich, Konzept zur Anstellung von ÄrztInnen auf einer Palliativstation“, Mödling, März 2006, Seite 9

### Empfehlung:

- Stationsleitung 7:00 – 15.00 Uhr
- 2 DGKP in der Zeit von 7:00 – 19:00 Uhr oder jeweils zeitlich versetzt (z.B. 7:00- 19:00 Uhr und 9:00-21:00 Uhr)
- ein Nachtdienst von 19:00 - 7:00 Uhr
- für den PKD/MPT sollte mindestens 1 DGKP während der Hauptarbeitszeit (ev. 8:00 – 16:00 Uhr oder 7:30 – 15:30 Uhr von Montag bis Freitag) zur Verfügung stehen

## 7.5. Ablaufstrukturen

Durch die vielfältigen Tätigkeiten ist eine genaue Organisation von Ablaufstrukturen, einhergehend mit Qualitätssicherung, unerlässlich.

Klare Aufgabenverteilung und Strukturierung im Palliativteam ermöglichen effizientes Arbeiten.

### 7.5.1. Tages- Wochen- Jahresplanung

Für die Gestaltung eines sinnvollen Arbeitsablaufs empfiehlt sich die Erstellung allgemeiner Grundüberlegungen:

- wann und wo gibt es Besprechungen im Team
- wann und wo gibt es Besprechungen mit den mobilen Diensten
- gibt es gemeinsame Visiten
- gibt es Supervision, wenn ja, wie oft und wer bezahlt diese
- gibt es Intervision (Probleme werden im Team besprochen), wenn ja, wie erfolgt die Organisation
- welche Veranstaltungen finden wann statt

### **7.5.1.1. Tagesplan**

Damit eine kontinuierliche Patientenbetreuung gewährleistet wird, sind interdisziplinäre Besprechungen einzuplanen. Die zeitliche Rahmgestaltung obliegt dem jeweiligen Team, welches jedoch folgende Punkte berücksichtigen sollte.

- Dienstübergabe der Pflege auf der Station – Beginn des bedarfsorientierten Tagesablaufes auf der Station
- Besprechung Palliativarzt, Stationsschwester, PKD/MPT Pflegeperson über:
  - aktuelle Patientenprobleme
  - Vereinbarung, wer wann welche Besuche und Gespräche übernehmen kann
  - Aufgabenaufteilung (Patienten- und Angehörigenbetreuung, Organisatorisches)
- Mittagsbesprechung auf der Station (alle Betreuenden des Tages - inklusive PKD/MPT )
- Dienstübergabe an den Nachtdienst
- Intervision nach Bedarf (für jeden Mitarbeiter ist es wichtig, dass er sich am Ende jedes Dienstes im Team reflektieren kann)

### **7.5.1.2. Wochenplan**

Um den Ablauf so einfach wie möglich zu gestalten ist es vorteilhaft, immer am selben Wochentag und zu einem fix vereinbarten Zeitpunkt verschiedene Besprechungen abzuhalten.

- 1x pro Woche Hauptbesprechung für die Palliativstation/PKD/MPT unter Einbeziehung von Diätologen, PhysiotherapeutInnen, Seelsorger, Sozialarbeiter, Ehrenamtlichen und anderen an der Betreuung Beteiligten

Damit die Betreuungsübergänge bezüglich Patientenbegleitungen zwischen den Stationen, PKD/MPT und Palliativstation besser gestaltet werden können, ist eine Vernetzung im Rahmen der Besprechungen ein wesentlicher Teil.

- 1-3x pro Woche Besprechungen zwischen den jeweiligen Stationsteams und PKD/MPT (je nach zu betreuender Patientenzahl), um die Kontinuität der Betreuungen zu gewährleisten

### 7.5.1.3. Monatsplan

Die Gestaltung der monatlichen Besprechungen beinhaltet vorwiegend die Vernetzung mit anderen Berufsgruppen und die eigene Psychohygiene.

- Supervisionen sollte verpflichtend vom gesamten Team wahrgenommen werden = Arbeitszeit ( Empfehlung im 6 – 8 Wochenrhythmus)
- „Arbeitskreis Palliative Care“ oder „Runder Tisch“ (zum Austausch mit den mobilen Diensten, Mobilien Hospizteams, Vertretern der Heime und anderen an der Weiterbetreuung beteiligten Berufsgruppen).

Die personelle Zusammensetzung der Arbeitskreise und die Häufigkeit der Treffen werden je nach Bezirk unterschiedlich gestaltet werden müssen.

Durch diese konkreten Angebote soll die Vernetzungsarbeit unterstützt und gefördert werden.

### 7.5.1.4. Jahresplan

Bereits zu Jahresbeginn sollte eine Grobplanung der Veranstaltungen und der Urlaubszeit erfolgen:

- Fortbildungen zum Thema Palliative Care
- Ausbildungen (Sonderausbildungen); es ist wichtig, einen genauen Plan zu erstellen wer wann wohin fahren kann
- Supervisionstermine
- wenn ein Team rasch wächst, ist es wegen Ressourcenausschöpfung wünschenswert, parallel ein Teamfindungscoaching einzuplanen (Finanzierung im Vorfeld abklären)
- Reflexion mit den verschiedenen Stationsteams, um die Akzeptanz im Haus immer wieder zu erfragen und auf Veränderungsvorschläge reagieren zu können; auch verbessert man mit einer solchen Vorgehensweise die Kommunikation untereinander wesentlich (2xjährlich)
- Gestaltung einer Gedenkfeier für die Angehörigen und die betreuenden Teams der verstorbenen Patienten des letzten Jahres/Halbjahres
- gemeinsame Teamausflüge, Feiern
- Erstellung eines Jahresberichtes und einer Jahresstatistik
- Teamkultur (Feierlichkeiten, Rituale)
- Urlaubsplanung

Da eine Neugründung einer Palliativstation/PKD/MPT sehr viel Zeit und Kompetenz beansprucht, hat das Palliativteam des LK Krems 4xjährlich eine Nachmittagsklausur und 1xjährlich ein dreitägiges Kameranseminar mit einem Externbegleiter fix eingeplant. Bei diesen Treffen kann das Team viele organisatorische Fragen erörtern und klären bzw. eine Jahresplanung vornehmen. Bei der Kameraklausur übt es sich in Gesprächsführung, Konfliktbewältigung und in der Wahrnehmung. Dieses Vorgehen entspricht den Aufgaben der laufenden Teambegleitung und Teamentwicklung des LK Voralpen Lilienfeld. (siehe Anhang 11.8.)

### **7.5.2. Dokumentation**

In den Landesholdingkrankenhäusern gibt es Überlegungsansätze für eine einheitliche Patientendokumentation. Der Landesverband Hospiz-NÖ hat bereits begonnen, verschiedene Palliativdokumentationen zu sammeln, um Dokumentationsempfehlungen geben zu können. Es liegen noch keine Ergebnisse vor. (Stand September 2006)

Daher wird es vorerst erforderlich sein, die vorhandenen Dokumentationsunterlagen der jeweiligen Häuser zu übernehmen und mit Zusatzblättern, welche die Palliativbetreuung benötigt, zu ergänzen.

Für den PKD/MPT sind Unterlagen zu den einzelnen Schwerpunkten zu erarbeiten (Leistungs-, Zeiterfassung). Vorteilhaft ist die gleichzeitige Verknüpfung mit einer Statistikerhebung, um erbrachte Leistungen nachweisen zu können.

Wichtige Zusatzdokumentationen wären aus unserer Sicht:

- interdisziplinäres Berichtblatt, wo alle Professionen chronologisch berichten können
- die Dokumentation muss genügend Platz für die biographische und erweiterte Anamnese bieten
- Schmerzprotokoll
- diverse Gesprächsprotokolle für Angehörige, mobile Dienste, Hausärzte
- Entlassungsblatt
- Patientenverfügung sollte angesprochen und dokumentiert werden

Einige solcher Vorlagen finden Sie im Anhang (11.10. -11.12.)

## 7.6. Aufgabenverteilung

Das NÖGUS-Konzept sieht vor, dass der stationäre Bereich mit angeschlossenem PKD/MPT von einem gemeinsamen Team betreut wird. Um einen reibungslosen Ablauf gewährleisten zu können, muss die Aufgabenverteilung innerhalb des gesamten Teams deutlich gemacht werden.

Unsere Erfahrungen haben gezeigt, dass es sinnvoll ist, eigens ausgewählte Pflegepersonen für PKD/MPT zur Verfügung zu stellen, damit die Personalfuktuation in den einzelnen Bereichen gering gehalten wird und um die Betreuungskontinuität bei den Patienten gewährleisten zu können. Als Bindeglied mit Brückenfunktion erreicht man im intra- und extramuralen Bereich mehr Akzeptanz, wenn es über einen längeren Zeitraum gleich bleibende Ansprechpartner gibt.

Es ist wichtig, dass alle Bereiche selbstständig und selbstverantwortlich arbeiten können.

Unsere Überlegungen werden durch eine Projektarbeit an der Universität Graz bestätigt.<sup>21</sup>

Um ressourcenorientiert agieren zu können, muss sich jedes Team Gedanken zur Aufgabenverteilung machen.

Nachfolgend erhalten Sie einige Anregungen:

- Zwecks enger Vernetzung mit dem palliativen Stationsteam ist es wünschenswert, dass die Pflegebereichsleitung des PKD/MPT von der stellvertretenden Stationsleitung übernommen wird
- Aufgaben, welche die Patienten- und Angehörigenbetreuung betreffen, sind je nach Patientenzugehörigkeit zwischen der Palliativstation und PKD/MPT aufzuteilen
- Vernetzungstreffen, Öffentlichkeitsarbeit und Fortbildungen könnten hauptverantwortlich vom PKD/MPT, jedoch mit Unterstützung des Stationsteams vorbereitet und gestaltet werden
- die Organisation von Angehörigentreffen könnte von der Station bewerkstelligt werden

In den Punkten intra- und extramurale Vernetzung und Entlassungsmanagement (9.1. und 9.2.) finden Sie weitere Überlegungen zur Aufgabenteilung.

---

<sup>21</sup> Projektarbeit Implementierung eines PKD an einer Universität (Uni Graz 2005)

## **8. Strukturen**

### **8.1. Räumlichkeiten und technisch - medizinische Ausstattung**

Wie bereits im Punkt 4 „Grundmodelle“ erwähnt, sollten die Räumlichkeiten der Palliativstation wenigstens optisch von anderen Stationen getrennt sein. Eine Ghettobildung ist jedoch unbedingt zu vermeiden. Kontakte zu anderen Abteilungen sollten gepflegt werden.

Welche Räumlichkeiten im Haus geeignet und welche Umbauten erforderlich und möglich sind, sollten gemeinsam mit der kollegialen Führung besprochen werden. Die technisch- medizinische Ausstattung wurde im NÖGUS-Konzept auf Basis der ÖBIG-Strukturkriterien beschrieben.

#### **8.1.1. Technisch-medizinische Ausstattung einer Palliativstation**

Die Vorgaben für die Palliativstation lauten:

„In den Patientenzimmern:

- Sauerstoffanschluss
- Vakuum

Auf der Station:

- Schmerzpumpen
- Perfusoren und Infusomaten
- fahrbarer Badewannenlift
- Patientenheber
- Anti-Dekubitus-Betten und spezielle Anti-Dekubitus-Matratzen
- wohnliche Atmosphäre, behindertengerechte Ausstattung der Patientenbereiche
- 1- und 2- Bettzimmer mit Nasszelle
- Übernachtungsmöglichkeiten für Angehörige
- Stationsbad
- Verabschiedungs-/Meditationsraum, multifunktionell nutzbar
- Räumlichkeiten für soziale Aktivitäten, multifunktionell nutzbar
- im Haus verfügbar: Therapieraum

### **8.1.2. Technisch-medizinische Ausstattung eines PKD**

Für den PKD sind folgende Strukturen vorgesehen:

- Kommunikationsmittel (Telefon, EDV)
- PC, Internet
- Raum für Teambesprechungen, ambulante Kontakte
- Raum für Bürotätigkeit

### **8.1.3. Technisch-medizinische Ausstattung eines MPT**

Folgende Arbeitsgrundlagen sind für das MPT formuliert:

- Dienstauto(s)
- Schmerzpumpe(n)
- Mobiltelefon (e)
- Medikamentendepot (inkl. Opiode), Port-, Punktionsnadel, Verbandsmaterial
- medizinische, pflegerische Grundausrüstung (inkl. Blutzuckermessgerät)
- PC, Internet
- Arbeitsraum für Pflegepersonal, Sozialarbeiter
- Arbeitsraum für Sekretärin
- Besprechungsraum (Teamsitzung, Mitarbeiter- oder Angehörigengespräche), Depot für Heilbehelfe<sup>22</sup>

Die Umsetzung der einzelnen Arbeitsgrundlagen ist abhängig von den noch laufenden Verhandlungen.

---

<sup>22</sup> Integriertes Palliativ- Versorgungskonzept für NÖ 2005 Anlage 3, Seiten 51/52

#### **8.1.4. Erweiterte Ausstattungsmöglichkeiten**

Unsere Erfahrungen haben gezeigt, dass untenstehende Ausstattungen den Arbeitsablauf enorm erleichtern.

Für die Station:

- Gesprächsraum für Teambesprechungen, Patienten/Angehörigengespräche
- eigene Leitstelle
- Teeküche für das Team - Rückzugsmöglichkeit für stationäres und ehrenamtliches Team
- div. Funktionsräume
- eigener Arbeitsbereich für leitende Personen
- eigener Telefonanschluss mit österreichweiter Freischaltung
- PC, Drucker und Internetzugang
- eigenes Medikamenten- und Suchtgiftdepot
- klimatisierter Verabschiedungsraum

Folgende Räume können mit einer anderen Abteilung gemeinsam genutzt werden:

- Geräteraum, Wäscheraum
- unreine Spüle
- Bad (im Stationsbereich, nicht auf einer anderen Station)
- Patientenküche
- Aufenthaltsraum für Patienten und Angehörige
- Umkleieräume für das Personal und Personal WC

Für den PKD/MPT:

- Büro mit wohnlicher Atmosphäre (auch für sensible Gespräche zu verwenden)
- Arbeitsbereich für den PKD/MPT mit freigeschaltetem Telefon, Internetzugang, PC
- Laptop für den Außendienst

Die Hintergrundüberlegungen für die Notwendigkeit eines eigenen Büros für den PKD/MPT lassen sich wie folgt begründen:

- höchst sensible und diskrete Gespräche mit Angehörigen und Patienten
- ambulante Patienten (Schmerztherapie, Behandlung und Gespräche)
- Telefonate mit Hausärzten, Hauskrankenpflege usw. sowie mit Angehörigen und Patienten
- Lagerung diverser Folder (Patientenverfügung, Schmerztagebuch, ect.)
- Dokumentationsablage
- Entlassungsmanagement

Ansprechende Farben, bequeme Sitzmöglichkeiten, Bilder, Platz für Individualität, sind wesentlich für die wohnliche Atmosphäre.

#### **8.1.5. Ein- oder Zweibettzimmer**

Bei der Überlegung für die geplante Bettenanzahl pro Zimmer (Ein- und Zweibettzimmer) sollte man berücksichtigen, dass jede Variante Vor- und Nachteile in sich birgt.

Vorteil Einbettzimmer:

- Patient kann ungestörte Ruhe genießen
- Raum steht uneingeschränkt zur Verfügung
- Begleitung durch Angehörige ist rund um die Uhr möglich
- Patient braucht keine Rücksicht auf Bettnachbarn nehmen
- es können vertrauliche Gespräche geführt werden

Vorteil Zweibettzimmer:

- Angstminimierung (manche Menschen fühlen sich in einem Einzelzimmer unwohl)
- falls der Patient wenig Besuch erhält, fühlt er sich durch vorhandenen Bettnachbarn nicht isoliert
- Vorzug Zweibettzimmer, wenn Einbettzimmer ev. mit „Sterbezimmer“ assoziiert wird
- oftmals entsteht durch Informationsaustausch unter den Patienten tiefe Verbundenheit, ev. sogar Freundschaften

## 8.2. Finanzielle Möglichkeiten/Grenzen

Gemäß Gesundheitsreform 2005 und dem neuen Artikel der 15 a Vereinbarung<sup>23</sup> hat es in der österreichischen Gesundheitsversorgung weit reichende Veränderungen gegeben.

Zum einen wurde ein Regionenkonzept eingeführt, zum anderen wurde mit der Möglichkeit der Gesundheitsplattform und des Reformpools erstmals die Möglichkeit geschaffen, sektorenübergreifend Gesundheitsangebote umzusetzen.

Das Regionenkonzept sieht vor, Niederösterreich in 5 Versorgungsregionen aufzuteilen, und dass jede Versorgungsregion eine eigene Leistungs- und Versorgungsangebotsplanung für den Bereich Gesundheit vornimmt.

Die Gesundheitsplattform ist eine Institution, in welcher die Finanziere der Gesundheitsleistungen (Land, NÖGUS, Sozialversicherungsträger...) per Beschluss Projekte, welche die integrative Versorgung sichern, aus einem gemeinsam befüllten Topf finanzieren (Reformpool).

Im Vorfeld wird mittels Rechenmodellen die Reformpooltauglichkeit festgestellt und bei positiver Prüfung mittels Beschluss die Umsetzung eingeleitet. Es handelt sich demnach um eine Projektorganisation mit definiertem Beginn und definiertem Ende. Beim Palliativkonzept wurde die Reformpooltauglichkeit mittels genanntem Rechenmodell ermittelt und die Umsetzung aus Mitteln des Reformpools am 27.6.06 beschlossen.

Der Artikel 15 a Vereinbarung (Bund – Länder), welche diese Vorgehensweise erstmals ermöglicht, hat eine Laufzeit bis 2008. Da das Palliativprojekt jedoch eine Laufzeit bis 2012 hat, gibt es für die Zeit nach 2008 mehrere Szenarien:

- es gibt nach dem 31.12.2008 einen neuen Artikel 15 a Vereinbarung, in welcher das Reformpoolprojekt Palliativ weiter geführt wird (wahrscheinlichste Variante), oder

---

<sup>23</sup> 73.Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens

- es wird bei nicht Fortsetzung der 15 a Vereinbarung ein Sonderfinanzierungsmodell zwischen dem Land und den Sozialversicherungsträgern beschlossen, welche eine Finanzierung bis zum Projektende 2012 sicherstellt

Der Sozialbereich (Heime, niedergelassener Pflegebereich,...) kann gemäß dem Statut des Artikels der 15 a Vereinbarung nicht aus dem Reformpool finanziert werden. In jenen Bereichen bleiben die Finanziers wie gehabt.

Der Reformpool refundiert Mitteln für:

- Personalmehrkosten
- Schulungs- und Ausbildungsaufwand
- strukturbedingte Nebenkosten

Für die Finanzierung der Heimstrukturen und der Mobilen Hospizteams bleiben weiterhin die bisherigen Finanziers verantwortlich.

Für Investitionen (baulich), welche für die Erfüllung der Strukturkriterien zu tätigen sind, bleibt weiterhin der Rechtsträger zuständig. Im Falle der Landeskliniken die Landesklinikenholding.

Wesentliche Hauptpunkte sind:

- um die LKF Punkte geltend machen zu können ist es erforderlich, die Strukturqualitätskriterien (QSK) einzuhalten (ÖSG – oder LKF Modell)
- die Holding behält sich das Recht vor, die geplanten Stationen dort zu etablieren, wo deren Umsetzung kostengünstiger ist
- für den Rechtsträger gibt es für Bauinvestitionen keinen Finanzierungsausgleich aus dem Reformpool

Diese Ausgangslage führte bis Ende August 06 zu Redimensionierungsverhandlungen mit der Holding, dem NÖGUS, den Sozialversicherungen, dem Land NÖ und dem Landesverband Hospiz-NÖ. Diese Verhandlungen wurden mit den einzelnen Regionen unter Einhaltung der SQK, der finanziellen Rahmenbedingungen und der Veränderung der Zeitvorgaben geführt. Die Ergebnisse der Verhandlungen liegen noch nicht vor (Stand: September 2006).

### 8.2.1. LKF-Punkteberechnung

#### „Abrechnung des Sonderbereichs PAL Voraussetzungen

- Erfüllung der Qualitätskriterien lt. ÖSG
- Bewilligung durch die Landesgesundheitsplattform bzw. PRIKRAF
- Führung einer eigenen Kostenstelle (mit dem speziellen Funktionscode 1x9137xx)
- Erfüllung der folgenden Vorgaben zur Personalausstattung (VZÄ je tatsächlich aufgestelltem Bett =T Bett):
  - Ärztinnen/Ärzte (Tagdienst) 0,2 je T Bett (1 VZÄ je 5 T Betten) (exkl. Palliativmedizinischer Konsiliardienst)
  - DGKP 1,2 je T Bett (1 VZÄ je 0,83 T Betten)
  - Physiotherapeutinnen/-therapeuten, Psychotherapeutinnen/-therapeuten Sozialarbeit 6 Wochenstd. je Patientin/ Patient (entspr. ca. 0,2 VZÄ je belegtes Bett)

Die Evaluierung der Bepunktung des **Sonderbereichs PAL** auf Basis der Kostenrechnungsergebnisse 2004 und der Qualitätskriterien hat zu folgendem Ergebnis der Bepunktung je Tag geführt:

- ab 1.1.2007 374 Punkte je Belagstag (bisher 321) bis zu einer Gesamtaufenthaltsdauer von 21 Tagen (bisher 14 Tage)
- nach 21 Tagen werden folgende Tagessätze zur Anwendung gebracht<sup>24</sup>

Belagstag	Punkte/Tag	Belagstag	Punkte/Tag
22	357	33	238
23	341	34	231
24	327	35	224
25	314	36	218
26	302	37	212
27	291	38	207
28	281	39	201
29	271	40	196
30	262	41	192
31	253	42	187
32	245	ab 43	187

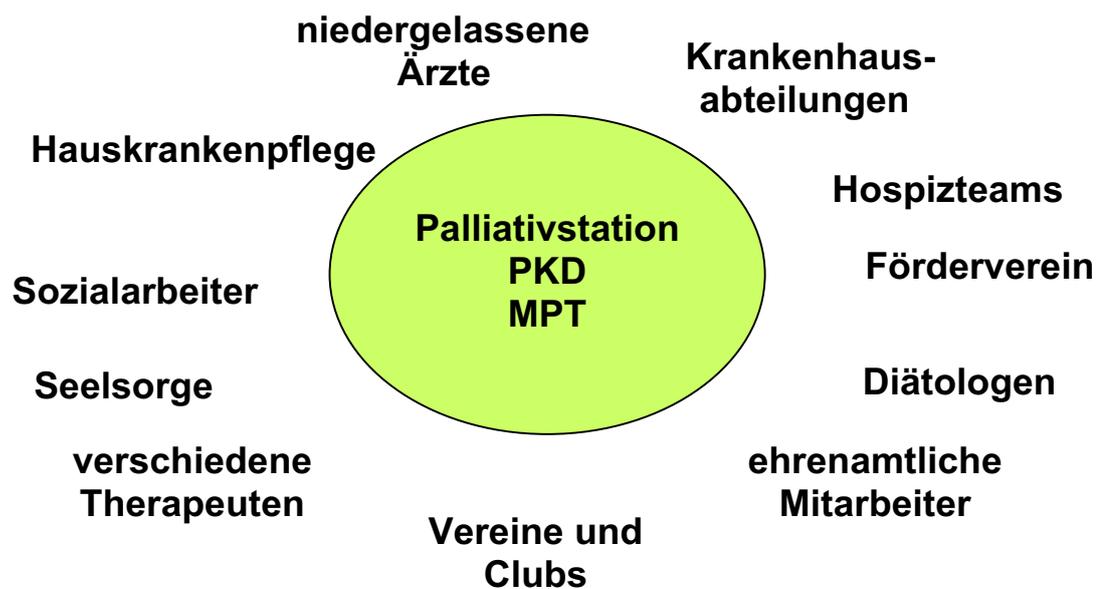
<sup>24</sup> Auszug aus dem Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (bmfg) leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung

## 9. Akzeptanzentwicklung und Vernetzung

### 9.1. Intra- und extramurale Vernetzung

Damit der Patient und seine Angehörigen nicht nur auf der Palliativstation spezielle Betreuung erfahren, ist eine Vernetzung mit anderen Berufsgruppen und Organisationen unerlässlich.

Palliativstation und PKD/MPT arbeiten für Patienten und Angehörige mit folgenden Berufsgruppen zusammen:



Die Aufnahme und Entlassung des Patienten sind wesentliche Nahtstellen, an denen sich Palliativstation und häusliche Umgebung beziehungsweise andere Betreuungseinrichtungen berühren.

Gute Kommunikation mit einweisenden Personen und anderen Einrichtungen ist unumgänglich.

Die Zuweisenden sollten bereits in der Aufbauphase erforderliche Informationen vom Palliativteam über die Aufnahmekriterien, Möglichkeiten und Unmöglichkeiten der Palliativbetreuung erhalten.

Zielführende intra- und extramurale Vernetzung ist anzustreben, jedoch nicht immer leicht aufzubauen. Es bestehen durch unzureichende Auseinandersetzung mit dem Thema Palliative Care und deren strukturellen Vorgaben sowohl im Krankenhaus wie auch außerhalb zum Teil erhebliche Widerstände.

PKD/MPT sind in einem Krankenhaus als Zusatzangebot zu den bereits bestehenden Strukturen für Patienten und Stationen zu betrachten. Zu Beginn der Tätigkeit wird die Akzeptanz eher gering sein, nach einiger Zeit werden sich jedoch positive Veränderungen in den Arbeitsabläufen bemerkbar machen.

Fortschritte werden in kleinen Schritten sichtbar. Oft sind nur geringe Veränderungen im organisatorischen Ablauf notwendig, um bessere Akzeptanz zu bewirken.

Aufgrund der geringen Personalressourcen im PKD/MPT können in Bezug auf Leistungen gewisse Erwartungshaltungen von Stationen nur unzureichend erfüllt werden.

Durch gegenseitige Anerkennung und Kollegialität wird eine berufsübergreifende Kommunikation ermöglicht, das Handeln optimiert und ein reibungsloser Versorgungsprozess für den Patienten gewährleistet.

Dies dient wiederum dem Abbau von Konkurrenzgefühlen untereinander und führt zu enger Kooperation.

Die Akzeptanz kann sich bereits im Vorfeld durch konkrete Informationsweitergabe über die Ziele und Aktivitäten der Palliativstation/PKD/MPT positiv gestalten.

Um möglichst viele Mitarbeiter zu erreichen, sollen Informationsveranstaltungen angeboten werden.

Wesentliche Punkte, die angesprochen werden können:

- Vorstellung des neuen Teams
- Begriffserklärungen (was ist Palliative Care, was macht ein PKD/MPT, welche Aufgaben übernimmt das Mobile Hospizteam, usw.)
- Vorstellung des geplanten Versorgungskonzeptes für NÖ (Auswirkungen auf das Krankenhaus, wo diese Strukturen entstehen sollen)
- wie können die Kommunikationsstrukturen innerhalb des Hauses aussehen
- wer ist interessiert mitzuarbeiten
- Wichtigkeit der Vernetzung – Vorstellung der Ansprechpartner

Für eine gute Kommunikation und somit Akzeptanz im laufenden Betrieb sind folgende strukturelle Fragen zu klären:

- wer fordert das Palliativteam an (Arzt, DGKP, Patient, Angehörige, Hausarzt,...)
- wer ist am gesamten Betreuungsprozess beteiligt
- wer übernimmt die Aufklärung (wünschenswert wäre interdisziplinäres Vorgehen - Station und Palliativteam)
- wer ist auf den Stationen Ansprechpartner für den PKD/MPT

Für eine geordnete Kommunikation braucht es klare Vereinbarungen:

- fixe Zeiten für gemeinsame Falldiskussionen (behandelnde Ärzte, Station und Palliativteam) → Behandlungsziele festlegen
- interdisziplinärer Austausch mit Diätologen, Physiotherapie, psychologische Begleitung, Seelsorge
- Austausch mit Onkologen, Strahlentherapeuten, usw.

Zusätzlich ist es sehr wichtig, die individuellen Gesprächstermine mit Patienten und Angehörigen zu planen. Über diese Gespräche ist ein ständiger Austausch mit den betreuenden Stationsteams unerlässlich.

Geplante Aufklärungsgespräche mit dem Patienten und seinen Vertrauenspersonen über Diagnose, Therapiemöglichkeiten, Entlassung und vieles mehr, können vom Palliativteam organisiert und koordiniert werden.

Die Förderung von Diskussionen unter gegenseitiger Wertschätzung ermöglicht die Teamarbeit. „Kommunikation braucht Teamfähigkeit“.

## 9.2. Entlassungsmanagement

Damit die Betreuung eines Patienten zu Hause bedürfnis- und bedarfsorientiert durchgeführt werden kann, müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein.

Wesentliche Punkte finden Sie in der folgenden Aufzählung:

- notwendige Hilfsmittel müssen organisiert sein und bereit stehen
- professionelles Netzwerk sollte aktiviert sein
- Organisation von sozialmedizinischen Diensten – falls erforderlich
- Abklärung, ob der Hausarzt oder eine gut informierte Vertretung außerhalb der Ordinationszeiten erreichbar ist
- Organisation von gemeinsamen Visiten (Hausarzt, Hauskrankenpflege und MPT, wenn erforderlich)
- Einbindung der Angehörigen und Schulung von einfachen Pflegetechniken
- telefonische Erreichbarkeit einer Fachkraft, um auf Anfragen von Patienten und Angehörigen reagieren zu können
- eventuell Einbindung eines ehrenamtlichen Mitarbeiters

Erst wenn die Betreuung gesichert ist, alle Hilfsmittel, Nahrung und Medikamente zu Hause vorhanden sind, ist es zumutbar, den Patienten aus dem Krankenhaus zu entlassen.

Damit bei der Entlassung nichts Wesentliches übersehen wird, ist eine Entlassungscheckliste/Protokoll von Vorteil.

Dieses Protokoll wird in der Krankengeschichte hinterlegt und jeder, der an der Entlassung beteiligt ist, muss seine Tätigkeiten vermerken (z.B. mit wem wurde gesprochen, was wurde vereinbart und vieles mehr). Diese Vorgehensweise spart durch Vermeidung von Doppelgleisigkeiten Zeit. Eine Kopie dieser Liste sollte auch an die ambulanten Betreuungsteams oder den Patienten ausgehändigt werden.

Die Nachvollziehbarkeit der erbrachten Leistungen wird durch dieses Vorgehen ersichtlich (z.B. der Pflegegeldantrag wurde gestellt am: 01.01.2000).

Entlassungscheckliste beziehungsweise Betreuungsprotokoll wurden von den Palliativteams des LK Krems und Lilienfeld entwickelt. (siehe Anhang 11. 10. und 11.11.)

### **9.2.1. Vernetzung mit dem Hausarzt und sozialmedizinischen Diensten**

Die Kommunikation mit dem Hausarzt erfordert besondere Aufmerksamkeit, da dieser die zu betreuende Familie meistens gut kennt und für sie somit eine Vertrauensperson darstellt.

Die Zusammenarbeit von Seiten des Hausarztes mit palliativen Einrichtungen wird teilweise spärlich praktiziert, da dieser oft über das Palliativangebot in der näheren Umgebung nicht ausreichend Bescheid weiß.

Vor der Entlassung trägt ein Gespräch zwischen Hausarzt und Palliativteam zur Verbesserung der weiterführenden Betreuung bei.

Wesentlicher Gesprächsinhalt (Protokollierung für Nachvollziehbarkeit)

- Allgemeinzustand des Patienten
- Wissensstand des Patienten und seiner Angehörigen über die Erkrankung
- Vertrauenspersonen für den Patienten sind ...
- geplante Entlassung für...
- Therapien (geplante Strahlen- oder Chemotherapie,....)
- Schmerz- Symptomkontrolle
- Medikamentenbedarf (benötigt der Patient vor der Entlassung Rezepte...)
- Weiterbetreuung des Patienten durch HKP, ...
- Therapieabbruch,...
- Versorgung mit Stoma, Katheter, Sonde, Schmerzpumpe, Port-a-Cath,....
- Einbindung von Home-Care Betreuungen
- Patientenverfügung und vieles mehr

Ein dafür gestaltetes Protokoll finden sie im Anhang (11.12.). Dieses Protokoll wird seit 2004 im Landesklinikum Voralpen Lilienfeld für betreuungsaufwendige Weiterversorgung verwendet.

Die Erfahrung zeigt, dass solche Informationsgespräche die Akzeptanz der Palliativbetreuung verbessern, da die Hausärzte bei Fragen oder Unklarheiten einen qualifizierten Ansprechpartner erreichen können.

Im LK Krems wird bei einer Neuaufnahme eines Patienten in das Palliativteam der Hausarzt umgehend über die Zusatzbetreuung durch das Palliativteam informiert und die Zusammenarbeit angeboten.

Der Kontakt mit Hausärzten wird erfahrungsgemäß in der Terminalphase intensiver.

Für die interdisziplinäre Arbeit und die Notfallplanung im häuslichen Bereich soll die gesamte Betreuungsdokumentation beim Patienten aufliegen. Nur so sind für alle Beteiligten (inkl. Wochenenddienst und Vertretungen) der aktuelle Zustand, Symptome, Medikation, Therapien und Vereinbarungen ersichtlich.

Die Angehörigen sollten über die Dokumentation Bescheid wissen und alle Betreuenden darauf aufmerksam machen. So kann sogar in unerwarteten Akutsituationen verhindert werden, dass der Notarzt den Patienten gegen dessen Wunsch reanimiert.

Eine wesentliche Absicherung für Patienten und Betreuer bietet die Möglichkeit einer Patientenverfügung, die seit Juni 2006 gesetzlich verankert ist. Es empfiehlt sich den Patienten schon beim Krankenhausaufenthalt auf diese Möglichkeit aufmerksam zu machen. Nähere Informationen darüber entnehmen sie unter:

[http://www.patientenanwalt.com/cgi-bin/dlinks/search\\_ppa2/search.cgi](http://www.patientenanwalt.com/cgi-bin/dlinks/search_ppa2/search.cgi)

Eine Empfehlung wäre, einheitliche Dokumentationsmappen für den häuslichen Bereich zu gestalten und diese mit „Palliative Care“ zu kennzeichnen.

Für die Hauskrankenpflege ist die rechtzeitige Information über die Entlassung eines Palliativpatienten wichtig, damit verschiedene Vorgespräche mit und über den Patienten geführt werden können.

Die Pflegeberichte, welche bei Verlegungen in ein Heim verwendet werden, eignen sich ebenso für die Hauskrankenpflege.

Gegenseitiger Informationsfluss über akute Veränderungen des Patienten optimiert die Zusammenarbeit.

### **9.3. Ehrenamtliche Betreuung**

Ein Teil der Palliative Care Betreuung kann auf Wunsch von Patienten und Angehörigen durch ehrenamtliche Mitarbeiter übernommen werden.

Die Einbindung von Ehrenamtlichen im mobilen Bereich gestaltet sich oft schwierig, da diese keine Pflegehandlungen übernehmen dürfen und deshalb von Patienten und Angehörigen anfangs als „überflüssig“ gesehen werden. Die LK Krems und Lilienfels haben die Erfahrung gemacht, dass es von Vorteil ist, den ehrenamtlichen Mitarbeiter von der „Bezugsschwester“ während eines Krankenhausaufenthaltes dem Patienten vorzustellen, damit bereits auf „neutralem Boden“ Vertrauen aufgebaut werden kann.

Ehrenamtliche Mitarbeiter (EA) können aber auch die Familie des Patienten vor der Entlassung bereits zu Hause besuchen und sich über die Umstände vor Ort ein Bild machen. Sie können über erforderliche Hilfeleistungen beraten und eventuell Probleme abklären. Somit kann ein Mobiles Hospizteam eine Brückenfunktion übernehmen und die Kontinuität in der Betreuung gewährleisten.

Ein gut geführtes und gut ausgebildetes Team von Ehrenamtlichen ist äußerst wertvoll für eine Palliativbetreuung. Dieses Team wird von einem haupt- oder ehrenamtlichen Koordinator geleitet. Wesentlich ist die enge Zusammenarbeit und Vernetzung mit den vorhandenen palliativen Strukturen und betreuenden Teams.

Für die Struktur und den Aufbau eines ehrenamtlichen Teams gibt es verschiedene Modelle. In vielen Bezirken Niederösterreichs gibt es bereits Mobile Hospizdienste. Im Vorfeld ist abzuklären, ob es in der Umgebung eine solche Einrichtung gibt und ob diese für eine Zusammenarbeit bereit ist. Sollten diese Strukturen nicht vorhanden sein, könnte ein bestehender Förderverein den Aufbau eines ehrenamtlichen Teams übernehmen.

Die Einbindung von EA ist erst dann zu empfehlen, wenn die Palliativstrukturen gefestigt sind (nach ca. einem Jahr).

## 9.4. Öffentlichkeitsarbeit

Palliativstationen mit PKD/MPT sind relativ neue Einrichtungen und daher in der Bevölkerung und bei professionellen Mitarbeitern wenig bekannt.

Öffentlichkeitsarbeit kann das Thema „Sterben“ enttabuisieren und durch gute Information kann der Zugang der Bevölkerung zum Leistungsangebot von Palliative Care erleichtert werden. Dabei sollte man in erster Linie an die Multiplikatoren (Hausärzte, mobile Dienste, ehrenamtliche Mitarbeiter, Seelsorger, Mitarbeiter der Heime, usw.) denken.

Öffentlichkeitsarbeit kann man in Form von Vorträgen, Veranstaltungen, Informationsständen, Plakaten, Folder und dergleichen betreiben.

Veranstaltungen und Fortbildungen zum Thema Palliative Care mit anschließender Diskussionsmöglichkeit (z.B.: Patientenverfügung, Schmerztherapie, Fragen an den Chirurgen) sind zu empfehlen. Diese Veranstaltungen können, um Synergien zu nutzen, gemeinsam mit dem Mobilen Hospizdienst und/oder mit dem Verein organisiert werden.

In vielen Bezirken gibt es regelmäßige Treffen, wo Berufsgruppenvertreter aller Sozialeinrichtungen teilnehmen. Bei diesen Treffen geht es nicht nur um Palliative Care, sondern um verschiedene soziale Themen. Der PKD/MPT sollte auch bei diesen Sozialtreffen regelmäßig teilnehmen, um mehr Breitenwirkung und Akzeptanz zu erreichen.

Die Anwesenheit des Palliativarztes bei den regelmäßigen Bezirksärztetreffen trägt wesentlich dazu bei, auch die niedergelassenen Ärzte für dieses Thema zu sensibilisieren. Weiters sollte ein Palliativmediziner die Möglichkeit wahrnehmen, sich bei den niedergelassenen Ärzten der Umgebung vorzustellen.

Um den Bekanntheitsgrad zu steigern, können ansprechende Broschüren/Folder mit Informationen und Fotos von der Palliativstation und PKD/MPT flächendeckend oder punktuell verteilt werden.

Visitenkarten sind eine hilfreiche Kurzinformation für Patienten und Angehörige und sollten daher für jedes Team zur Verfügung stehen.

Bei den Landeskliniken sind die Vorgaben der Holding (z.B. bei Foldergestaltung, Visitenkarten, usw.) zu beachten.

## **9.5. Vereinsgründung**

Die allgemeine Öffentlichkeitsarbeit, das heißt die Verbreitung der Hospizidee, die Förderung des palliativen Gedankens, die Enttabuisierung des Themas Tod usw. ist sicher nicht allein durch das Palliativteam zu bewältigen.

Die Gründung eines Vereines zur Unterstützung des Palliativteams ist zu empfehlen. Da die Mitglieder des Palliativteams diesen Verein gründen und damit vermutlich im Vorstand vertreten sein werden, ist zu Beginn mit Mehrarbeit zu rechnen.

Mögliche Ziele eines Vereins:

- enge Zusammenarbeit mit dem Palliativteam und anderen in diesem Bereich tätigen Organisationen
- das Thema Palliativmedizin und Palliativpflege in die Öffentlichkeit bringen (Veranstaltungen, Versammlungen, Publikationen, Bibliothek)
- gesellschaftliche Akzeptanz zum Thema „Sterben und Tod“ fördern
- Bewusstsein für Individualität schaffen (den Menschen als Ganzes sehen)
- Finanzierung von Fort –und Weiterbildung
- Kostenrückerstattung (z.B. km-Geld)
- Mitgliederwerbung
- Sponsoring

Wenn der Verein auch ein ehrenamtliches Team mit Patientenbetreuung übernimmt/aufbaut, kommen folgende Aufgaben dazu

- Patienten- und Angehörigenbegleitung
- Begleitung der Angehörigen und Vertrauenspersonen nach einem Trauerfall
- Vernetzung zwischen stationärem Aufenthalt und zuhause (Betreuungsbeginn im KH – Weiterbetreuung zuhause)
- Koordination und Betreuung von ehrenamtlichen Mitarbeitern
- Finanzierung der Ausbildung

Zur Vereinsgründung braucht man Leitungsorgane, Vereinsstatuten, Vereinsmitglieder, einen Vereinsnamen und einen Vereinszweck.

Information über Vereinsgründung, Vereinsgesetz und Musterstatuten können unter [www.noe.gv.at/service/bh/leistungen/vereine/vereinswesen.htm](http://www.noe.gv.at/service/bh/leistungen/vereine/vereinswesen.htm) oder unter [www.help.gv.at](http://www.help.gv.at) abgerufen werden.

## 10. Literaturliste und verwendete Internetseiten

### **Integriertes Hospiz – und Palliativversorgungskonzept für Niederösterreich**

Bericht der Arbeitsgruppe „Integriertes Palliativ – Versorgungskonzept“

St. Pölten, Stand 16.02.2005 und beschlossen am 3.3.2005

<http://cms.noegus.at/images/bericht-beschlossen-03-03-05.pdf>

### **Österreichischer Strukturplan Gesundheit ÖSG**

Bundesgesundheitskommission, Wien 2006

<http://www.bmgf.gv.at/cms/site/themen.htm?channel=CH0005>

### **ÖBIG Arbeitsgruppe Hospiz- und Palliativversorgung**

Claudia Nemeth / Ingrid Rottenhofer,

Wien, November 2004 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen

### **ÖBIG Arbeitsgruppe Hospiz- und Palliativversorgung**

Claudia Nemeth / Ingrid Rottenhofer / Barbara Schleicher

Wien, Mai 2006 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen

[http://www.oebig.at/index.php?set\\_language=de&cccpage=arbeitsbereiche\\_d\\_eil1&set\\_z\\_arbeitsbereiche\\_ebene2=82&set\\_z\\_arbeitsbereiche\\_ebene3=9999](http://www.oebig.at/index.php?set_language=de&cccpage=arbeitsbereiche_d_eil1&set_z_arbeitsbereiche_ebene2=82&set_z_arbeitsbereiche_ebene3=9999)

### **Konzept zur Anstellung von ÄrztInnen auf einer Palliativstation**

Mödling, Landesverband Hospiz NÖ, März 2006

Dr. Birgit Kum Taucher / Dr. Eva Maria Samek / Dr. Brigitte Riss / Dr. Dietmar Weixler, / Beatrix Wondraczek (Arbeitsgruppe), Landesverband Hospiz Niederösterreich Konzept liegt im Landesverband Hospiz-NÖ auf oder ist über PCB anzufordern.

[www.hospiz-noe.at](http://www.hospiz-noe.at)

### **Projektarbeit zur Implementierung eines palliativmedizinischen Konsiliar-dienstes an einer Universität**

Graz, I.Strohscheer / J. Verbe / H.Samonigg, 2005

### **Leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung, LKF-Modell 2006**

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF)

Wien, letzte Aktualisierung 22.05.2006

<http://www.bmgf.gv.at/cms/site/detail.htm?thema=CH0369&doc=CMS1148306267795>

### **73. Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG**

über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens,

Wien 2004

<http://www.medical-tribune.at/dynasite.cfm?dssid=4171&dsmid=59942&dspaid=417155>

### **Steirisches Palliativkonzept, Steirische Hospiz und Palliativeinrichtungen**

im Auftrag der steirischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H., Wien 2000

[www.palliativbetreuung.at/index-Dateien/12\\_hospiz/12j\\_hospiz.htm](http://www.palliativbetreuung.at/index-Dateien/12_hospiz/12j_hospiz.htm)

### **Integrierte Palliativversorgung im Burgenland, „Hospizplan Burgenland“**

Bedarfsanalyse und Qualitätsentwicklung der Betreuung schwerkranker und sterbender Menschen, Fakultät für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung der Universität Klagenfurt, Mag. Klaus Wegleitner, 2004

### **Akzeptanzförderung für Palliative Care**

St. Pölten, Gaby Lex / Michaela Szkiba / Beatrix Wondraczek / Dr. Marianne Putz / Dr. Peter Zeilinger, Aufbaulehrgang Projektarbeit 2002 – 2004

<http://www.hospiz-noe.at/projekte.php#aufbau%202002>

### **Vernetzung – Brücke zwischen stationären und ambulanten Bereichen in Palliative Care**

St. Pölten, Christiane Krainz / Maria Böhm-Vrana / Christine Binder /

Dr. Gernot Böhmer, Basislehrgang Projektarbeit 2004

### **Palliativmedizin 3. Auflage**

Berlin, S. Husebö / E. Klaschnik, Springer Verlag, 2003

**WHO Definitionen:**

**Hospiz- und Palliativführer Österreich**

Wien Bundespressedienst

Mag. Andreas Kratschmar / Mag. Hildegard Teuschl CS, 2005

<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

[WHO | WHO Definition of Palliative Care](#)

**Patientenanwaltschaft:**

[http://www.patientenanwalt.com/cgi-bin/dlinks/search\\_ppa2/search.cgi](http://www.patientenanwalt.com/cgi-bin/dlinks/search_ppa2/search.cgi)

**Vereinsgesetze, Musterstatuten:**

[www.noe.gv.at/service/bh/leistungen/vereine/vereinswesen.htm](http://www.noe.gv.at/service/bh/leistungen/vereine/vereinswesen.htm) oder unter

[www.help.gv.at](http://www.help.gv.at)

# 11. Anhang

## 11.1. Checkliste

Bevor man eine Palliativstation/PKD/MPT in einem Krankenhaus installiert, muss man sich im Vorfeld verschiedene Punkte überlegen:

### 1. Definitionen

- Unterschied Palliativ- Hospizstation
- Palliativkonsiliardienst (PKD)
- Mobiles Palliativteam (MPT)

### 2. Aufgaben/Ziele

- Aufgaben der verschiedenen Dienste
- Leistungsangebot
- Zusatzleistungen

### 3. Grundmodelle

- welche Struktur bekommt die Palliativstation/PKD/MPT (Department, Anbindung an Station, Fachbereich)
- Überlegungen zur Namensgebung des geplanten Teams
- räumliche und personelle Struktur

### 4. Planung der Aufbauphase

- zeitlicher/organisatorischer Ablauf
- erste Schritte
- kurz-, mittel- und langfristige Planung

### 5. Aufnahmekriterien für Patienten

- welche Patienten können betreut werden?
- Anforderungsmodalitäten (wie erfolgt die Einbindung des Palliativteams – z.B. wird durch ISO-Zertifizierung die Einbindung klar definiert)

### 6. Teamstruktur

- Personalvorgabe, Personalschlüssel
- Stundenausmaß der verschiedenen Professionen
- Ausbildungskriterien
- Qualifikation der Mitarbeiter, Personalfindung, Teamentwicklung
- Personalausreibungen

- Mitarbeiterauswahl
- Teamfindungsprozess, Teamentwicklung
- Schnuppertage für Mitarbeiter
- Ausbildungs- und Hospitationsplan für Mitarbeiter
- Leitbildüberlegungen
- Dienstformen
- Dienstplanmöglichkeiten (8 oder 12 Stundendienste bzw. Mischform)
- Tages-, Wochen- und Jahresplanung
- Dokumentation (erforderliche Zusatzblätter gestalten)
- Aufgabenverteilung zwischen Station und PKD/MPT

#### 7. Strukturen

- räumliche-, technische- und medizinische Ausstattung
- wie viel Platz gibt es, wie kann man die vorgegebenen Kriterien räumlich und technisch am besten umsetzen
- finanzielle Möglichkeiten
- LKF - Abrechnung
- rechtliche Rahmenbedingungen für die Leistungen des MPT abklären

#### 8. Akzeptanzentwicklung und Vernetzung

- intra- und extramurale Vernetzung
- wer ist intra- und extramuraler Ansprechpartner
- Kommunikationsstrukturen und Kommunikationskonzepte
- wie entwickelt man Akzeptanz im eigenen Haus und außerhalb, wie kann Ghettobildung verhindert werden
- Information im eigenen Haus, Zusammenarbeit mit anderen Betreuenden
- Entlassungsmanagement

#### 9. Öffentlichkeitsarbeit

- Veranstaltungen, Vorträge
- Meinungs- und Bildungsauftrag

#### 10. Vereinsgründung

- welche Aufgaben können an einen Verein delegiert werden
- Sponsoring und Fundraising
- Vorträge und Präsentationen

## 11.2. Anforderungsprofil für Bewerber des Mobilen Palliativteams

(LK Krems)

### Anforderungsprofil für DGKS/DGKP in Palliative Care

#### Zur Person:

- Bereits abgeschlossenen interdisziplinären Basislehrgang in Palliative Care bzw. Bereitschaft, diesen innerhalb von 5 Jahren zu absolvieren
- Kenntnis in Symptomkontrolle bzw. Schmerzlinderung aus pflegerischer Sicht
- Kenntnis in Palliativpflege und Gesprächsführung mit Schwerstkranken
- Gesprächskultur pflegen, um sich bei Bedarf immer nach konstruktiven gemeinsamen Lösungen zu orientieren
- Interdisziplinäre Teamfähigkeit
- Auseinandersetzung mit dem eigenem Leben und der eigenen Sterblichkeit
- Psychisch belastbar
- Stresstoleranz
- Koordinations- und Organisationsfähigkeit
- Sorgsamer Umgang mit Schweigepflicht
- Motivation, die eigenen Fähigkeiten bestmöglich ins Team einzubringen
- Laufende Weiterbildung

#### Aufgaben:

- Selbstständige Patienten- und Angehörigenbetreuung
- Entlassungsmanagement
- Hausbesuche
- Bedarfserhebung und Vernetzung von verschiedenen Professionen
- Kontakte zu Hausärzten herstellen
- Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen
- Kenntnis in Port-a-Cath Versorgung und Handling von Schmerzpumpen
- Beratende Tätigkeit für komplementärmedizinische Fragen
- Trauerbegleitung
- Öffentlichkeitsarbeit, um Palliative Care bekannt zu machen
- Mitgestaltung von diversen Veranstaltungen
- Verpflichtende Teilnahme an Teambesprechungen
- Teilnahme an Klausurtagen (4x jährlich – keine Dienstzeit!
- Einmal jährlich Teilnahme an der 3 tägigen Kameraklausur

Die allgemeine Stellenbeschreibung der DGKP bleibt ebenfalls gültig.

## 11.3. Bewerbungsbogen

### Anforderungsprofil zur Mitarbeit im Palliativteam (Stand Juni 2004)

Was ist Ihre persönliche Motivation mitzuarbeiten?	
Sind Sie auch bereit zur interdisziplinären Palliative Care Ausbildung oder haben Sie diese schon absolviert?	
Welche Bedeutung hat Kommunikation für Sie?	
Kommunikation und Rücksprache mit dem Team? Pat. werden im Team gemeinsam besprochen, um eine gemeinsame (interdisziplinäre) Vorgangsweise und Behandlung zu erarbeiten.  Wie wichtig erachten Sie diese Handhabung?	
Wo sehen Sie Ihre persönlichen Grenzen?	
Was bedeutet Schweigepflicht für Sie? Auch in Bezug zwischen Angehörigen und Patienten	
Wie geht es Ihnen in der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen?	
Wie wichtig sind für Sie Teambesprechungen und welchen Zeitrahmen würden Sie als angemessen erachten?	
Was bedeutet für Sie persönlich Psychohygiene?	

<p>Wie ist Ihre Bereitschaft auch Freizeit für Palliative Care zu investieren?                  - regelmäßige Klausuren?                  - auch Kameraklausuren?</p>	
<p>Können Sie sich vorstellen mit Hausärzten zusammenzuarbeiten?</p>	
<p>PR zur Bewusstseins-Sensibilisierung für Palliative Care?                  Können Sie sich darin finden?                  z.B. Informationstätigkeit in – und außerhalb des Krankenhauses, Vortrags – und/oder Seminartätigkeit, organisieren von Veranstaltungen.....</p>	
<p>Wie handhaben Sie Dokumentation?</p>	
<p>Woher haben Sie sich das praktische Know-how für Palliative Care (Schmerztherapie und Symptomlinderung usw.) angeeignet?                  Woher möchten Sie es sich aneignen?</p>	
<p>Wie gehen Sie mit Kritik um?</p>	
<p>Wie sehen Sie die Notwendigkeit, auch Angehörige einzubeziehen?                  (Bei der Aufklärung und in der gesamten Betreuung, wenn dies vom Pat. gewünscht wird)</p>	
<p>Können Sie sich auch Hausbesuche vorstellen?</p>	
<p>Wie stellen Sie sich ihre Arbeitszeiten vor?</p>	
<p>Adresse und Telefonnummer</p>	

Danke Beatix Wondraczek und Team

## 11.4. Auszug aus Hearingfragen

(LK Voralpen Lilienfeld)

Hearing jedes Bewerbers findet unter der Leitung einer Mitarbeiterin der Pflegedienstleitung (PDL) und zwei DGKS des Palliativteams statt.

Bei Fragen können sie sich an die PDL des LK Voralpen Lilienfeld wenden.

**Fragen:**

### 1. Interesse an der Funktion

- Was hat Sie veranlasst sich für diesen Job zu bewerben?
- Was bedeutet für Sie konkret Supportive bzw. Palliative Care?
- Was verstehen Sie unter dem Begriff PKD? Wie stehen Sie dazu?
- Wie viel wären Sie bereit zu investieren (Praktikum, etc.)?

### 2. Fachliche Kompetenzen

- Was sehen Sie als Ihren eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich?
- Welche Pflegemodelle konnten Sie mit Ihrem Tätigkeitsbereich verbinden?  
Gab es komplementäre Ansätze?
- Was verstehen Sie unter Palliativpflege und inwieweit haben Sie sich damit beschäftigt?

### 3. Organisation und Planung

- Wie gehen Sie in Stresssituationen vor?
- Was haben Sie zu einer besseren Organisation in Ihrem Bereich beigetragen?  
Wie sind Sie vorgegangen?

### 4. Flexibilität

- Schildern Sie uns Ereignisse aus der Vergangenheit, wo Sie auf Wünsche von Patienten, Angehörigen oder im Team flexibel gehandelt haben.
- Was war für Sie hilfreich um Krisen zu bewältigen?

### 5. Kundenorientierung

- Wie stellen Sie bei Ihrer Arbeit sicher, dass die Erwartungen Ihrer Patienten berücksichtigt werden? Nennen Sie Beispiele.
- Zählen Sie bitte die Schritte auf, die Sie unternahmen um eine gute Beziehung zu einem Patienten aufzunehmen. Wie gingen Sie vor?

## **6. Soziale Kompetenz**

- Wie haben Sie sich verhalten, wenn Sie sich ungerecht behandelt fühlten (Dienstplan, Beschuldigungen von Kollegen,...).
- Was konnten Sie im Stationsablauf ändern bzw. wie konnten Sie neue Ideen umsetzen?

## **7. Persönliche Kompetenz**

- Was waren in Ihrem Leben die größten Herausforderungen? Wie sind Sie damit umgegangen?
- Welche Situationen gab es, die Sie betroffen machten?

Dauer ca. 45 Minuten, danach gemeinsame Beurteilung ohne Bewerber, im Anschluss gibt es für jeden Bewerber ein Feedbackgespräch.

### **Teamfindung:**

Alle Bewerber der Pflege wurden zu einem Teamfindungsprozess, Dauer ca. 4Std., eingeladen. Diese Teamfindung wurde von einem Coach geleitet, das Hearingteam und der Palliativarzt waren in der Beobachterrolle.

## 11.5. Teamfindungsprozess

Ablauf für die Pflege des LK Voralpen Lilienfeld

### Seminarerarbeitung und Begleitung durch Birgit Richter, ECP

1. Begrüßung und kurze Einführung, was geschehen wird.
2. Sesselkreis – erste Vorstellungsrunde ( 10 min)
  - jeder nennt seinen Namen und nennt ein Tiersymbol für sich
  - Erklärt kurz, warum gerade dieses Tier
3. Kommunikationsspinne ( 20 min )
  - Name, 2 positive Eigenschaften od. Fähigkeiten
  - warum ich heute hier sitze
  - retour – eine Schwäche von mir
4. Gegenseitiges Kennen lernen mittels Collage ( 30 min)
  - Wer ich bin
  - Wie ich wohne
  - Wie ich lebe
  - Hobbys
  - Was beeinflusst derzeit mein Leben
  - Welche Wünsche und Träume habe ich
  - Was erlebe ich derzeit als belastend
  - Meine Lebenskrise, aus der ich ein Stück Lebenserfahrung mitnehmen durfte
  - Anschließend Vorstellung der eigenen Collage ( 35 min)
5. Kooperationsübung – ( 25 min )
  - es bilden sich Paare > einer führt, der andere schließt die Augen und lässt sich führen
  - Paare schließen sich zusammen > einer übernimmt Führung, die anderen lassen sich blind führen
  - Alle schließen sich zu einer Kette zusammen, lassen sich blind führen
  - Schließen den Kreis – einer verlässt die Gruppe, danach muss er versuchen wieder in die Gruppe zu gelangen (Auftrag an die Gruppe, wie geht ihr mit jemanden um, der euch alleine lässt, wie werdet ihr reagieren).

6. Team auf einer Eisscholle zum überleben ( 10 min)
  - Plakat am Boden, alle, die überleben wollen, müssen auf die Scholle
  - Keiner darf hinunterfallen ( sonst verliert die Gruppe )
7. Teamlösung ( 30 min)
  - das Team hat sich zu entscheiden, welcher Patient heute aufgenommen wird (zu beachten : welche Fragen stellen Sie, welche Regeln arbeiten Sie aus, wer übernimmt Moderation, wer sagt gar nichts, etc.)
  - Ärzte haben einen 3er Vorschlag gemacht
    - Jugendliche (17 Jahre) mit Leukämie
    - Frau (37 Jahre), Mamma-Ca, Schmerzen
    - Mann (82 Jahre ), multimorbid, sterbend
  - nach welchen Kriterien würden sie entscheiden
8. Beziehungsmuster( 5 min)
  - jeder bekommt eine Liste der Teilnehmer, eigenen Namen einringeln
  - und setzt verteilt 0 bis max. 3 Punkte an die TN, jeder 15 Punkte zur Verfügung, beurteilt wird nach Sympathie und pro Punkt muss eine positive Eigenschaft genannt werden.
9. Sie berichten gemeinsam über einen Arbeitstag auf einer Palliativstation (könnte auch eine Dienstübergabe sein) 15 min
  - jeder mindestens 3 – 5 Sätze, dann redet der nächste weiter
  - beim Letzten muss der Bericht beendet sein
  - folgende Worte müssen verwendet werden – baden, schreien, gestorben, gelacht, Fortschritte, geweint, zu spät, Ehemann, Schmerzmittel, erschöpft, zufrieden, Narrenhaus, ruhig, beneiden

**Zur Beobachtung :**

wie kompetent einerseits, wie aufeinander eingehend andererseits, wer redet wie viel, wie viele Wörter nimmt jeder, wie kreativ beim Reden, setzten Sie ein Abschlussritual, wie enden Sie sonst, etc.

#### 10. Nonverbale Aufstellung ( 15 min)

- jeder hat sich nun selbst und die anderen in der Gruppe erlebt
- gehen Sie im Raum herum und suchen Sie sich einen guten Platz
- in richtiger Distanz und Nähe zu den anderen
- wenn Sie sich wohl fühlen, bleiben Sie stehen
- betrachten Sie alle genau und nehmen Sie im Gedanken Abschied
- überlegen Sie, was Sie zum Abschluss hier lassen möchten
- was Sie mitnehmen
- was Sie vielleicht zum Abschied sagen möchten

11. Sesselkreis –Abschlussrunde, jeder sucht sich ein Symbol für heute, legt es schweigend oder mit Worten in die Mitte

#### 12. Verabschiedung

Am Abend Beratung des Palliativteams mit dem Coach, anschließend Verschriftlichung des Gesamteindruckes jedes Bewerbers.

Alle Bewerber werden jetzt eingeladen vierteljährlich an der begleitenden Teamentwicklung teil zu nehmen.

## **11.6. Teamentwicklungsthemen**

des LK Voralpen Lilienfeld

### **Seminarerarbeitung und Begleitung durch Birgit Richter, ECP**

Angebot für die Team-Organisationsentwicklung (OE) und Prozessbegleitung der neuen Palliativstation

1 1/2 Klausurtage pro Quartal, Ziele/Inhalte

- Leitbildarbeit, Wertearbeit
- Gemeinsame Erarbeitung von Pflegekonzept, Struktur- und Kommunikationskonzepten mit intra und extramuralen Integrations- und Schnittstellenproblematiken
- Teamentwicklung, Aufgabenverteilung und Erarbeitung von Tagesabläufen
- Erarbeitung von Konfliktbewältigungsstrategien und Umgang mit Stresssituationen
- Vorbereitung der Eröffnungsphase, incl. Zeitmanagementplanung
- Reflexion und Feedback des Gesamtverlaufs der ersten Phase

Teamreflexion und Erarbeitung weiterer Entwicklungsphasen

Genauere Zielvereinbarungen werden natürlich mit dem Palliativ-Koordinationssteam besprochen.

## **11.7. Auszug aus Teamentwicklungsthemen**

des LK Krems im Rahmen der dreitägigen Kameraklausur im Jänner 2006

### **mit dem Wirtschaftstrainer und Coach Hans Wondraczek**

- Jahresplanung (Aufgabenverteilung)
- Leitbilderstellung
- Marketingkonzept
- Netzwerkpfege (intra- und extramural)
- Gesprächsführung vor der Kamera, Schärfung der Wahrnehmung
- Konfliktminimierung
- Teamentwicklung
- Statistik

## 11.8. Stellenbeschreibung-Funktionsbeschreibung (DGKP)

Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester/-pfleger für Palliative Care ©<sup>25</sup>

Stellenbezeichnung	Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester/-pfleger für Palliative Care
Arbeitsbereich	Landeskrankenhaus Voralpen Lilienfeld
Name der/-s Stelleninhaberin/-s:	
Voraussetzungen/ Anforderungen Mindestqualifikation	<p><b>Fachlich</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ein nach dem österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegegesetz anerkanntes Diplom im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege</li> <li>• Die erfolgreiche Absolvierung der Weiterbildung für Palliative Care bzw. Palliativpflege</li> <li>• Praktikum an einer anerkannten Palliativeeinrichtung</li> </ul> <p><b>Persönlich</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kundenorientierung,</li> <li>• Flexibilität,</li> <li>• Belastbarkeit,</li> <li>• Organisationsgeschick,</li> <li>• Entscheidungsfähigkeit,</li> <li>• Stabilität und Ausdauer</li> <li>• Gute Beobachtungsgabe,</li> <li>• Akzeptanz fremder Einstellungen, Werte und Verhaltensweisen</li> </ul> <p><b>Sozial</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beziehungs-, Kommunikations- und Konfliktfähigkeit,</li> <li>• Teamfähigkeit,</li> <li>• Kooperation-, und Konsensfähigkeit</li> </ul>
Zielsetzung der Stelle:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eigenständiges Anordnen und Durchführen einer fachlich qualifizierten Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Palliativpflege, die nach dem aktuellen pflegewissenschaftlichen Stand und nach den entsprechenden berufsrechtlichen Vorschriften angewandt wird.</li> <li>• Die Tätigkeit hat im Sinne des Palliativleitbildes und der Gesamtzielsetzung des Hauses und der Station zu erfolgen.</li> </ul>
Vorgesetzte Stellen:	<p><b>Übergeordnete Vorgesetzte :</b>          Dienstrechtlich/fachlich-pflegerisch: PflegedirektorIn          Direkte Vorgesetzte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fachlich pflegerisch: Bereichsleiter und/oder leitende Pflegekraft / mittleres Pflegemanagement</li> </ul> <p><b>Andere weisungsgebundene Stellen:</b>          Im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anordnungsberechtigung des Arztes im Rahmen des Berufsbildes der/des diplomierten Gesundheits -und Krankenschwester/pfleger</li> </ul>
Nachgeordnete Stellen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SchülerInnen für Gesundheits- und Krankenpflege, Nostrifikanten, Praktikanten der Pflegehilflehrgänge, Pflegehilfe, OP-Gehilfen, Sanitätshilfsdienste, Zivildienstler, Reinigungsdienst bezüglich der Wahrnehmung der Hygienemaßnahmen, Transportdienste</li> </ul>

<sup>25</sup> Erarbeitet von Walpurga Seitz, MAS, MSc, PDL Landeskrankenhaus Voralpen Lilienfeld

Der Stelleninhaber wird vertreten durch:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eine/n Diplomierte Gesundheits-und Krankenschwester/-pfleger mit einer Palliative Care bzw. Palliativpflegeausbildung</li> </ul>
Die/der Stelleninhaber berichtet an:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bereichsleiter und/oder leitende Pflegekraft des mittleres Pflegemanagement</li> <li>• PflegedirektorIn</li> </ul>
Kernaufgaben/ Verantwortung	<p><b>Im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich (vgl. § 14 und §14a GuKG )</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erheben der Pflegebedürfnisse und des Pflegeaufwandes sowie des familiären und sozialen Umfeldes- Pflegeanamnese</li> <li>• Feststellen der Pflegebedürftigkeit – Pflegediagnose – als fortlaufender Prozess</li> <li>• Planung der Pflege, Festlegung von pflegerischen Zielen und Entscheidung über zu treffenden pflegerischen Maßnahmen gemeinsam mit dem Patienten/Angehörigen</li> <li>• Durchführen der Pflegemaßnahmen unter Beachtung der vorgegebenen Qualitätskriterien sowie der Palliativpflegerischen und Palliative Care Grundsätze.</li> <li>• Dokumentation und Evaluierung der Pflegemaßnahmen</li> <li>• Organisation der Pflege und der Entlassung in ein betreutes Umfeld</li> <li>• Information des Patienten und seiner Angehörigen über diverse Pflegehilfsmittel, Kontakt zur Hauskrankenpflege herstellen, etc. sowie Organisation derselben</li> <li>• Psychosoziale Betreuung und/oder Vermittlung von Unterstützungsmöglichkeiten sowie Anregung zur Vermittlung von Psychotherapeutischer Unterstützung</li> <li>• Psychosoziale Betreuung</li> <li>• Angehörigenbegleitung</li> <li>• Trauerbegleitung</li> <li>• Anleitung, Überwachung und Begleitung der nachgeordneten Stellen</li> <li>• Mitwirkung an der Pflegeforschung</li> <li>• Begleitung des behinderten, schwerkranken/sterbenden Patienten/Klienten</li> <li>• Information über Krankheitsvorbeugung und setzen von gesundheitsfördernden Maßnahmen</li> <li>• Durchführung lebensrettender Sofortmaßnahmen, sofern dies nicht anders in der Patientenverfügung dokumentiert wurde</li> </ul> <p><b>Mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich (vgl.§15 GuKG )</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fachgerechte Durchführung von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen nach schriftlicher ärztlicher Anordnung</li> <li>• Mitwirkung im interprofessionellen Team – aktive Mitarbeit und Umsetzung bzw. Organisation der gemeinsam beschlossenen Ziele bzw. Betreuungsstrategien</li> <li>• Mitwirkung bei der Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln</li> </ul> <p><b>Interdisziplinärer Tätigkeitsbereich (vgl.§ 16 GuKG)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktive Arbeit im multiprofessionellen bzw. interprofessionellen Team</li> <li>• Regelmäßige Teambesprechungen (mind. 1x täglich) auf der Station</li> <li>• Beratung und Planung für die Betreuung während und nach einer physischen und psychischen Erkrankung (inkl. Trauerbegleitung)</li> <li>• Mitwirkung bei präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen, z.B.: Entlassungsvorbereitung, sowie Hilfestellung bei der Weiterbetreuung, Unfallverhütung, etc.</li> </ul> <p>Weitere allgemeine Aufgaben laut Funktionsgruppenbeschreibung, Detailbeschreibung, Anstaltsordnung, Geschäftsordnung</p>
Berufspflichten laut GuKG:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auskunftspflicht über alle gesundheits- und krankenschwesterischen Maßnahmen gegenüber den betroffenen Patienten, deren gesetzlichen Vertreter oder der genannten Vertrauensperson</li> <li>• Verschwiegenheitspflicht</li> <li>• Aufklärungspflicht im Rahmen des Pflegeprozesses (Pflegediagnose,</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pflegeintervention, potenzielle Pflegerisiken) gem. § 5 Absatz 1,2,3 im GuKG</li> <li>• Einhaltung der festgelegten verbindlichen Richtlinien, Dienstwege, Dienstanweisungen etc...</li> <li>• Fortbildungspflicht gem. § 63 im GuKG</li> <li>• Geschenkannahmeverbot</li> <li>• Anzeigepflicht § 9 Absatz 1 im GuKG</li> <li>• Meldepflicht gemäß § 8 GuKG</li> <li>• Wahren des Berufsgeheimnisses, der Geschäfts- und Betriebsgeheimnisse gem. 9 KaKuG</li> <li>• Verpflichtung der Teilnahme an Dienstbesprechungen/Supervision</li> <li>• Einhaltung der Patientenrechte- Patientenverfügungen</li> </ul>	
Befugnisse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• kann Tätigkeiten innerhalb der Bereichspflege unter Berücksichtigung von Qualifikation und Ausbildungsauftrag an nachgeordnete MitarbeiterInnen delegieren</li> <li>• kann fachliche Weisungsbefugnis an nachgeordnete MitarbeiterInnen wahrnehmen</li> <li>• ist berechtigt, nach Maßgabe ärztlicher Anordnungen gemäß §15 GuKG Abs 6 Tätigkeiten weiter zu übertragen und die Aufsicht über deren Durchführung wahrzunehmen</li> <li>• Zugang zu allen Bereichen der Krankenanstalt nach Rücksprache mit den jeweiligen Bereich zuständigen Verantwortlichen</li> <li>• Hat das Recht die Krankenhausunterlagen einzusehen und in den patientenbezogenen Pflegeberichten selbst erhobene Befunde zu dokumentieren</li> <li>• Zeichnungsberechtigt in der Beratungskorrespondenz, bei Anträgen, sowie bei Materialbestellungen zur Erfüllung des Aufgabenbereiches (vor allem für PKD=PalliativKonsiliarDienst)</li> <li>• Vorschlags-, Mitentscheidungsrecht und Durchführungsverantwortung für alle im Entlassungsfall gesetzten pflegerischen Maßnahmen und Hilfestellung bei der Weiterbetreuung (in Zusammenarbeit mit der Überleitungspflege)</li> <li>• Bei Notwendigkeit auch Palliativbetreuung des Patienten zu Hause (zusätzlich zur normalen Betreuung)</li> </ul>	
Fassung vom:		
Revidiert am:		
Datum:		
Unterschrift Rechtsträger	Unterschrift Vorgesetzter	Unterschrift Stelleninhaber
Ausgehändigt am:		

## **Spezielles Berufsbild der/des diplomierten Gesundheits- und Krankenschwester/-pfleger**

### **Detailbeschreibung der Aufgaben und Tätigkeiten**

#### **I) Eigenverantwortlicher Tätigkeitsbereich**

Patientenbezogen ( es soll eine durchgehende Betreuung des Patienten gewährleistet werden – ein „Sicherheitsnetz“ für den Patienten und seine Angehörigen soll entstehen)

- erkennt und erfasst die Patientenbedürfnisse entsprechend dem verwendeten Pflegemodell (und dem Leitbild der Palliativstation), erstellt Pflegepläne und wertet sie nach der Durchführung aus, unter Beachtung der vorgegebenen Qualitätskategorien,
- dokumentiert und berichtet über die Wirkung der Maßnahmen und über die Patientensituation (systematisch und chronologisch mit Handzeichen, Pflegeentlassungsbericht)
- nimmt entsprechend der Pflegeindikation Anpassungen bzw. Veränderungen in der Pflegeplanung vor (immer in Absprache mit dem Patienten)
- bezieht den Patienten und seine Ressourcen in die Pflege ein und klärt ihn über die Vorgehensweise bei der Durchführung der pflegerischen Handlungen, sowie über Pflegerisiken auf
- Wendet alternative Möglichkeiten zur Patientenbetreuung entsprechend den Vereinbarungen mit der Stationsleitung/Pflegedienstleitung und des interdisziplinären Teams an (z.B.: Basale Stimulation, Aromapflege, pflegende Massagen, etc.)
- berät und fördert die Patienten nach Möglichkeit zur Selbständigkeit (unter Einbeziehung der Vertrauenspersonen/Bezugspersonen) mittels Gespräche, Schulungen, Beratungen
- trägt zu einer Atmosphäre der Offenheit und Akzeptanz bei, und fördert so den Patienten/Klienten in seiner Lebensqualität
- pflegt und begleitet den schwerkranken/sterbenden Patienten unter Beachtung der Menschenwürde und der Einzigartigkeit des Menschen (Wahrung der Privat- und Intimsphäre, Beziehung der Vertrauensperson, Einbeziehung der Biographie, etc.)
- fördert und unterstützt die Kontaktherstellung zu beratenden Stellen (Versicherungen, PsychotherapeutIn, Krankenhausseelsorge, psychosozialen Dienst ...)
- Weiterbetreuung auch nach der Entlassung im Sinne von Telefonaten oder wenn nötig auch persönlichen Besuchen (wie im NÖ-Konzept festgelegt).
- wendet die im Haus standardisierten Pflegemethoden an und führt die Pflegemaßnahmen unter der Maxime des vereinbarten Pflegekonzeptes und der geltenden Hygieneregeln durch

#### **B) auf den Krankenhausbetrieb und die Organisation des Pflegedienstes bezogen**

- wirtschaftlicher, zweckmäßiger und sparsamer Einsatz von Ge- und Verbrauchsgütern (Pflegehilfsmittel, Medikamente)
- Mitbestimmung bei Anschaffungen und Neueinführung von Pflegeprodukten in Abstimmung mit der leitenden Pflegekraft
- Protokollierung der Erfahrungen mit bestimmten Pflegeprodukten (Formular für Produkttestungen)
- beachtet die Aspekte des Datenschutzes, Arbeitsschutz- und Hygienebestimmungen sowie die Brandschutzverordnung und Unfallverhütungsvorschriften.
- Durchführung in der Bereichspflege auf der Grundlage des in der Station geltenden Arbeitsablaufes. Der Tagesablauf wird nach Möglichkeit nach den Wünschen und Bedürfnissen des Patienten abgestimmt.
- Erheben des Ausmaßes der Pflegebedürftigkeit und der Pflegegefährdung anhand der vorhandenen Methodik (PPR, Pflgetheorie.....)
- kann mit den medizin-technischen Geräten im Bereich des Pflegedienstes nach den Vorschriften des Medizinproduktgesetzes umgehen

### **C) auf die Mitarbeiter der Station und des interdisziplinären Teams bezogen**

- unterstützt in ihrer Arbeit nach Notwendigkeit und Möglichkeit und nimmt auch selbst Unterstützung an
- vertritt pflegerische Interessen, vor allem gegenüber anderen Berufsgruppen unter Beachtung der Absprachen im Stationsteam und mit der Pflegedirektion
- nimmt seine Position im interdisziplinären Team wahr und unterstützt die Partner in Ihrer Tätigkeit
- leitet nach Zuweisung neue Mitarbeiter an, berät und unterstützt sie mit dem Ziel, sich in das Team zu integrieren
- leitet die der Station zugewiesenen SchülerInnen unter Beachtung der Absprachen und Wissenstand an, begleitet und kontrolliert die Durchführung im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich und koordiniert dies mit dem Mentor und Praxisanleiter
- delegiert geplante Pflegeinterventionen analog der gesetzlichen Bestimmungen an Pflegehilfe, Sanitätshilfsdienste etc. und kontrolliert die Durchführung
- beteiligt sich nach Möglichkeit eigeninitiativ an hausinternen Arbeitsgruppen. Sie/er setzt sich selber für die Weiterentwicklung der Pflege und die Umsetzung in der Praxis ein (Pflegeforschung)
- Nimmt regelmäßig an der Supervision und Fallbesprechungen teil.
- Kenntnisse der Gesundheitsvorsorge anwenden (Rauchen, Alkoholmissbrauch, Ernährung )

## **II) Mitverantwortlicher Tätigkeitsbereich**

### **A) Patientenbezogen:**

- führt diagnostische und therapeutische Maßnahmen nach schriftlicher Anordnung der Ärzte fachgerecht durch, und leitet auffällige Beobachtungen unmittelbar und korrekt an die vorge-setzte Stelle weiter bzw. dokumentiert diese
- bereitet die therapeutischen und diagnostischen Maßnahmen ordnungsgemäß vor und führt sie ebenso durch (nur in jenem Umfang, der zu keiner Gefährdung des eigenverantwortlichen Tä-tigkeitsbereiches führt bzw. laut Arbeitsvereinbarung des Hauses)
- führt gemeinsame Gespräch mit dem Patienten, seiner Familie und den diversen Berufs-gruppen die im interdisziplinären Team vorhanden sind durch.

### **B) auf den Krankenhausbetrieb und die Organisation des Pflegedienstes bezogen:**

- Daten auf Anforderung der Stationsleitung bzw. deren Stellvertretung bzw. der Pflegedirektion sammeln und weiterleiten
- die Patienten nach gegebener Pflege- und Behandlungsintensität in Pflegekategorien einzu-stufen
- Qualitätsstufen kennen und in der täglichen Praxis hinterfragen
- Mithilfe bei der Erarbeitung und Überarbeitung von Pflegestandards, Diagnose- und Therapie-standards
- Einhaltung festgelegter Pflegestandards unter Berücksichtigung der Individualität und der Ressourcen des Patienten
- Regelmäßige Überprüfung der erreichten Pflegequalität mit der leitenden Pflegekraft anhand festgelegter Kriterien (z.B. Checkliste Pflegeplanung/Pflegedokumentation...)
- Verbesserungsvorschläge an die Stationsleitung weitergeben
- nach Anweisung neue Sachmittel zu erproben und darüber Erfahrungsberichte zu geben
- Vorschriftsmäßige Versorgung von Sach- und Wertgegenständen von Patienten

### **C) auf die Mitarbeiter der Station bezogen:**

- nimmt regelmäßig an den Mitarbeiterbesprechungen teil und beteiligt sich aktiv an der Umset-zung von Besprechungsergebnissen und Arbeitsgruppenergebnissen, wenn sie von der Leitung der Station/Leitung des Pflegedienstes genehmigt sind
- Interdisziplinäre Besprechungen mit den Teammitgliedern und/oder Kontaktpersonen
- ihren/seinen Beitrag zur Förderung eines guten Betriebsklimas zu leisten

- erforderliche Dienstplanänderungen anzunehmen und zu besprechen
- die übertragenen Aufgaben und Verantwortungsbereiche durch engagierte Mitarbeit korrekt nachzukommen und die Leitung der Station in der Gewährleistung der Pflegequalität zu unterstützen
- Einführung und Anleitung von MitarbeiterInnen und PraktikantenInnen im Palliativpflegebereich, unter Einbeziehung der bestehenden Einführungsrichtlinie  
Mitwirken bei Beurteilungen durch Zwischengespräche mit der leitenden Pflegekraft und achten auf das Erreichen der Zielvorgaben
- Eigenständig den nötigen Informationsbedarf aktualisieren (z.B. Organisationshandbuch kennen)

## **II) Interdisziplinärer Tätigkeitsbereich**

### **A) Patienten bezogen**

- Entlassungsvorbereitung/Patienten-, und Familienberatung
- Sie/er setzt sich dafür ein, dass die Koordination mit anderen Bereichen sinnvoll in den Arbeitsablauf integriert ist und die Lebensqualität des Patienten gefördert wird.
- Mitwirkung bei Maßnahmen zur Lebensqualitätsverbesserung für den Patienten und seine Familie (z.B.: Wiederaufnahme durch Hausbesuch verhindert, etc.)
- Sterbebegleitung (Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse des Patienten und seiner Vertrauenspersonen, Intimsphäre wahren, religiöse Bedürfnisse des Patienten berücksichtigen, wichtige Anliegen des Patienten ermöglichen, etc...)

### **B) auf den Krankenhausbetrieb und die Organisation des Pflegedienstes bezogen**

- sich regelmäßig fortzubilden und selbst durch Vorschläge das hausinterne Fortbildungsangebot zu beeinflussen
- sich mit Neuerungen in der Gesundheits- und Krankenpflege auseinanderzusetzen und sie bereitwillig zu erproben entsprechend der Anweisungen (und Umzusetzen entsprechend den vereinbarten Vorgaben).
- sich selbständig über neue Anordnungen des Betriebes zu informieren (anhand von Protokollen, Rundschreiben etc...)
- soll an der Verbesserung des Pflegestandards des Krankenhauses und des Images durch Engagement und durch Teilnahme an Arbeitsgruppen und Kommissionen mitarbeiten.
- Bereitschaft zur Unterstützung der KollegInnen anderer Pflegeeinheiten und Bereiche (z.B. bei Personalengpässen etc..) ©<sup>26</sup>

---

<sup>26</sup> Erarbeitet von Walpurga Seitz, MAS, MSc, PDL Landesklinikum Voralpen Lilienfeld

## 11.9. Stellenbeschreibung-Funktionsbeschreibung

### mittleres Pflegemanagement

(Leitende Pflegekraft) mittleres Pflegemanagement für Palliative Care ©<sup>27</sup>

Stellenbezeichnung	Mittleres Pflegemanagement (Leitende Pflegekraft)
Name der/-s Stelleninhaberin/-s:	Landeskrankenhaus Voralpen Lilienfeld
Voraussetzungen/ Anforderungen Mindestqualifikation	<p><b>Fachlich:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ein nach dem österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegegesetz anerkanntes Diplom im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege</li> <li>• Berufsausübung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege</li> <li>• Absolvierung einer Weiterbildung für mittleres Pflegemanagement</li> <li>• Absolvierung einer Weiterbildung für Palliative Care bis Stufe „Experte für Palliative Care“</li> <li>• Mehrere Praktika oder einschlägige Berufserfahrung auf einer anerkannten Palliativeinrichtung</li> </ul> <p><b>Persönlich:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entscheidungsfähigkeit,</li> <li>• Führungskompetenz,</li> <li>• Organisationsgeschick,</li> <li>• Verantwortungsfreude,</li> <li>• Eigeninitiative,</li> <li>• Belastbarkeit,</li> <li>• Kundenorientierung,</li> <li>• Innovationsfähigkeit.,</li> <li>• Stabilität und Ausdauer</li> </ul> <p><b>Sozial:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beziehungs-, Kommunikations- und Konfliktfähigkeit,</li> <li>• Kooperations-, und Konsensfähigkeit,</li> <li>• Akzeptanz fremder Einstellungen, Werte und Verhaltensweisen</li> <li>• Teamfähigkeit,</li> </ul>
Zielsetzung der Stelle:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sicherung einer zeitgemäßen Pflegequalität, unter besonderer Berücksichtigung des eigenverantwortlichen, mitverantwortlichen und interdisziplinären Tätigkeitsbereiches der gehobenen Dienste für Gesundheits- und Krankenpflege</li> <li>• Kontrolle der Umsetzung einer qualitativ hochwertigen Pflege und Palliativbetreuung unter Beachtung der vorhandenen Ressourcen.</li> <li>• Organisatorische und moralische Unterstützung der interprofessionellen Teammitglieder und Delegation der Aufgaben an die entsprechenden Mitglieder. (Teamzusammenhalt!)</li> <li>• Vertritt die Station/Organisationseinheit im Sinne der Gesamtzielsetzung des Krankenhauses/der Organisation</li> </ul>

<sup>27</sup> Erarbeitet von Walpurga Seitz, MAS, MSc, PDL Landeskrankenhaus Voralpen Lilienfeld

Vorgesetzte Stellen:	<p><b>Direkter Vorgesetzte</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bereichsleiter/Oberschwester / Oberpfleger</li> <li>• PflegedirektorIn</li> </ul> <p><b>Andere weisungsgebundene Stellen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich: Anordnungsberechtigung des Arztes im Rahmen des Berufsbildes</li> </ul>
Nachgeordnete Stellen:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege</li> <li>• Pflegehilfe, SchülerInnen für Gesundheits- und Krankenpflege, Nostrifikanten, Praktikanten der Pflegehilfelehrgänge, Sanitätshilfsdienste und Zivildienster,</li> <li>• Reinigungsdienst bezüglich der Wahrnehmung der Hygienemaßnahmen</li> <li>• Stationssekretärin, Transportdienste,</li> </ul>
Der Stelleninhaber wird vertreten durch:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eine/n Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester/-pfleger mit einer Palliative Care bzw. Palliativpflege Ausbildung und Sichtweise sowie Managementqualitäten</li> </ul>
Der Stelleninhaber berichtet an	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PflegedirektorIn</li> <li>• In medizinischen Belangen an fachlich verantwortlichen Arzt</li> </ul>
Kernaufgaben/Verantwortung	<p><b>Eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Organisationsverantwortung für den Zuständigkeitsbereich</li> <li>• Pflegemodelle und Pflegekonzepte im Rahmen von Palliative Care, sowie deren Bedeutung für eine Pflegeeinheit einzuschätzen und anzuwenden</li> <li>• Den Pflegeprozess, einschließlich der Pflegediagnosen für eine Pflegeeinheit zu evaluieren</li> <li>• Die von der Pflegedirektion vorgegebenen Rahmenprogramme zur Pflegequalitätssicherung anzuwenden sowie Qualitätssicherungsmaßnahmen zu initiieren und zu fördern</li> <li>• Das berufliche Selbstverständnis zu reflektieren und mit Berufsangehörigen anderer Gesundheitsberufe, zu diskutieren</li> <li>• Austausch, „Networking“ mit anderen im Palliative Care Bereich tätigen Personen bzw. Palliativeinrichtungen sowie Teilnahme an Fortbildungen</li> <li>• Teilnahme an Interdisziplinären bzw. Interprofessionellen Treffen bzw. Besprechungen</li> <li>• Organisation diverser Veranstaltungen im Palliativbereich.</li> <li>• Angehörigengespräche durchführen und/oder an die Bezugsschwester delegieren</li> <li>• Patienten und MitarbeiterInnen in wesentlichen Fragen der Gesundheitsförderung zu beraten</li> <li>• Den volkswirtschaftlichen Wert der Pflege erkennen und umsetzen</li> <li>• In schwierigen Situationen Entscheidungen aufgrund ethischer Reflexion zu treffen</li> <li>• Führungsaufgaben unter Nutzung der Stärken und Schwächen des eigenen Führungsverhaltens, im Hinblick auf die Gesamtzielsetzung des jeweiligen Gesundheitsunternehmens, im eigenen Pflegebereich wahrzunehmen (unter Wahrung der Palliative Care Grundsätze)</li> <li>• Das eigene Verhalten durch Eigen- und Fremdreiflexion kritisch zu durchleuchten, sowie Methoden der Psychohygiene für sich und das Team zielführend einzusetzen (z.B.: Intervision, regelmäßige Supervision, Fallbesprechungen, Klausur, etc. )</li> <li>• Mitarbeiter instruieren, fördern und beurteilen</li> <li>• Ausbildungskonzepte umzusetzen</li> <li>• Konfliktsituationen erkennen, analysieren und Strategien zur Bewältigung entwickeln.</li> <li>• Weiterleitung diverser Anträge (Pflegegeld, etc.) an die zuständigen Stellen, Unterstützung bei behördlichen Tätigkeiten, etc. (oft auch in Zusammenarbeit mit der Überleitungspflege).</li> </ul>

	<p><b>Mitverantwortlicher Tätigkeitsbereich:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verantwortung für die Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der Station in pflegerischer Hinsicht (Basis jeder Betrachtung ist die Palliative Care Philosophie)</li> <li>• Multidisziplinäre und berufsübergreifende Ansätze zur Lösung von Gesundheitsproblemen und der Schnittstellenproblematik für Patienten/Klienten treffen – interprofessionelle Besprechungen, etc.</li> <li>• Pflegebereichsrelevante Daten und Ergebnisse darstellen, interpretieren und pflegeorganisatorische Prozessabläufe optimieren (unter Einhaltung der Palliative Care Grundsätze)</li> <li>• Die Team- und Personalentwicklung in Kooperation mit der Pflegedirektion für die jeweilige Pflegeeinheit sicherzustellen</li> <li>• Die Mitarbeiter in der Gesundheits- und Krankenpflege nach Qualifikation und unter Berücksichtigung palliativer, wirtschaftlicher, humaner und berufsrechtlicher Grundlagen pflegebedarfsorientiert einsetzen</li> </ul> <p><b>Interdisziplinärer Tätigkeitsbereich:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Für die Pflege relevante ökonomische und volkswirtschaftliche Zusammenhänge herstellen und betriebliche Entscheidungen wirkungsvoll einbringen</li> <li>• Als Kostenstellenverantwortliche an den Budgetdispositionen effizient mitwirken</li> <li>• Erarbeitung und Weitergabe von Informationsmaterial für Patienten und seine Vertrauenspersonen sowie die betreuenden Dienste (einschließlich des Stationspersonals bzw. der Mitglieder des interprofessionellen Teams)</li> <li>• Interprofessionelle Besprechungen organisieren und durchführen, etc.</li> </ul> <p>Weitere allgemeine Aufgaben laut Funktionsgruppenbeschreibung, Anstaltsordnung, Detailbeschreibung</p>
<p>Berufspflichten laut GuKG</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auskunftspflicht über alle gesundheits- und krankenpflegerischen Maßnahmen gegenüber den betroffenen Patienten, deren gesetzlichen Vertreter oder der genannten Vertrauensperson</li> <li>• Verschwiegenheitspflicht</li> <li>• Aufklärungspflicht im Rahmen des Pflegeprozesses (Pflegediagnose, Pflegeintervention, potenzielle Pflegerisiken)</li> <li>• Anzeigepflicht</li> <li>• Meldepflicht</li> <li>• Wahren des Berufsgeheimnisses, Geschäfts- und Betriebsgeheimnisses</li> <li>• Geschenkannahmeverbot</li> <li>• Einhalten der Patientenrechte insb. der Patientenverfügungen</li> </ul>
<p>Befugnisse</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Delegationsbefugnisse an die unterstellten MitarbeiterInnen unter Berücksichtigung ihrer Qualifikation im Sinne einer Anordnungsbefugnis</li> <li>• kann die MitarbeiterInnen im Rahmen der vorgegebenen Bereichspflege in die einzelnen Pflegebereiche zuordnen. Dies soll unter Beachtung von Palliative Care Grundsätzen geschehen.</li> <li>• zeichnet für die Anleitung der MitarbeiterInnen verantwortlich und überwacht sie im Rahmen ihrer Aufsichtspflicht</li> <li>• darf die fachliche Weisungsbefugnis an die unterstellten MitarbeiterInnen wahrnehmen</li> <li>• kann aus dringend dienstlich erforderlichen Gründen Überstunden anordnen</li> <li>• Berufsethische und Palliative Care Grundsätze sind in ihrem/seinen Wirkungsbereich zu fördern</li> <li>• jährliche Durchführung einer Beurteilung von den einzelnen MitarbeiterInnen der Station</li> <li>• hat jährlich mit jedem ihr unterstellten Mitarbeiter ein Mitarbeitergespräch zu führen und Zielvereinbarungen festzulegen</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zugang zu allen Bereichen der Krankenanstalt nach Rücksprache mit den jeweiligen Bereich zuständigen Verantwortlichen</li> <li>• Hat das Recht die Krankenunterlagen einzusehen und in den patientenbezogenen Pflegeberichten selbst erhobene Befunde zu dokumentieren.</li> <li>• Zeichnungsberechtigt in der Beratungskorrespondenz, bei Anträgen, sowie bei Material- und Medikamentenbestellungen zur Erfüllung des Aufgabenbereiches.</li> <li>• Vorschlags-, Mitentscheidungsrecht und Durchführungsverantwortung für alle im Entlassungsfall gesetzten pflegerischen Maßnahmen und Hilfestellung bei der Weiterbetreuung (in Zusammenarbeit mit der Überleitungs- pflege bzw. Delegation an diese)</li> <li>• Kann bei Notwendigkeit auch Palliativbetreuung des Patienten zu Hause organisieren.</li> </ul>	
besondere eigene Verpflichtung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fort- und Weiterbildungspflicht gemäß den einschlägigen berufsrechtlichen Bestimmungen im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz</li> <li>• Regelmäßige Supervision, Fallbesprechungen, Klausur, etc.</li> <li>• Organisation diverser Fortbildung</li> <li>• Mitwirkung an der innerbetrieblichen Fortbildung<sup>28</sup></li> </ul>	
<b>Fassung vom:</b>		
<b>Revidiert am:</b>		
<b>Datum:</b>		
<b>Unterschrift:</b>	<b>Vorgesetzter</b>	<b>Stelleninhaber</b>
<b>Ausgehändigt am:</b>		

<sup>28</sup> Erarbeitet von Walpurga Seitz, MAS, MSc, PDL Landesklinikum Voralpen Lilienfeld

## **Spezielles Berufsbild des mittleren Pflegemanagement (Stationsschwester/Stationspfleger)**

### **Führungs- und Leitungsaufgaben**

- Personalmanagement im Verantwortungsbereich:  
Personaleinsatzplanung nach palliativen, fachlichen und wirtschaftlichen Aspekten. Einbringen moderner Führungskonzepte wie Jobrotation, Führen nach Zielvereinbarung etc.
- Organisationsmanagement im Verantwortungsbereich:  
Patientenmanagement, Sicherstellung des notwendigen Versorgungsbedarfes, Optimierung von Prozessabläufen sowie deren Evaluierung (Arbeitsablaufanalysen).
- Kooperation mit nicht im Pflegeprozess stehenden Berufsgruppen und Bereichen – Interprofessionelle bzw. Interdisziplinäre Zusammenarbeit!
- Organisation und Durchführung von Angehörigentreffen, Familiengesprächen, etc.
- Sicherstellung einer adäquaten Pflegequalität und Versorgung nach Palliative Care Grundsätzen im Verantwortungsbereich nach gesetzlichen Vorgaben. – Interprofessionelle Zusammenarbeit
- Erfassung der Patientenbedürfnisse.
- An Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit aktiv mitwirken

### **Die Aufgaben -und Verantwortungsbereiche des mittleren Pflegemanagement ( Stationsleitung) im einzelnen (demonstrative Spezifizierung)**

#### **Eigenverantwortlicher Tätigkeitsbereich**

- Mithilfe und Beratung bei der Erstellung von Pflegeplänen, Pflegeanamnese, etc.
- Überwachung der Pflege bzw. Palliativpflege unter Berücksichtigung des eingeführten Pflegekonzeptes und der Organisation des Stationsablaufes
- Kontrolle und Überwachung der Qualität (Einhalten des festgelegten Pflegesystems) und Quantität der Arbeit (Koordinieren der Behandlungsmethoden und Pflegemethoden) Arbeitsablaufanalysen
- Kontrolle der Durchführung der Gesundheits- und Krankenpflege nach den geltenden Hygieneregeln
- Einhaltung und Überwachung der Schweigepflicht, Aufklärungspflicht, Patientenrechte und des Datenschutzes, Geschenkannahmeverbot
- Schnittstellenarbeit mit: Externen Dienstleistern, Sozialeinrichtungen, Ämtern, Patienten und deren Angehörigen. Kontaktherstellung zu beratenden Stellen (Psychotherapeutische Betreuung, sozialpädagogischen Einrichtungen, Seelsorge, psychosozialer Dienst, Selbsthilfegruppen, ...)
- Durchführen von Pflegevisiten und Abhaltung regelmäßiger Pflegegespräche
- Weitergabe und Einholen von pflegerelevanten bzw. Palliativpflegerelevanten Informationen
- Nutzung von Checklisten zur Überprüfung der Pflegedokumentation bzw. Pflegeplanung,

#### **Mitverantwortlicher Tätigkeitsbereich - betriebsbezogene Aufgaben verantwortlich für:**

- die Einhaltung für Hygiene- und Unfallverhütungsvorschriften und Brandschutzverordnungsvorschriften in der Station in Zusammenarbeit mit dem Hygieneteam, Sicherheitsbeauftragten und Brandschutzbeauftragten des Hauses

- die Überwachung der Geräte nach dem Medizinproduktegesetz bezüglich Funktionalität und Kontrolle der Unterweisungen der Mitarbeiter anhand des Gerätepasses
- die Überwachung der Medikamentenanforderung und -aufbewahrung sowie die Führung des Suchtgiftes
- die Bestellung und Überwachung von Pflegeartikeln und sonstigen Materialien sowie für die Überwachung der Lagerhaltung der Station
- die Anforderung und Verwaltung von pflegerischem und das Interprofessionelle Team betreffenden Sachbedarf, sowie Mitsprache bei den Investitionsbudgets
- die Überwachung des Arbeitsablaufes auf der Station und für die Organisation der Arbeitseinteilung unter Berücksichtigung der Qualifikation der einzelnen Mitarbeiter und Palliative Care Grundsätzen.
- die Planung der Bettenbelegung und die Verlegung der Patienten innerhalb der Station
- Schaffung eines Überblickes über den Arbeitsanfall der Abteilung mit im Krankenhaus üblichen Mitteln (Arbeitsfaktor, Pflegekategorien..)
- Förderung des Gruppenprozesses und Schaffung von Möglichkeiten, damit ein leistungsfähiges und zufriedenes Team entstehen und als solches tätig sein kann
- Durchführung protokollierter Mitarbeiterbesprechungen auf Stationsebene alle zwei Monate bzw. nach Bedarf
- Vertretung der fachlich und dienstrechtlichen Interessen der Mitarbeiter, Wahrnehmung der eigenen Interessen und als Führungskraft Vertretung der Interessen des Betriebes
- Mitsprache bei baulichen Veränderungen/Neubauten
- Vorschlags- und Mitbestimmungsrecht bei Anschaffungen (schriftliches Festhalten der Erfahrungen mit bestimmten Pflegeprodukten)
- Überprüfung der Verbrauchsmittel mittels statistisch aufbereiteter Übersichtslisten der Verwaltung
- Beachten der Mülltrennungsvorschriften und der Umweltschutzgebarung

#### **Personalbezogenen Aufgaben (Organisation des Pflegedienstes)**

- Teilnahme an Besprechungen der Stationsleitungen persönlich oder durch ihre/seine Vertretung sowie die Weitergabe der Informationen, die die Mitarbeiter in den Stationen betreffen
- Planung des Personaleinsatzes
- Planung und Überwachung der Dienstzeit im Rahmen der hausinternen Vorgaben und der gesetzlich vorgeschriebenen Arbeitszeit nach den Bedürfnissen der Station
- Erstellung von Urlaubsplänen unter Beachtung der organisationsinternen Vorgaben
- Hilfestellung und aktive Unterstützung bei der Einarbeitung neuer MitarbeiterInnen
- Organisation von Supervision, Fallbesprechungen, etc.
- Meldung von Dienstunfällen
- Förderung der MitarbeiterInnen, damit der Stationsbetrieb auch bei Abwesenheit der Stationsleitung adäquat fortgeführt werden kann
- Integration von neuen Ideen (nach gemeinsamen Beschluss des Teams und Absprache mit der Pflegedirektion)
- Unterstützung der Psychohygiene der Mitarbeiter

#### **Maßnahmen zur Entwicklung des selbständigen Arbeitens der MitarbeiterInnen**

- Schüleranleitung in Zusammenarbeit mit der Krankenpflegeschule, dem Praxisanleiter und dem Mentor der Station
- Durchführung von regelmäßigen Mitarbeiterbeurteilungen in Absprache mit der Direktion des Pflegedienstes

- formelle und inhaltliche Leitung der Dienstübergaben und Tagesbesprechungen des interprofessionellen Teams
- Anleitung der Mitarbeiter bei der Einführung neuer Pflegemethoden und Evaluierung getroffener Vereinbarungen/Maßnahmen
- Teilnahme an Arbeitsgruppen im Hause zur Weiterentwicklung der Pflege
- Hilfestellung für die einzelnen MitarbeiterInnen bei der Umsetzung von Arbeitsgruppenergebnissen
- Führen von Statistiken (Pflegeintensität, Pflegekategorien, Fragenkatalog zur Ergebnisqualität der Abteilung ...) Kontrolle und Überwachung der Qualität und Quantität der Arbeit
- Mitsprache bei der personellen, materiellen und technischen Ausstattung des Verantwortungsbereiches in den entsprechenden Gremien
- Auswahl und Entsendung der MitarbeiterInnen für die Fortbildungsveranstaltungen
- MitarbeiterInnen anregen, schriftliche Berichte über besuchte Fortbildungen auf der Station zur Einsichtnahme aufzulegen und bei den Stationsbesprechungen darüber zu berichten, sowie eine eigene Fortbildungsmappe zu führen

### **Interdisziplinärer Tätigkeitsbereich Zusammenarbeit mit anderen Bereichen**

- Koordination der Arbeitsabläufe der Station mit den außerhalb des Pflegeprozess stehenden Bereichen mit dem Ziel der Patientenzentrierung. D.h.: Diese Harmonisierung hat das Wohl und den Genesungsprozess bzw. die Lebensqualität des Patienten in den Mittelpunkt zu stellen. Dies heißt, eine gute interprofessionelle Zusammenarbeit zu fördern
- Terminvereinbarungen mit dem Diagnostik- und Therapiebereichen, soweit sie nicht dem ärztlichen Dienst zugeordnet sind (allfällige Störungen sind in der Pflegedirektion/Anstaltsleitung zu melden)
- Bei Personalengpässen Kooperation mit anderen Stationsleitungen in Absprache mit der Pflegedirektion

### **Zusammenarbeit mit der Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege, Kinder- und Jugendlichenpflege, Schule für psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege**

- gemeinsame Absprachen/Besprechungsergebnisse mit den LehrerInnen für Gesundheits- und Krankenpflege (inklusive Palliativpflege), LehrerInnen für Kinder- und Jugendlichenpflege und LehrerInnen für psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege bzw. dem Praxisanleiter mit dem Ziel einer einheitlichen Ausbildung
- Anleitung und Einweisung von Schülern und Praktikanten

### **Zusammenarbeit mit der Pflegedirektion**

#### **Verpflichtung zur:**

- Informationsweitergabe über alle wichtigen Vorkommnisse im Verantwortungsbereich
- Sicherstellung der Einhaltung aller festgelegten Rahmenbedingungen, Pflegekonzepte und Dienstanweisungen, die von der Pflegedirektion bzw. Anstaltsleitung vorgegeben wurden
- Mitwirkung an der Weiterentwicklung der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Palliativpflege, der Unternehmungskultur und der Motivation der Mitarbeiter zur Fort- und Weiterbildung ©<sup>29</sup>

---

<sup>29</sup> Erarbeitet von Walpurga Seitz, MAS, MSc, PDL Landesklinikum Voralpen Lilienfeld

## 11.10. Entlassungscheckliste

LK Voralpen Lilienfeld

<b>Patientendaten:</b>	<b>Vertrauensperson:</b>
	Anschrift
	Telefon
<b>Familiengespräch über die Planung der Entlassung:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Datum des Gespräches/der Gespräche:</b>	
<b>Datum der voraussichtlichen Entlassung</b>	
<b>Anwesende:</b>	
<b>LKF-Abrechnung</b>	<b>Aufenthalt möglich bis:</b>
<b>Pflegegeld:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Antragsdatum: Pflegegeldstufe:</b>
<b>Pflegegelderhöhung angesucht am:</b>	<b>Patientenverfügung:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Familienressourcen:</b>	
<b>Hausarzt</b>	
<b>Mobile Dienste</b>	
<input type="checkbox"/> Basisinformation HKP:	
<input type="checkbox"/> Hospizbetreuung:	
<input type="checkbox"/> Sonstiges:	
<b>Familienhospizkarenz:</b>	
<input type="checkbox"/> Basisinformation:	
<b>Heime:</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Pflegeheimantrag: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege: <input type="checkbox"/> Dauerpflegeplatz: <input type="checkbox"/> Hospizplatz:	
<b>Benötigte Verordnungen:</b>	
Pflegemittel: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Medikamente: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:	
Ernährung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:	





## 11.12. Gesprächsprotokoll Arzt - Hausarzt

PATIENTENNAME:		
GEBURTSDATUM:		
ADRESSE:		
HAUSARZT:		Tel:
DIAGNOSE:		
DATUM:		UNTERSCHRIFT:

Allgemeinzustand des Patienten
Aufklärungszustand des Patienten und seiner Angehörigen
Die Vertrauensperson für den Patienten:
Geplante Entlassung für
Therapie ( geplante Strahlen- oder Chemotherapie....)
Medikamentenbedarf (benötigen wir vor der Entlassung Rezepte...)
Weiterbetreuung des Patienten
Hat der Patient Stoma, Katheter, Sonde, Schmerzpumpe, Port-A-Cath
Information über Homecare und mehr
Sonstiges
Patientenverfügung

## 11.13. Verschiedene Projektarbeiten

Zum Thema Palliative Care finden sie unter <http://www.hospiz-noe.at/projekte.php>  
folgende Projektarbeiten:

### **Basislehrgang 2002**

Interdisziplinäre Zusammenarbeit im Bereich der ambulanten  
„Palliative Care“ und Hospizbegleitung  
Palliative Care in der Hauskrankenpflege-Erstellung eines Supportteams  
Palliativmedizin im Akutkrankenhaus-Widerspruch oder Notwendigkeit  
Anleitung zur Integration von Bezugspersonen in Palliative Care  
Information von zukünftigen Patienten und deren Angehörigen über Palliative Care  
Ehrenamt und Hauptamt im Einklang  
Palliative Care-Ein neuer Weg in der Langzeitpflege  
Kommunikation zwischen Krankenhaus und Pflegeheim bei Palliativpatienten:  
Zwischen Traum und Wirklichkeit  
Aufbau einer Palliativstation in einer bestehenden Infrastruktur

### **Basislehrgang 2003**

Wege der Kommunikation in Palliative Care. Vom Eröffnen der Diagnose bis hin zum Sterben  
Der palliative Weg vom Krankenhaus nach Hause  
Lücken im Netzwerk - Problemstellen der palliativen Patientenversorgung in unseren regionalen  
Einrichtungen  
Macht Leid sprachlos - Sprachloses Leid?

### **Aufbaulehrgang 2002**

Interdisziplinäre Palliativbetreuung: " Gemeinsam statt einsam"- Zusammenarbeit von  
Hauptamtlichen und Ehrenamtlichen im extramuralen Bereich

Fatigue - ein unlösbares Problem in Palliative Care?

Akzeptanzförderung für Palliative Care



## 11.14. Abkürzungen

AG/R	Akutgeriatrie/Remobilisation
AU	Augenheilkunde
CH	Chirurgie
DGKP	Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflege Personal
EA	Ehrenamtliche Mitarbeiter
ECP	Systemische Familientherapeutin Gerontopsychotherapeutin Supervisorin, Coach,
FSP	Fachschwerpunkt
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
HKP	Hauskrankenpflege
HNO	Hals- Nasen- und Ohrenheilkunde
IM	Innere Medizin
KI	Kinder- und Jugendheilkunde
LK	Landeskrankenhaus
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
LV Hospiz NÖ	Landesverband Hospiz Niederösterreich
MKC	Mund und Kieferchirurgie
MPT	Mobiles Palliativteam
NEU	Neurologie
NÖGUS	Niederösterreichischer Gesundheits- und Sozialfonds
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheit
OR	Orthopädie und Orthopädische Chirurgie
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PAL	Palliativmedizin
PCB	Palliative Care Beauftragte
PCH	Plastische Chirurgie
PDL	Pflegedienstleitung
PKD	Palliativkonsiliardienst
PRIKRAF	Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds
PSO	Psychotherapie
PUL	Pulmologie
QSK	Struktur Qualitätskriterien

UC	Unfallchirurgie
URO	Urologie
VZÄ	Vollzeitäquivalenz
WHO	Weltgesundheitsorganisation