



Integriertes Hospiz- und Palliativ- Versorgungskonzept für Niederösterreich

**Bericht der Arbeitsgruppe
„Integriertes Palliativ – Versorgungskonzept“**

Stand 16.2.2005

beschlossen am 3.3.2005

**Vorliegendes Konzept wurde im Zeitraum Juni bis Dezember 2004
von folgender Arbeitsgruppe erarbeitet:**

VHR Dr. Otto HUBER	Leiter der Arbeitsgruppe; Amt der NÖ LReg, Gruppenleiter GS
Mag. Gerhard AMLER	Amt der NÖ LReg, GS5, Sozialhilfe
Roman GAAL, DGKP, MAS	NÖGUS, Abt. Medizin und Qualitätssicherung
Eva KÜRZL	Amt der NÖ LReg, GS 4, Pflegeaufsicht
Franz J. PALKOVITS	NÖGUS, Leiter Strategische Planung
Prim. Dr. Peter PREIS	Leiter Interne Abt., KH Waidhofen/Thaya
Dr. Brigitte RISS	Vorsitzende Landesverband Hospiz NÖ
Beatrix WONDRACZEK, DGKP	Palliativteam, KH Krems/Donau
Helga ZELLHOFER, DKGP	Verein Palliative Care/Hospiz Region Mostviertel

Als Experten wurde in Einzelfragen konsultiert:

Dr. Karl PISTRACHER	Ass.Arzt, Interne Abt., KH Waidhofen/Thaya
Dr. Susanne RABADY	Allgemeinmedizinerin, Hausärztin, Windigsteig
Mag. Arnold SCHETT	Geschäftsführer Tiroler Hospizgemeinschaft
Dr. Johann BAUMGARTNER	Koordination Palliativbetreuung Steiermark
Dr. Brigitte WAGNER	Palliativexpertin, Graz

Inhaltsverzeichnis

Kurzfassung.....	4
1 Einleitung	7
1.1 Projektauftrag	7
1.2 Ausgangslage	7
2 Abgestufte Hospiz- und Palliativbetreuung	9
2.1 Grundsätze der Hospiz- und Palliativbetreuung.....	9
2.2 Versorgungspyramide und ihre Bausteine	11
2.3 Charakteristik der Bausteine	12
2.3.1 Definitionen.....	12
2.3.2 Strukturqualitätskriterien.....	15
2.3.3 Empfehlungen für den Krankenhausbereich	15
2.3.4 Bedarf	17
3 Stufenplan für NÖ.....	17
3.1 Zielsetzung und Zeithorizont	17
3.2 Ist – Zustand 2004	18
3.3 Stufe 1 (Jahre 2005 – 2007) pro Region	21
3.4 Stufe 2 (Jahre 2008 – 2009) pro Region	25
3.5 Stufe 3 (Jahre 2010 – 2012) pro Region	27
3.6 Flächendeckendes Versorgungsnetzwerk NÖ 2012.....	29
3.7 Personal- und Ausbildungsbedarf	32
3.8 Reisebedarf und Sachmittelbedarf	32
4 Beauftragte/r für Palliative Care	33
5 Organisationsstruktur	34
6 Kostenschätzungen	36
6.1 Gesamtübersicht der kalkulierten Zusatzkosten aller Leistungsanbieter	36
6.2 Gesamtübersicht der kalkulierten Zusatzkosten im Bereich Krankenanstalten	37
6.3 Gesamtübersicht der kalkulierten Zusatzkosten im Bereich Soziales.....	37
6.4 Gesamtübersicht der kalkulierten Zusatzkosten im Bereich Heime	38
6.5 Kommentar zu den Kosten.....	38
6.6 Finanzierungsvorschlag.....	40
7 Evaluierung des Stufenplans und des Netzwerks	42
8 Abschließende Bemerkungen	43
 Grundlagenliteratur für das Umsetzungskonzept.....	 44
 Anhang	

Kurzfassung

Ziel der Hospiz- und Palliativbetreuung ist die pflegerische, medizinische, psychosoziale und spirituelle Betreuung von unheilbar kranken und sterbenden PatientInnen sowie ihrer Angehörigen. Sie soll Lebensqualität auch am Lebensende und ein „Sterben in Würde“ ermöglichen. – Über die Notwendigkeit dieser Betreuung, die in Österreich seit den 1990-er Jahren voran getrieben wird, besteht allgemeiner gesundheits- und gesellschaftspolitischer Konsens.

In Niederösterreich begann der Strukturaufbau 1998 mit der Errichtung stationärer Hospize in Pflegeheimen sowie der sukzessiven Gründung von mittlerweile 25 mobilen Hospizdiensten diverser Vereine und Rechtsträger, die seit 2001 vom Landesverband Hospiz NÖ vernetzt und koordiniert werden. – Nachdem 2002/2003 in vier Pilotprojekten in NÖ Fondskrankenanstalten zusätzlich auch Erfahrungen über geeignete intramurale Palliativ-Versorgungsformen gewonnen wurden, hat der Ständige Ausschuss des NÖGUS eine interdisziplinäre und -institutionelle Arbeitsgruppe beauftragt, ein Konzept für eine flächendeckende Hospiz- und Palliativbetreuung in NÖ als Netzwerk zu erarbeiten. Das Konzept für ein intra-/extramurales Netzwerk liegt hiermit vor, es ist ein Empfehlungspapier.

Die Arbeitsgruppe hat als **Grundlagen** die aktuellen Studien, Pilotprojekte und Strukturqualitätskriterien auf Landes- und Bundesebene herangezogen, sodass es sich um ein Umsetzungskonzept entsprechend den neuesten Erkenntnissen und Vorgaben handelt. Es ist das erste derartige Gesamtkonzept in einem österreichischen Bundesland. – Für dessen Umsetzung wurden alle im IST-Stand bereits bestehenden Ansätze und Strukturen in NÖ berücksichtigt, ebenso das Prinzip der fünf NÖ Versorgungsregionen.

Weil für exakte **Bedarfsberechnungen** längerjährige Erfahrungen noch fehlen, wurde unter Anwendung der aktuellen Richtwerte des ÖBIG sowie der bisherigen Erfahrungen in NÖ nachfolgender Bedarf ermittelt. Es werden sechs verschiedene, abgestufte Betreuungs- bzw. Versorgungsformen empfohlen, die auf unterschiedliche Bedürfnislagen der PatientInnen sowie auf die regionalspezifischen Besonderheiten abgestimmt sind:

Struktur Region	(1) Mobiles Hospizteam	(2) Mobiles Palliativteam	(3) PKD-Palliativ- Konsiliardienst	(4) Palliativstation (mit Betten)	(5) Tages- hospiz	(6) Stationäres Hospiz (Betten)
Kurz- charakteristik	Extramural: Begleitet Patienten und Angehörige zu Hause in allen Versorgungs- fragen.	Extramural: Wie (1) <u>plus</u> spezielle Fachbe- ratung für andere Dienstleister, auch vgl. Ärzte/Dienste; Brückenfunktion KH - Zuhause	Standort im KH: Wie (2), <u>aber</u> rund 50% Support in KH-Abteilungen, <u>plus</u> rund 50% Support im extra- muralen Bereich	Standort im KH Spezialisierte Betteneinheit für komplexe medizinische Situationen	Standort variabel: Versorgt Patienten tagsüber, entlastet Angehö- rige	Standort im Heim: Spezialisierte Betteneinheit, mit pflegerischem und psychosozialen Schwerpunkt
Waldviertel (146.000 EW)	4 Teams	---	4 Teams	1 Station (8 Betten)	---	1 Stat. Hospiz (6 Betten)
Weinviertel (287.000 EW)	4 Teams	1 Team	2 Teams	2 Stationen (12 Betten)	---	1 Stat. Hospiz (6 Betten)
NÖ Mitte (363.000 EW)	6 Teams	---	4 Teams	2 Stationen (16 Betten)	1 Tages- hospiz	2 Stat. Hospize (12 Betten)
NÖ Süd (512.000 EW)	8 Teams	1 Team	4 Teams	2 Stationen (16 Betten)	---	1 Stat. Hospiz (6 Betten)
Mostviertel (240.000 EW)	4 Teams	---	3 Teams	2 Stationen (14 Betten)	---	1 Stat. Hospiz (6 Betten)
NÖ gesamt	26 Teams	2 Teams	17 Teams	9 Stationen (66 Betten)	1 Tages- hospiz	6 St. Hospize (36 Betten)

Eine Übersicht der Standorte der Versorgungsangebote ist dem Kurzbericht angeschlossen.

Bettenumwidmungen: Die Betten auf Palliativstationen werden laut Vorgaben des ÖKAP/GGP keine zusätzlichen Betten sein, sondern durch Umwidmung von in anderen Bereichen nicht benötigten systemisierten Betten geschaffen.

Ausbau des Netzwerks bis 2012 in drei Stufen: Es wird vorgeschlagen, diese Strukturen – aufsetzend auf dem IST-Stand 2004 – stufenweise auszubauen: Stufe 1 in den Jahren 2005 – 2007, Stufe 2 in den Jahren 2008 – 2009, Stufe 3 in den Jahren 2010 – 2012. Dafür wurden pro Region detaillierte Stufenvorschläge entwickelt. – Der längerfristige stufenweise Auf- und Ausbau ist im Hinblick auf folgende Erfordernisse zielführend und notwendig:

Aufbau der Führungsstrukturen für die Umsetzung der integrierten Hospiz- und Palliativ-Versorgung, entsprechend einem Organisationsvorschlag:

- Landesverband Hospiz NÖ als zentrale Drehscheibe und Ansprechstelle → besteht.
- 5 regionale Palliative-Care-Beauftragte (analog NÖGUS-Regionalmanager) → neu.
- „Runde Tische“ pro Bezirk, mit VertreterInnen aller beteiligten Gruppen → neu.
- Jährliche Evaluierung der Umsetzungsfortschritte → neu.

Personalakquisition und Schulung für ehrenamtliche und hauptberufliche MitarbeiterInnen, für flächendeckende Hospiz-/Palliativstrukturen, entsprechend Schulungsvorschlag:

- Basislehrgang Palliative Care (mind. 160 Stunden) → laufend bis 2012.
- Aufbaulehrgang Palliative-Care für Führungspersonen (weitere 315 Stunden) → laufend.
- Dreijährige Übergangsfristen für die Absolvierung.

Kosten: Eine Kostenkalkulation für die empfohlenen Strukturen ergibt auf Preisbasis 2004 pro Finanzierungsbereich folgende Umsetzungs- und Betriebskosten pro Jahr:

Finanzierungsbereich	Stufe 1 – bis 2007 Euro pro Jahr	Stufe 2 – bis 2009 Euro pro Jahr	Stufe 3 – bis 2012 Euro pro Jahr
Krankenanstalten (NÖGUS) - für Personal, Schulung, Sachmittel, Kilometergeld	2,635.867	3,681.536	4,276.544
Bereich Heime (Land, Soziales) - für Personal	896.984	1,076.380	1,614.571
Bereich Soziales (Land, Soziales) - für Mobile Hospizteams	400.000	675.000	675.000
Organisation / Koordination - für Zusatzpersonal Landesverband - für Palliativ Care Beauftragte	55.000 280.000	55.000 280.000	55.000 280.000
Gesamt	4,267.851	5,767.916	6,901.115

Es handelt sich ab dem Endausbau 2012 um rund 6,901 Mio. Euro Zusatzkosten pro Jahr, additiv zu den bereits bestehenden Kosten der Hospiz- und Palliativ-Strukturen. – Dazu wurde ein Finanzierungsvorschlag dargelegt, der die neue Rechtslage antizipiert. Der Auf- und Ausbau des Versorgungsnetzes liegt im intra-/extramuralen Kooperationsbereich und soll als Projekt aus dem Reformpool gemäß der neuen 15a-Vereinbarung finanziert werden.

Bei den Kosten ist zu beachten, dass ein hohes Synergiepotenzial besteht, wobei dieses schwer quantifizierbar ist, z.B. die gegenwärtige Versorgung Schwerkranker in Krankenanstalten ohne das Prädikat „Palliativ“. – Ein schlüssiger Einsparungseffekt ist hingegen bei Tumor-Todesfällen darstellbar, die zu rund 94% Palliativpatienten sind. Durch integrierte Versorgungsmaßnahmen können in Krankenanstalten rund 25% der Belagstage dieser Patientengruppe eingespart werden, das entspricht 1,723 Mio. Euro pro Jahr, wenn diese Zuhause palliativmedizinisch versorgt werden, was von Patienten und Angehörigen sogar gewünscht wird. ■ Kurzfassung Ende, es folgt Übersichtstabelle.

Übersichtstabelle – IST-Stand 2004 und SOLL-Stand 2012, Standorte mit Versorgungsangeboten

Versorgungs-region	Angebot Standorte, Bezirke	Mobiles Hospizteam (MHT), Träger	Mobiles Palliativteam	PKD - Palliativ-Konsiliardienst	Palliativstation (mit Betten)	Tageshospiz	Stationäres Hospiz (mit Betten)
Waldviertel	Horn	■ Stiftung	-----	■ im KH + mobil	-----	-----	□ im Heim, 6 Betten
	Waidhofen/Thaya	■ Verein	-----	□ im KH + mobil	■ im KH, 8 Betten	-----	-----
	Gmünd	■ Verein	-----	■ im KH + mobil	-----	-----	-----
	Zwettl	■ Verein	-----	□ im KH + mobil	-----	-----	-----
Weinviertel	Mistelbach/Wolkersdorf	■ Caritas Wien	□ Caritas Wien	□ im KH + mobil	□ KH, 6 Betten	-----	□ im LPPH, 6 Betten
	Hollabrunn	■ Caritas Wien	-----	□ im KH + mobil	□ im KH, 6 Betten	-----	-----
	Stockerau/Korneuburg	■ Caritas Wien	-----	-----	-----	-----	-----
	Gänserndorf	■ Caritas Wien	-----	-----	-----	-----	-----
NÖ Mitte	St. Pölten – Stadt	■ Caritas St. Pölten	-----	□ im KH + mobil	-----	□ ggf. im KH	□ im LPPH, 6 Betten
	St. Pölten – Land	■ Caritas St. Pölten	-----	-----	-----	-----	-----
	Krems	■ Caritas St. Pölten	-----	■ im KH + mobil	□ im KH, 8 Betten	-----	-----
	Tulln	■ Ö. Rotes Kreuz, NÖ	-----	□ im LPPH + mobil	-----	-----	■ im LPPH, 6 Betten
	Lilienfeld	■ Caritas St. Pölten	-----	■ im KH + mobil	□ im KH, 8 Betten	-----	-----
	Klosterneuburg	■ Verein	-----	-----	-----	-----	-----
	Purkersdorf	■ Ö. Rotes Kreuz, NÖ	-----	-----	-----	-----	-----
NÖ Süd	W. Neustadt, Stadt + Land	■ Caritas Wien	-----	□ LPPH + mobil □ KH	□ im KH, 6 Betten	-----	■ im LPPH, 6 Betten
	Mödling Ost+West	■ Verein	□ Verein, auch f. KH	-----	-----	-----	-----
	Baden	■ Verein	-----	□ im KH + mobil	□ im KH, 10 Betten	-----	-----
	Triestingtal/Berndorf	■ Verein	-----	-----	-----	-----	-----
	Bruck/Schwechat	■ Caritas Wien	-----	-----	-----	-----	-----
	Hainburg	-----	-----	□ im KH + mobil	-----	-----	-----
	Neunkirchen	■ Caritas Wien	-----	-----	-----	-----	-----
Mostviertel	Neunkirchen Bezirk	□ Verein	-----	-----	-----	-----	-----
	Amstetten	■ Caritas St. Pölten	-----	□ im KH + mobil	□ im KH, 6 Betten	-----	-----
	Scheibbs	■ Verein	-----	□ im KH + mobil	■ im KH, 8 Betten	-----	-----
	Waidhofen/Ybbs	■ Caritas St. Pölten	-----	-----	-----	-----	-----
NÖ gesamt	Melk	■ Verein	-----	□ im LPPH + mobil	-----	-----	■ im LPPH, 6 Betten
		26 Mobile Hospizteams	19 Mobile Palliativteams, davon 17 PKD		9 Palliativstationen mit 66 Betten	1 Tageshospiz	6 Stationäre Hospize mit 36 Betten

Legende: ■ IST-Stand 2004 □ SOLL-Stand 2012

1 Einleitung

1.1 Projektauftrag

Am 18. März 2004 hat der Ständige Ausschuss des NÖGUS seine Geschäftsstelle gemeinsam mit der Gruppe Gesundheit und Soziales des Landes NÖ beauftragt, eine Arbeitsgruppe zu etablieren mit dem Ziel, bis Ende 2004 ein Konzept für eine flächendeckende abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung in NÖ zu erarbeiten. Aufgaben der Arbeitsgruppe waren

- die Definition regionaler Versorgungsstrukturen als Netzwerk,
- die Abschätzung der Umsetzungs- und Betriebskosten dieser Strukturen unter
- Berücksichtigung der finanziellen Machbarkeit und
- Nutzung aller einschlägigen Grundlagen und Einbindung bestehender Strukturen.

1.2 Ausgangslage

Die Betreuung Schwerkranker und Sterbender wird traditionell von Pflegeheimen und Einrichtungen der niedergelassenen und der Spitalsversorgung wahrgenommen. Für Patienten mit höchsten Schmerz- und Schwierigkeitsgraden wurde in den 1990-er Jahren eine speziell qualifizierte Hospiz- und Palliativbetreuung mit neuen Versorgungsangeboten entwickelt, die auf Bundesebene (Strukturkommission im Bundesministerium für Gesundheit und Frauen) konsequent als eigener neuer medizinisch-pflegerischer Leistungsbereich etabliert wird.

In Entsprechung dazu wurde in NÖ seit 1998 mit dem Aufbau von stationären Hospizen in Pflegeheimen begonnen. Derzeit sind Hospizstationen in den Landes-Pflege- und Pensionistenheimen (LPPH) in Melk, Tulln und Wiener Neustadt eingerichtet. Eine weitere ist im Stephansheim in Horn räumlich im Aufbau.

Zusätzlich sind in den NÖ Regionen derzeit bereits 25 mobile Hospizdienste im extramuralen Bereich um die Betreuung von PatientInnen und ihrer Angehörigen bemüht.

Diese Strukturen sind in dem im Jahre 2001 gegründeten Landesverband Hospiz NÖ vernetzt. Dieser wiederum ist Mitglied des Dachverbandes Hospiz Österreich. Aufgrund der erstmals im Jahr 2002 wirksam gewordenen Förderrichtlinien, das sind

- die Förderung für die Anstellung einer Koordinatorin und die
- Refundierung der Einschulungskosten für MitarbeiterInnen der überwiegend ehrenamtlich strukturierten Hospizteams

wurde ein weiterer strukturierter Aufbau und eine Qualitätsverbesserung möglich.

Vom Landesverband Hospiz NÖ werden seit 2002 für ehrenamtliche und hauptberufliche Hospiz- und PalliativbegleiterInnen regelmäßig Aus-, Fort- und Weiterbildungen angeboten, u.a. der interdisziplinäre Basislehrgang Palliative Care und der interdisziplinäre Aufbaulehrgang zum/r Experten/in in Palliative Care.

Im Spitalsbereich hat der NÖGUS 2002 / 2003 vier Pilotprojekte durchgeführt, um geeignete Formen der Palliativversorgung unter Berücksichtigung der finanziellen Machbarkeit zu erproben. Pilotanstalten waren die Krankenanstalten Scheibbs, Gmünd, Waidhofen/Thaya und Lilienfeld. Der diesbezügliche Endbericht „Palliativmedizin in NÖ Fondskrankenanstalten – Evaluierungsstudie“ (März 2004) lag den Überlegungen der Arbeitsgruppe in der Konzepterstellung zugrunde.

Ebenso dienten der Arbeitsgruppe die Ausführungen und Empfehlungen der Studie über „Hospiz- und Palliativarbeit in NÖ“ von Prof. Amann (Schriftenreihe der NÖ Landesakademie, April 2002) als Leitfaden für den weiteren Aus- und Aufbau.

Des Weiteren boten Bausteine aus dem Arbeitskreis Hospizwesen des Landesgesundheitsprogramms für NÖ (2004) Grundlagen für dieses Konzept.

Zeitgleich befassten sich ExpertInnen auf Bundesebene in einem Arbeitskreis am ÖBIG (im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen) mit einer Konzepterstellung für die abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich. Auch diese Ergebnisse (Stand Endbericht Dezember 2004) wurden im vorliegenden Konzept berücksichtigt.

Die herangezogenen Publikationen sind im Anhang unter „Grundlagenliteratur“ angeführt.

Während der Ausarbeitung dieses Konzeptes wurden im November 2004 die Art. 15a B-VG-Verhandlungen zwischen Bund und Ländern unter Beteiligung der Sozialversicherung abgeschlossen. Dort ist im Art. 3 Abs. 2 (Integrierte Gesundheitsstrukturplanung) unter Befürwortung durch das Land Niederösterreich folgende Verankerung des Palliativ- und Hospizsektors erfolgt:

(2) Im Besonderen wird vereinbart, eine österreichweit gleichwertige, flächendeckende abgestufte Versorgung im Palliativ- und Hospizbereich einheitlich zu planen sowie prioritär umzusetzen. Im Sinne eines bedarfsgerechten Angebotes ist die Realisierung der übergreifenden Planung der Palliativ- und Hospizversorgung in allen Bereichen und auf allen Ebenen der Gesundheitsversorgung, d.h. im stationären Akut- und Langzeitbereich, im ambulanten Bereich sowie an den Nahtstellen zum Pflegebereich, sicherzustellen.

2 Abgestufte Hospiz- und Palliativbetreuung

2.1 Grundsätze der Hospiz- und Palliativbetreuung (WHO Definition 2004, siehe Anlage 1)

Zielgruppe der Hospiz- und Palliativversorgung sind Menschen mit unheilbarer, progredienter Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung, mit starken Schmerzen, psychischen Beschwerden und/oder anderen die Lebensqualität beeinträchtigenden Symptomen – im folgenden PalliativpatientInnen genannt – und ihre Angehörigen.

Die Hospiz- und Palliativversorgung muss in allen Versorgungsbereichen des Gesundheits- und Sozialwesens stattfinden: Ambulant und stationär, das bedeutet zu Hause, im Langzeit- und Akutbereich, allerdings in entsprechend abgestufter Weise.

Folgende Grundsätze und Inhalte gelten für alle Bereiche der Hospiz- und Palliativversorgung:

- Ziel der Behandlung und Betreuung ist die Erhaltung bzw. Verbesserung der Lebensqualität der PatientInnen und ihrer Angehörigen.
- In einem ganzheitlichen Betreuungsansatz werden die körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse gleichermaßen berücksichtigt.
- Die Bedürfnisse der PatientInnen stehen im Mittelpunkt. In der Betreuung und Behandlung kommt der individuellen Zuwendung ein hoher Stellenwert zu.
- Die Angehörigen werden in die Betreuung miteinbezogen.
- Ein Sterben in vertrauter Umgebung soll ermöglicht werden.
- Bei der Behandlung der Grunderkrankung wird kein kurativer Ansatz mehr verfolgt.
- Die Entscheidung über Therapien und Maßnahmen erfolgt unter Abwägen von Nutzen und Belastung im Hinblick auf die Lebensqualität der Betroffenen und in einem gemeinsamen informierten Entscheidungsfindungsprozess unter Einbeziehung von Patient/in, Angehörigen und Team (shared decision making).
- Die Behandlung und Betreuung erfolgt durch ein multiprofessionell zusammengesetztes Team, das zumindest aus ÄrztInnen, Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, SozialarbeiterInnen, SeelsorgerInnen besteht.
- Ehrenamtliche MitarbeiterInnen werden in die Betreuungstätigkeit miteinbezogen.
- Vorausschauende Planung (advanced care planning) ist wesentlich.

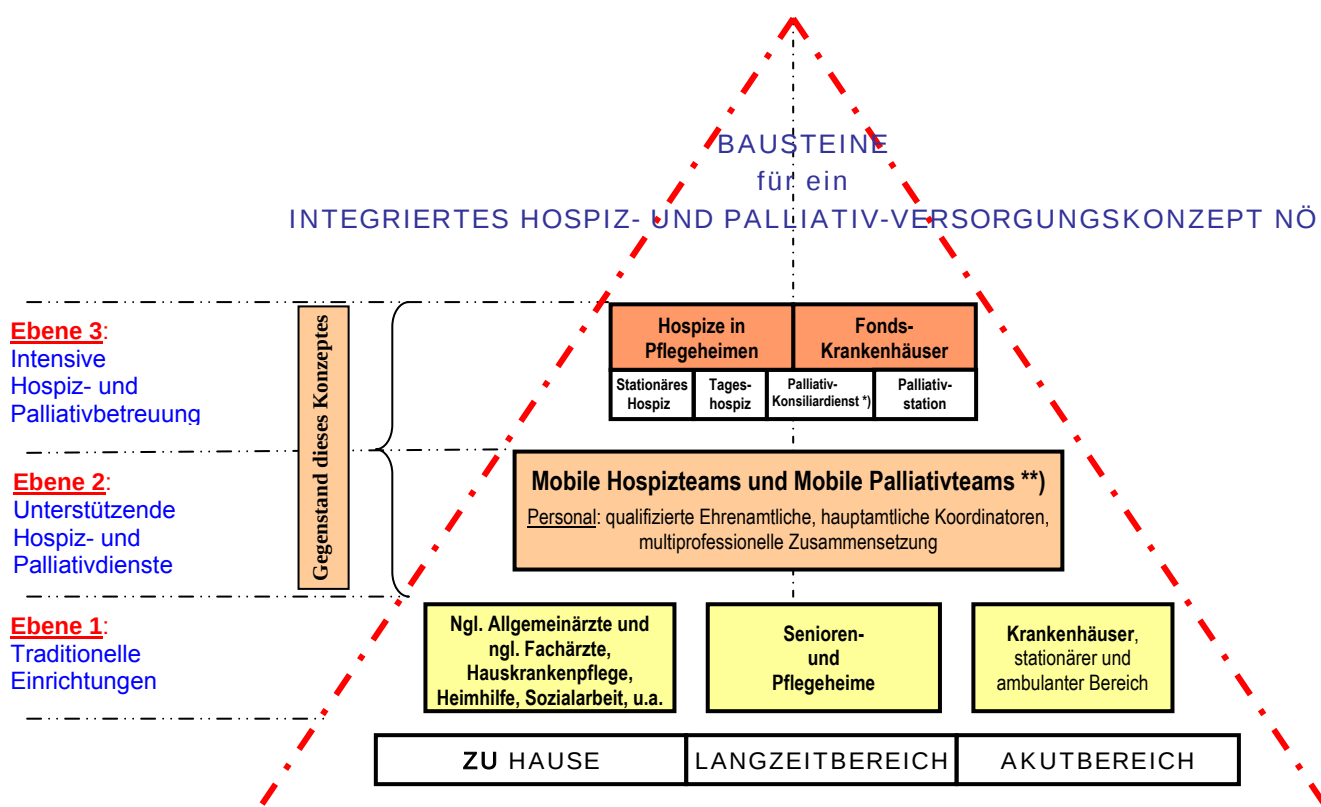
- Es wird besonders auf die Sicherstellung des Selbstbestimmungsrechtes des Palliativpatienten, der Palliativpatientin Bedacht genommen (z. B. durch Patientenverfügung, Bevollmächtigung einer Vertrauensperson als Stellvertreter in Gesundheitsangelegenheiten).
- Die Tätigkeit der Hospiz- und Palliativbetreuung endet nicht mit dem Tod des/r Palliativpatienten/in. Sie inkludiert bei Bedarf Hilfestellungen und/oder Trauerbegleitung der Angehörigen.
- Bewusstseinsbildung und Öffentlichkeitsarbeit sind wesentliche Bestandteile der Tätigkeit.
- Mitarbeit bei der Aus-, Fort- und Weiterbildung von in der Grundversorgung tätigen Berufsgruppen gehört zu den Aufgaben der speziell qualifizierten Fachkräfte.

2.2 Versorgungspyramide und ihre Bausteine

(Abb. 1)

Die Ebenen der Intensität der Hospiz- und Palliativversorgung lassen sich pyramidal wie folgt darstellen, wobei die Versorgung abgestuft in allen Versorgungsbereichen des Gesundheits- und Sozialwesens erfolgt.

Zu beachten ist, dass das vorliegende Konzept die Ebenen 2 und 3 zum Gegenstand hat. Diese Ebenen ergänzen bzw. vervollständigen die in den Regionen des Landes bestehenden traditionellen Betreuungseinrichtungen der Ebene 1.



Die **Grundversorgung** (Ebene 1) in der Hospiz- und Palliativbetreuung erfolgt in den bestehenden Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens, das ist die niedergelassene Ärzteschaft, die Hauskrankenpflege, der Heimhilfebereich, die Sozialarbeit, die Senioren- und Pflegeheime sowie die Krankenhäuser.

Obwohl die Grundversorgung nicht Gegenstand dieser Konzeptarbeit ist, wird festgestellt, dass eine breitflächige Palliativ-Qualifizierung (Ausbildung/Schulung) sichergestellt werden muss, insbesondere bei der niedergelassenen Ärzteschaft und auch der Hauskrankenpflege, damit das gegenständliche Hospiz- und Palliativ-Versorgungskonzept im extramuralen Bereich eine adäquate Akzeptanz und Partnerschaft findet.

Für komplexere Situationen der schwer leidenden PatientInnen und ihrer Angehörigen stehen unterstützend bzw. ergänzend nachfolgende unterschiedliche Betreuungsangebote im mobilen, wie auch im stationären Bereich zur Verfügung.

Unterstützende Hospiz- und Palliativdienste (Ebene 2) sind:

- Mobile ehrenamtliche Hospizteams, die in unterschiedlichen Versorgungskontexten Palliativpatientinnen und ihre Angehörige begleiten, sowie
- Mobile Palliativteams, die anderen Dienstleistern fachlich beratend zur Verfügung stehen, aber auch PalliativpatientInnen und Angehörige mit ihrer Fachkompetenz unterstützen.

Intensive Hospiz- und Palliativbetreuung (Ebene 3) inkludiert:

- Stationäre Hospize, wenn die pflegerische Betreuung im Vordergrund steht,
- Palliativeinheiten(-stationen) in den Fondskrankenhäusern, wenn die Betreuung durch andere Einrichtungen oder Dienste nicht bewältigt wird, bzw. wenn besondere ärztliche Expertise erforderlich ist, und
- Tageshospize, wenn eine partielle Entlastung notwendig/gewünscht ist, die Nacht aber in der gewohnten Umgebung verbracht werden kann.

2.3 Charakteristik der Bausteine (siehe Anlage 2)

Die sechs spezifischen Bausteine bzw. Betreuungsangebote der Hospiz- und Palliativversorgung werden im Folgenden kurz definiert. Das jeweilige Leistungsangebot, das Ziel, die Zielgruppe und die Zugangskriterien können in der vergleichenden Übersicht der Bausteine im Anhang in der Anlage 2 im Detail nachgelesen werden.

2.3.1 Definitionen

Mobiles Hospizteam

Das mobile Hospizteam besteht aus qualifizierten ehrenamtlichen HospizbegleiterInnen, (Personen aus unterschiedlichen Berufsgruppen) und mindestens einer hauptamtlichen koordinierenden Fachkraft. Das Team begleitet PalliativpatientInnen und Angehörige in der Zeit der Krankheit, des Schmerzes, des Abschieds und der Trauer.

Das mobile Hospizteam versteht sich als Teil eines umfassenden Betreuungsnetzwerkes und arbeitet eng mit anderen Fachdiensten in der palliativen Versorgung zusammen, mit dem Ziel die emotionale Entlastung aller Betroffenen zu erreichen, aber auch die Übergänge von stationärer zu mobiler Betreuung reibungsloser zu gestalten.

Mobiles Palliativteam

Das mobile Palliativteam ist multiprofessionell zusammengesetzt (darunter ÄrztInnen, Pflegepersonen, SozialarbeiterInnen u.a.). Es kann beginnend von der Diagnosestellung in die Betreuungssituation eingebunden werden. Es unterstützt und begleitet somit PatientInnen und Angehörige, bei Bedarf jedoch auch ArztInnen sowie Pflegepersonen mit ihrer spezifischen Fachkompetenz in Palliative Care.

Das Palliativteam hat auch eine Brückenfunktion zwischen Krankenhaus und häuslicher Versorgung mit dem Ziel

- ein Verbleiben des/der Patienten/in zu Hause /im Pflegeheim zu ermöglichen,
- eine Aufnahme von PatientInnen in ein Akutkrankenhaus zu vermeiden,
- eine gut vorbereitete und dadurch gezielte Entlassung anzustreben.

Je nach örtlichen Gegebenheiten kann das mobile Palliativteam auch als Konsiliarteam im Krankenhaus, in Heimen und in Tageshospizen beratend tätig sein.

Palliativkonsiliardienst (PKD)

Der PKD ist ein multiprofessionelles Team im Krankenhaus (darunter ÄrztInnen, Pflegepersonen, SozialarbeiterInnen u.a.) und wendet sich in erster Linie an die betreuenden ÄrztInnen und Pflegepersonen auf den Stationen und in den Ambulanzen, erst in zweiter Linie an PatientInnen und deren Angehörige. Der PKD ist beratend tätig und bietet seine Erfahrung in Schmerztherapie, Symptomkontrolle und ganzheitlicher Pflege an.

Der PKD kann auch bereits zum Aufklärungsgespräch beigezogen werden. Im Sinne der Flexibilität und je nach örtlichen Gegebenheiten kann der PKD auch die Aufgaben des mobilen Palliativteams übernehmen oder selbst als Supportteam für den ambulanten Bereich tätig werden. (Diese Möglichkeit wird im vorliegenden Konzept für NÖ in sehr großem Ausmaß empfohlen, weil hervorragende Synergien an den intra-/extramuralen Schnittstellen erzielbar sind).

Das Ziel ist, palliativmedizinisches Know-how im jeweiligen Umfeld zur Verfügung zu stellen, damit eine Entlassung von PatientInnen aus der Akutabteilung im Krankenhaus möglich wird, bzw. ein Verbleiben der PatientInnen zu Hause / im Pflegeheim möglich, aber auch eine Übernahme von PatientInnen auf eine Palliativstation, gezielt erfolgen kann.

Die Palliativstation

ist eine eigenständige Betreuungseinheit mit Betten innerhalb von bzw. im Verbund mit einem Akutkrankenhaus, die auf die Versorgung von PalliativpatientInnen spezialisiert ist. Ein multiprofessionell zusammengesetztes Team (darunter ÄrztInnen, Pflegepersonen, verschiedene TherapeutInnen u.a.) kümmert sich in einem ganzheitlichen Ansatz um die PatientInnen und deren Angehörige.

Geboten wird die palliativmedizinische Behandlung und pflegerische Betreuung der PatientInnen mit komplexen Symptomen. Ziel ist es bestmögliche Linderung der Beschwerden zu erreichen.

Nach Besserung oder Stabilisierung wird eine Entlassung der PatientInnen - mit vorheriger gezielter Anleitung der pflegenden Angehörigen - nach Hause oder in eine andere adäquate Einrichtung angestrebt.

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 (vergleichbar zur Palliativstation) kümmert sich in einem ganzheitlichen Ansatz um Patienten und Angehörige.

Überwachung der Schmerztherapie, Symptomkontrolle, palliativpflegerische, psychosoziale und spirituelle Betreuung wird angeboten mit dem Ziel Symptome zu lindern und bestmöglichen Lebensqualität der Betroffenen bis zum Tod zu erreichen.

Je nach regionaler Gegebenheit kann das Team eines stationären Hospizes auch die Aufgaben eines PKD bzw. eines mobilen Palliativteams übernehmen und den Support im Krankenhaus bzw. extramural abdecken.

Tageshospiz

In einem Tageshospiz werden vor allem PatientInnen, die noch zu Hause leben können, und ihre Angehörigen palliativmedizinisch, pflegerisch und psychosozial beraten und tageweise / tagsüber betreut.

Es versteht sich als Ergänzung zum ambulanten Hospizdienst, es kann aber auch als eigenständiges Angebot von allen PalliativpatientInnen in Anspruch genommen werden. Das Tageshospiz entlastet die Angehörigen und hilft u.a. die soziale Isolation zu verhindern.

2.3.2 Strukturqualitätskriterien

(siehe Anlage 3)

Für Palliativstationen gab es bereits seit mehreren Jahren definierte Strukturqualitätskriterien (SQK), die in den ÖKAP/GGP 2003 aufgenommen und somit verbindlich sind.

In der Arbeitsgruppe am ÖBIG, wo der Landesverband Hospiz NÖ eingebunden war, wurden im Jahr 2004 die SQK zusätzlich für die anderen Bausteine (Stationäres Hospiz, Tageshospiz, Mobiles Hospizteam, Mobiles Palliativteam, Palliativkonsiliardienst) im Hinblick auf

- Personalausstattung
- Personalqualifikation
- Technische Ausstattung
- Räumliche Ausstattung
- Leistungsangebot
- Größe / Dimensionierung

festgelegt. Diese neuen SQK wurden im Sinne der Bundeseinheitlichkeit auch für das vorliegende Konzept der abgestuften Hospiz- und Palliativbetreuung in NÖ angewendet.

Von der NÖ Arbeitsgruppe wurden an den SQK einige Ergänzungen für Palliativstationen, die Ausbildung des Personals betreffend, als notwendig erachtet und vorgenommen.

Es wurde unter anderem ausdrücklich betont, dass die Zusatzqualifikation der einzelnen MitarbeiterInnen in Palliative Care (mind.160 Stunden) aufgrund der vielschichtigen Anforderungen unerlässlich ist. Für Personen in leitender Funktion wurde der Aufbaulehrgang (weitere 315 Stunden) empfohlen.

Damit die Kriterien erfüllt werden, wird eine Übergangsfrist von drei Jahren vorgeschlagen. Das ist erfahrungsgemäß ein realistischer Zeitrahmen zur Schulung des Personals.

Weil die Arbeitssituation für das Pflegepersonal vergleichbar belastend ist wie auf einer Krankenhaus-Intensivstation, muss auch die Besoldung gleichgestellt werden (Empfehlung einer Palliative-Care-Zulage).

2.3.3 Empfehlungen für den Krankenhausbereich

Das Krankenhaus bildet die höchste, aber auch die teuerste Palliativ-Versorgungsebene. In den vom NÖGUS beauftragten Pilotprojekten (Endbericht „Palliativmedizin in NÖ Fonds-krankenanstalten - Evaluierungsstudie“, März 2004) hat sich erwiesen, dass im Spitals-

bereich sowohl das Modell Palliativstation als auch das Modell PKD-Palliativkonsiliardienst zielführende Betreuungsmodelle sind, wobei der PKD kostengünstiger ist (297 Euro/-Tageskosten pro Patient beim PKD versus 341 Euro bei der Palliativstation). Ein weiteres Ergebnis war, dass in Abhängigkeit der unterschiedlichen Bedürfnisse der PatientInnen im Verlauf ihrer Erkrankung die größte Wirkung durch einen differenzierten, flexiblen Einsatz der beiden Modelle über die Betreuungsphasen hinweg erreicht werden kann.

Für Krankenhäuser, in denen umfassende Palliativversorgung angeboten wird, wurde im Endbericht daher die Kombination einer Palliativstation mit einem PKD empfohlen. Damit können einerseits die Vorteile beider Betreuungsmodelle genutzt werden, andererseits ist die Kombination der Modelle kostengünstiger und ist der PKD auch extramural einsetzbar.

Die Arbeitsgruppe hat in ihrer Konzeptarbeit postuliert, dass in Krankenanstalten jedenfalls Palliativbetreuung vorhanden sein muss, allerdings mit folgender Abstufung.

Krankenanstalt	Palliativstruktur
KA mit umfassender Palliativversorgung (Voraussetzung: Haus mit Onkologischem Schwerpunkt oder Interner Abt. mit Onkologie – oder als regionale Notwendigkeit). Darunter fallen die KA Amstetten, Hollabrunn, Krems/Donau, Mistelbach, St. Pölten, Waidhofen/Thaya, Wr. Neustadt – sowie Scheibbs, Lilienfeld als regionale Notwendigkeit	Palliativstation (Betten) im Haus und zusätzlich hauseigener PKD ; ggf. Tageshospiz im Haus möglich
KA mit allgemeiner Palliativversorgung (alle übrigen NÖ Krankenanstalten)	Entweder hauseigener PKD , oder es kommt externer PKD oder ggf. Mobiles Palliativteam ins Haus
Palliativbetten kommen in Krankenanstalten nicht additiv hinzu, sie werden durch Umwidmungen von in anderen Bereichen nicht benötigten systemisierter Betten geschaffen (Vorgabe ÖKAP/GGP). Im Falle vorübergehender Nichtbelegung können Palliativbetten bei Bedarf sehr sinnvoll für Schmerzpatienten und für schwierige Pflegefälle in Anspruch genommen werden.	

Aufgrund der geographischen Weiträumigkeit des Landes und der unterschiedlichen Bevölkerungsverteilung soll es pro Region zumindest zwei, maximal jedoch vier Standorte mit Palliativbetten geben, wobei auch Standorte mit Hospizbetten in Heimen zu zählen sind.

Die Vernetzung der intra- mit den extramuralen Diensten bringt eine weitere Kostenoptimierung und sichert zudem die Kontinuität der Palliativbetreuung über die Grenzen des Krankenhauses hinaus. Nur die systemübergreifende Zusammenarbeit lässt eine finanzielle Entlastung des Krankenhauses erwarten.

2.3.4 Bedarf

(siehe Anlage 2)

Eine exakte Berechnung des Bedarfs an den verschiedenen Hospiz- und Palliativangeboten ist zur Zeit schwierig, weil es sich um einen neuen Leistungsbereich im Gesundheitssystem handelt der sich in der Aufbauphase befindet, sodass es in Österreich noch keine länger-jährigen Erfahrungswerte gibt. Unter Zugrundelegung der neuen Richtwerte im Simulationsmodell des ÖBIG und der Projekterfahrungen in NÖ kristallisiert sich der folgende rechnerische Bedarf heraus (der tatsächliche Umsetzungsvorschlag ist im Kapitel 3.6 zu finden).

Versorgungsangebot	Rechnerischer Bedarf für NÖ	Tatsächlicher Umsetzungsvorschlag im Kap. 3.6
Mobiles Hospizteam im Schnitt ein Team für 40.000 Einwohner	37,5 Teams	
Mobiles Palliativteam ein Team pro 80.000 Einwohner im ländlichen Bereich ein Team pro 140.000 EW im städtischen Bereich	18 Teams	
Palliativkonsiliardienst (PKD) muss im Bedarfsfall für jedes Krankenhaus verfügbar sein	27 KA-Standorte sind zu bedienen	
Palliativstation / Stationäres Hospiz Empfehlung ÖBIG: 60 Betten pro 1 Mill. Einwohner; 1 Bett pro 16.666 Einwohner; Aufteilung je nach örtlichen Gegebenheiten. Für eine Palliativstation: mindestens 200.000 Einwohner	90 Betten, verteilt auf Krankenanstalten und Heime	
Tageshospiz Bedarf in NÖ zur Zeit nicht abschätzbar. Richtwert 150.000 EW		

3 Stufenplan für NÖ

3.1 Zielsetzung und Zeithorizont

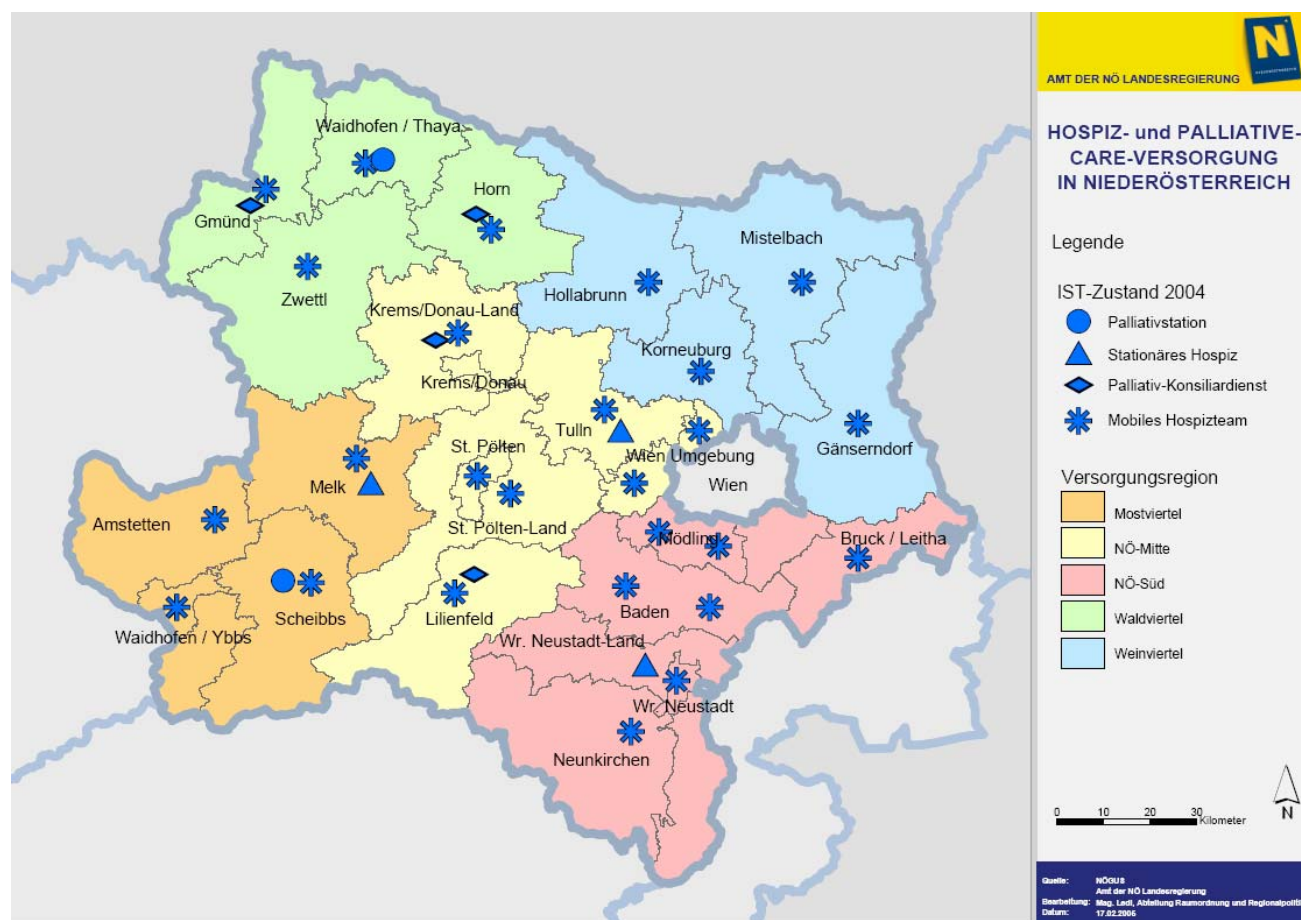
Die Arbeitsgruppe schlägt vor, dass bis zum Jahr 2012 im Sinne der neuen 15a-B-VG-Vereinbarung eine gleichwertige, flächendeckende abgestufte Hospiz- und Palliative-Care-Versorgung in NÖ umgesetzt werden soll.

Unter Berücksichtigung der bereits vorhandenen Strukturen und Ressourcen wurde für die Umsetzung des vorliegenden Konzeptes der nachfolgende Stufenplan erstellt:

<u>Stufe 1</u>	Jahre 2005 - 2007
<u>Stufe 2</u>	Jahre 2008 - 2009
<u>Stufe 3</u>	Jahre 2010 - 2012

3.2 Ist – Zustand 2004

Die Hospiz- und Palliative-Care-Versorgung in NÖ verfügt zur Zeit über folgende Strukturen:



Legende:

●	Palliativstation	(derzeit 2)
▲	Stationäres Hospiz	(derzeit 3)
◆	PKD/Mobiles Palliativteam	(derzeit 4 PKD)
★	Mobiles Hospizteam	(derzeit 25 Teams)
☆	Tageshospiz	(2004 keines)

Mobile Hospizteams

Derzeit sind 25 Mobile Hospizteams verschiedener Vereine und Rechtsträger im Einsatz (davon erfüllen 21 die Förderungskriterien des Landes, 4 sind im Aufbau). Ein Hospizteam im Bezirk Mödling sowie das Team der Hospizbewegung Baden haben ehrenamtlich bereits viele Aufgaben eines Mobilen Palliativteams übernommen.

PKD-Palliativkonsiliardienst

Zwei PKD-Palliativkonsiliardienste finden sich im KH Gmünd und KH Lilienfeld (ehemals Pilotprojekte des NÖGUS), ein weiteres Palliativteam arbeitet im KH Krems und am Waldviertelklinikum Horn hat ein Palliativteam mit der Arbeit begonnen.

Palliativstationen

Palliativstationen befinden sich derzeit im KH Waidhofen an der Thaya (6 Betten) und im KH in Scheibbs (4 Betten), ebenfalls Einrichtungen aus den Pilotprojekten des NÖGUS.

Palliativstationen

Palliativstationen sind in den Landes-Pflege- und Pensionistenheimen in Melk, Tulln und Wiener Neustadt mit jeweils 6 Betten vorhanden.

Auf der folgenden Seite ist eine Übersichtstabelle mit dem IST-Stand des Versorgungsangebotes im Jahr 2004, gegliedert nach den sechs Versorgungsangeboten, zu finden.

Das Grundschema dieser Tabelle wurde auch für die Darstellung des SOLL-Standes im Jahr 2012 herangezogen (siehe Kapitel 3.6), sodass ein guter tabellarischer Vergleich über den stufenweisen Ausbau des vorgeschlagenen integrierten Hospiz- und Palliativ-Versorgungskonzeptes möglich ist.

Übersichtstabelle – IST-Stand 2004 des Versorgungsangebotes pro Region (Standorte)

Angebot Region	Mobiles Hospizteam (MHT)	Mobiles Palliativteam	PKD - Palliativ- Konsiliardienst	Palliativstation (mit Betten)	Tages- hospiz	Stationäres Hospiz (mit Betten)
Waldviertel	- Verein Hospiz Waldviertel Waidhofen/Thaya - Hospizteam Horn (im Aufbau) *) - Hospizbewegung Zwettl (im Aufbau) *) - Hospizverein Gmünd (im Neuaufbau) *)	----	- KH Horn - KH Gmünd	- KH Waidhofen/Thaya (6 Betten)	----	----
Weinviertel	<u>Mobile Hospizteams der Caritas Wien:</u> - MHT NÖ Region Gänserndorf - MHT NÖ Region Mistelbach/Wolkersdorf - MHT NÖ Region Hollabrunn - MHT NÖ Region Korneuburg/Stockerau	----	----	----	----	----
NÖ Mitte	- MHT Caritas St. Pölten, Region St.Pölten-Stadt - MHT Caritas St. Pölten, Region St.Pölten-Land - MHT Caritas St. Pölten, Region Krems - MHT Tulln des ÖRK, NÖ - MHT Caritas St. Pölten, Region Lilienfeld - MHT Purkersdorf des ÖRK, NÖ (im Aufbau) *) - Hospiz St. Martin Klosterneuburg	----	- KH Lilienfeld - KH Krems	----	----	- LPPH Tulln (6 Betten)
NÖ Süd	- Verein Hospiz Mödling-Ost + West (z.T. Pall.Team) - Hospizbewegung Baden (z.T. auch Pall.Team) - Verein Hospiz Triestingtal, Berndorf - MHT Caritas Wien NÖ Region Bruck, Schwechat - MHT Caritas Wien NÖ Region Wr.Neustadt-Stadt+Land - MHT Caritas Wien NÖ Region Neunkirchen	----	----	----	----	- LPPH Wr. Neustadt (6 Betten)
Mostviertel	- MHT des Hospizes im LPPH Melk - Verein Palliative Care/Hospiz Region Mostviertel, Scheibbs - MHT Caritas St. Pölten, Region Amstetten - MHT Caritas St. Pölten, Region Waidhofen/Ybbs	----	----	- KH Scheibbs (4 Betten)	----	- LPPH Melk (6 Betten)
NÖ gesamt	25 Mobile Hospizteams	----	4 Palliativ- Konsiliardienste	2 Palliativstationen mit 10 Betten	----	3 Stationäre Hospize mit 18 Betten

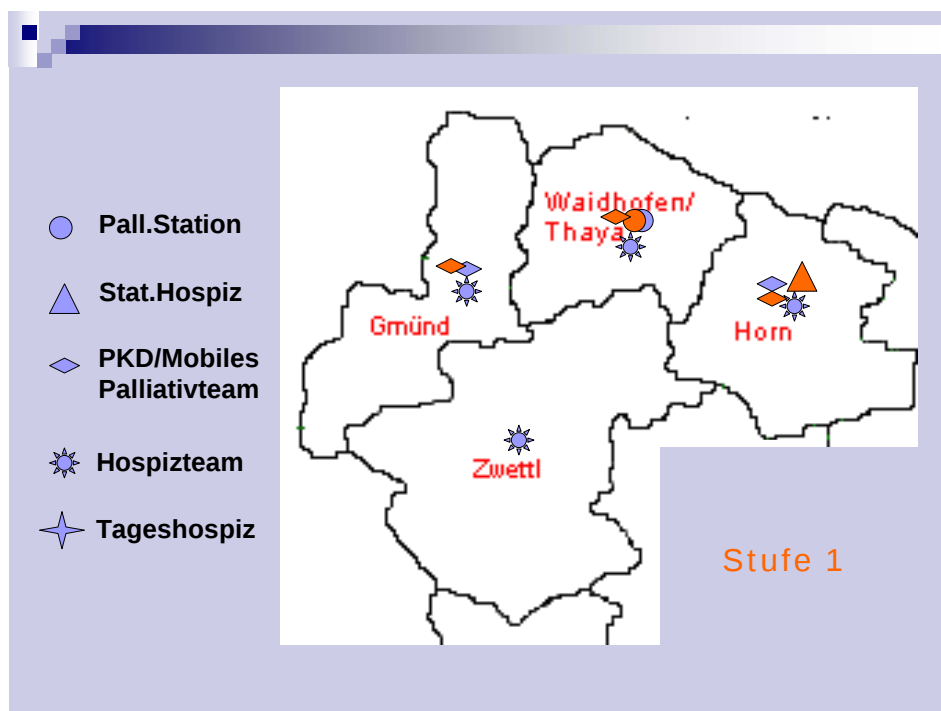
*) im Aufbau bedeutet, dass entweder die kriterienmäßig erforderliche Anzahl ehrenamtlicher Mitarbeiter noch nicht erreicht ist oder dass noch kein Förderungsantrag gestellt wurde, sodass derzeit noch keine Förderung seitens des Landes erfolgt.

Legende: **Blau = IST-Stand 2004**

3.3 Stufe 1 (Jahre 2005 – 2007) pro Region

Siehe Details für jede Region in Anlage 4

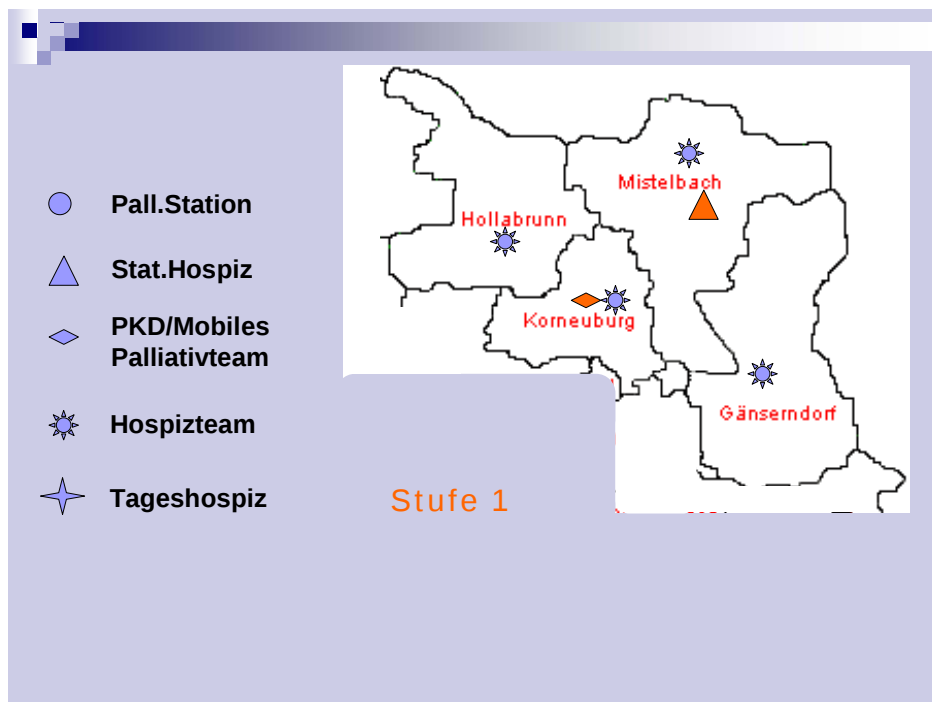
Region Waldviertel



Stufenziel:

- Palliativstation KH Waidhofen/Thaya (Aufstockung von 6 auf 8 Betten) und PKD/-Mobiles Palliativteam für Bezirke Waidhofen/Thaya sowie Zwettl (bis dort ein Team aufgebaut ist)
- PKD /Mobiles Palliativteam KH Gmünd für Bezirk Gmünd
- PKD/Mobiles Palliativteam im Waldviertelklinikum Horn
- Hospiz im Stephansheim Horn (4 Betten)

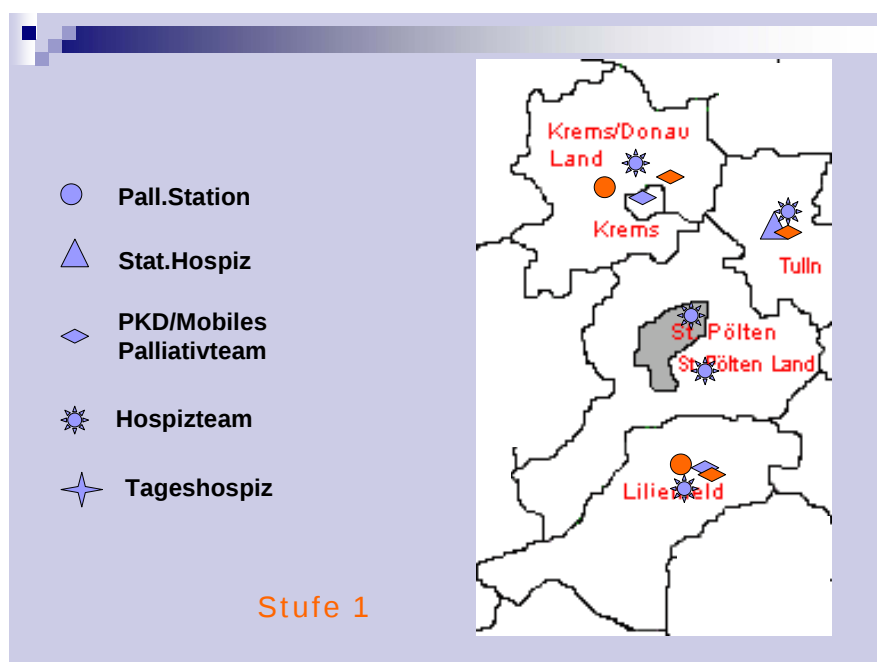
Region Weinviertel



Stufenziel:

- Mobiles Palliativteam der Caritas für das gesamte Weinviertel
- Hospiz im LPPH Mistelbach (6 Betten)

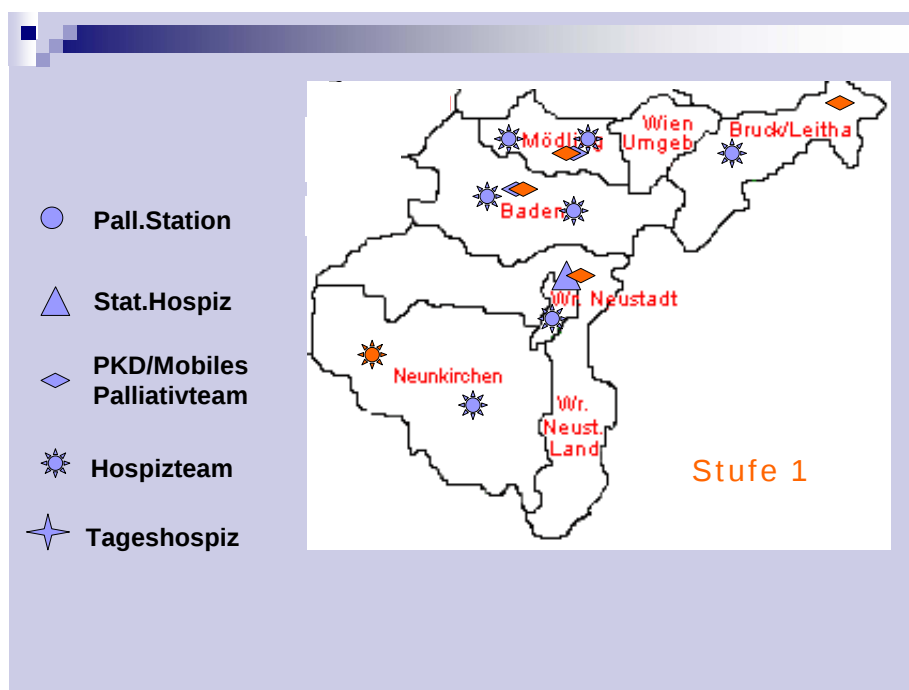
Region NÖ Mitte



Stufenziel Region NÖ Mitte:

- Palliativeinheit (8 Betten) und PKD/Mobiles Palliativteam KH Lilienfeld
- PKD/Mobiles Palliativteam im LKH Krems aufstocken
- Palliativstation (8 Betten) LKH Krems
- Palliativteam LPPH Tulln

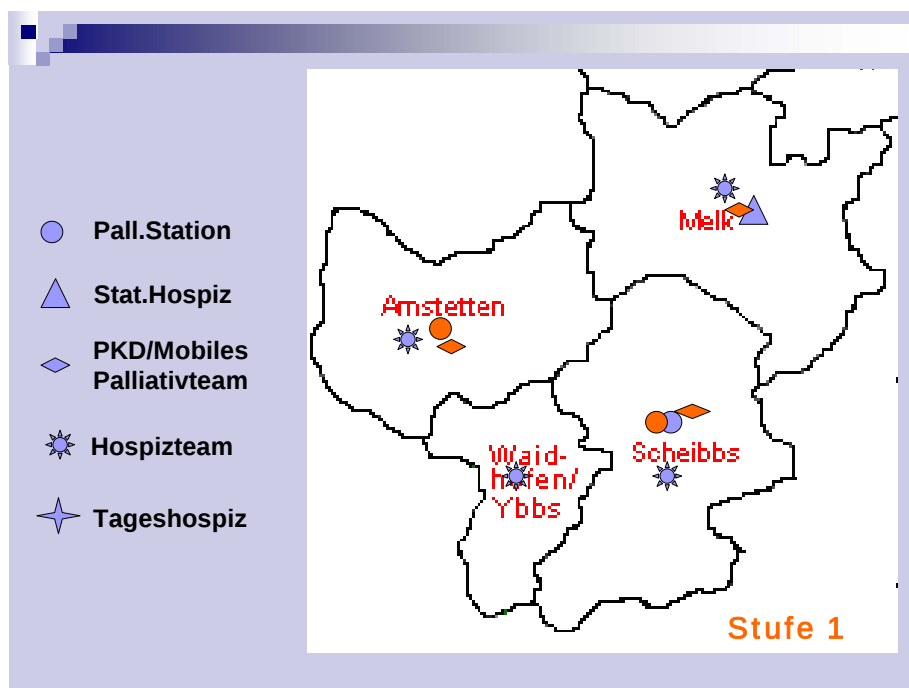
Region NÖ Süd



Stufenziel:

- Mobiles Palliativteam durch Verein Hospiz Mödling (hat Palliativteam-Kompetenz) für Bezirk Mödling
- PKD/Mobiles Palliativteam im Thermenklinikum KH Baden für den Bezirk Baden
- PKD/Palliativteam im KH Hainburg (kann auch vom Bezirk Gänserndorf angefragt werden)
- PKD/Palliativteam in Kooperation mit dem stationären Hospiz Wr. Neustadt versorgt Bezirk Wr. Neustadt und Neunkirchen
- Zweites Mobiles Hospizteam Neunkirchen

Region Mostviertel



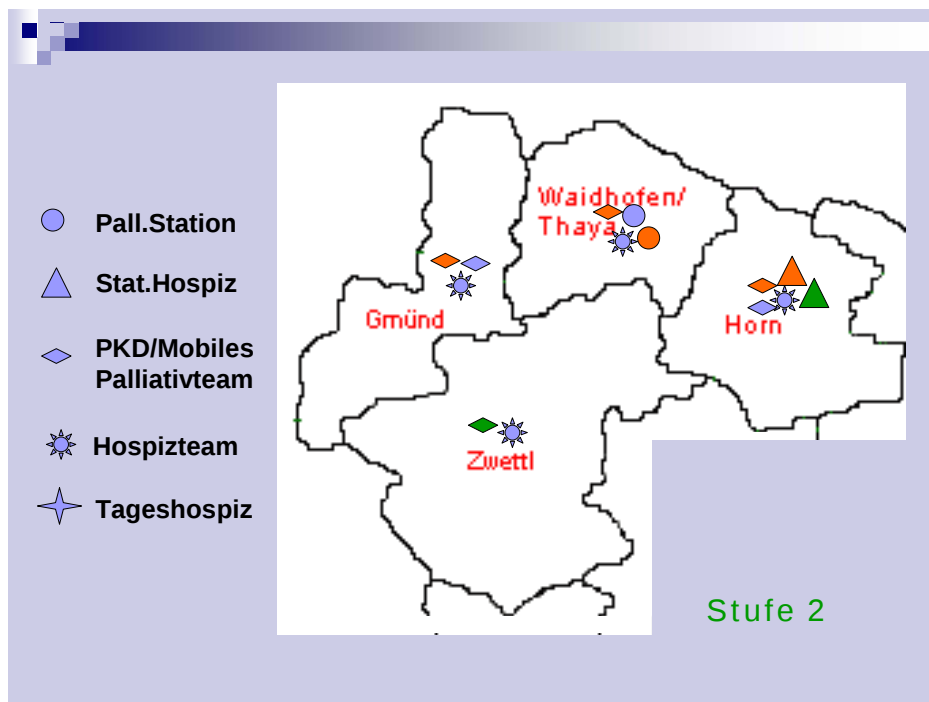
Stufenziel:

- PKD/Mobiles Palliativteam in Kombination mit der Palliativstation in KH Scheibbs
- KH Scheibbs Palliativstation mit 8 Betten
- Palliativteam am LPPH Melk in Kombination mit der Hospizstation für den Bezirk Melk
- Palliativstation/ PKD/Mobiles Palliativteam in KH Amstetten

Die Region Mostviertel wird mit den getätigten Umsetzungsmaßnahmen nach der Stufe 1 im Hinblick auf die integrierte Hospiz- und Palliativversorgung entsprechend dem vorliegenden Konzept bereits fertig sein. In den folgenden Stufen 2 und 3 fallen im Mostviertel keine Ausbaumaßnahmen an.

3.4 Stufe 2 (Jahre 2008 – 2009) pro Region

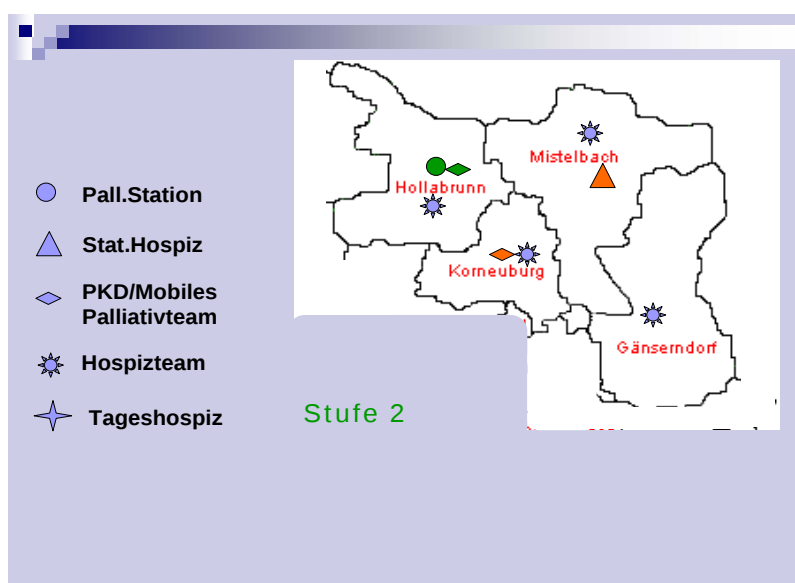
Region Waldviertel



Stufenziel:

- Hospiz im Stephansheim Horn mit 6 Betten
- PKD/Mobiles Palliativteam im KH Zwettl

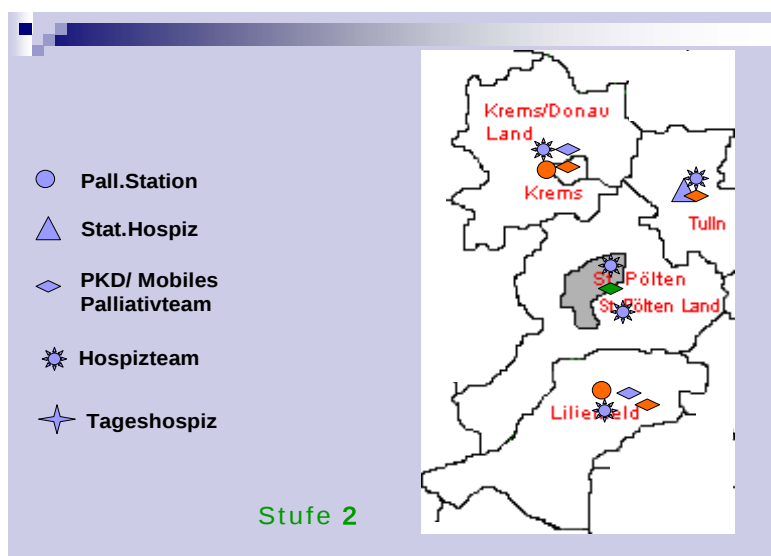
Region Weinviertel



Stufenziel:

- KH Hollabrunn Palliativstation 6 Betten und PKD/Palliativteam für Hollabrunn

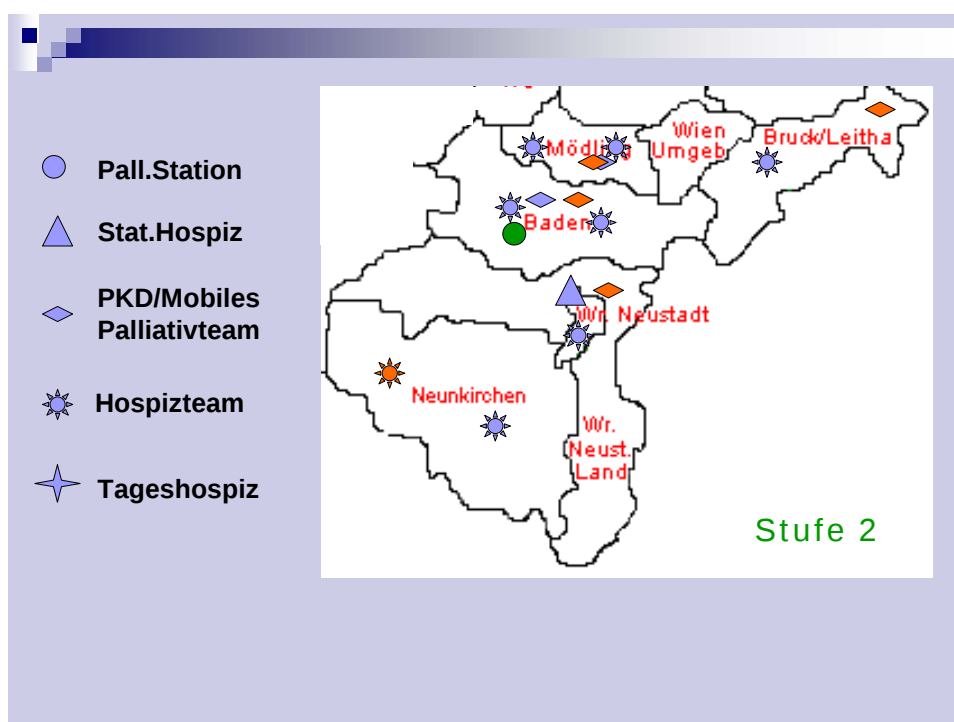
Region NÖ Mitte



Stufenziel:

- PKD/Mobiles Palliativteam im Landsklinikum St.Pölten für St.Pölten Stadt/ Land

Region NÖ Süd



Stufenziel:

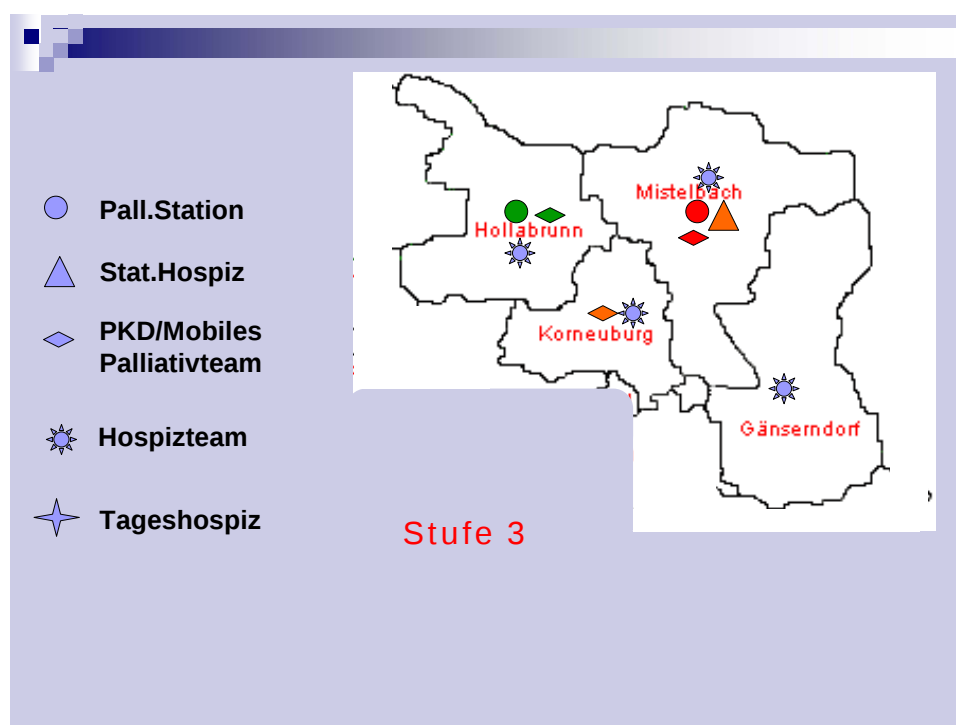
- Palliativstation Thermenklinikum KH Baden mit 10 Betten

3.5 Stufe 3 (Jahre 2010 – 2012) pro Region

In den Regionen Mostviertel, welche bereits nach der Stufe 1 den Vollausbau erreicht haben wird, und im Waldviertel, welches nach der Stufe 2 soweit ist, finden in der Stufe 3 keine weiteren Umsetzungsmaßnahmen statt.

Mit nachstehenden Vervollständigungen der Stufe 3 in den Regionen Weinviertel, NÖ Mitte und NÖ Süd wird aus heutiger Sicht das Hospiz- und Palliativ-Netzwerk in Niederösterreich fertig gestellt sein und über alle Strukturen entsprechend den aktuellen Vorgaben und Standards verfügen.

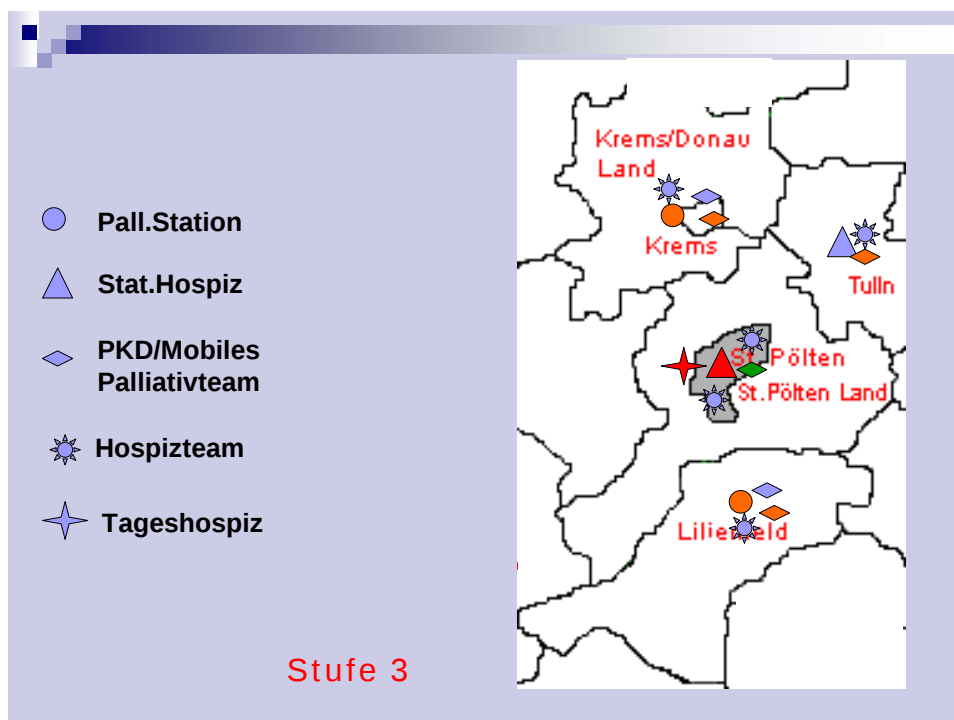
Region Weinviertel



Stufenziel:

- KH Mistelbach: Palliativstation mit 6 Betten sowie PKD/Mobiles Palliativteam

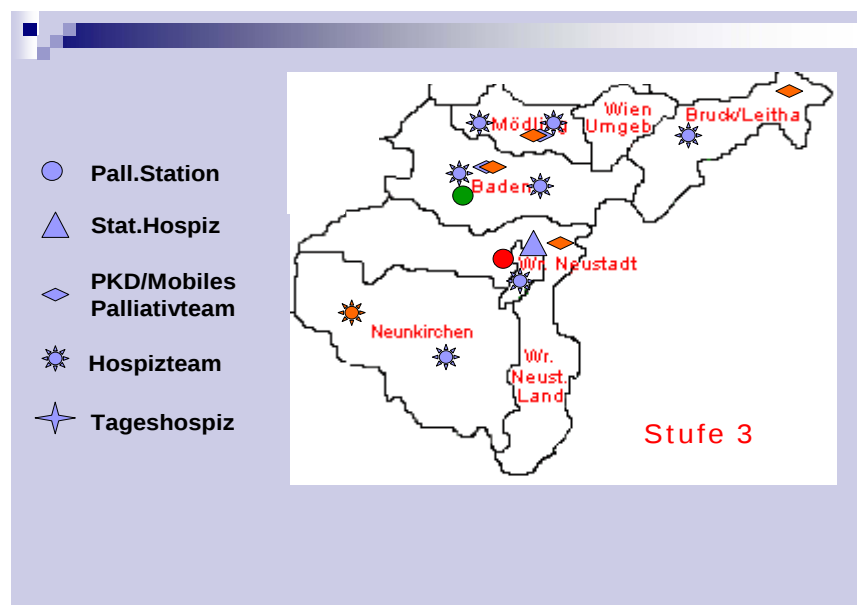
Region NÖ Mitte



Stufenziel:

- Hospiz im LPPH St.Pölten (6 Betten) inkl. Tageshospiz

Region NÖ Süd

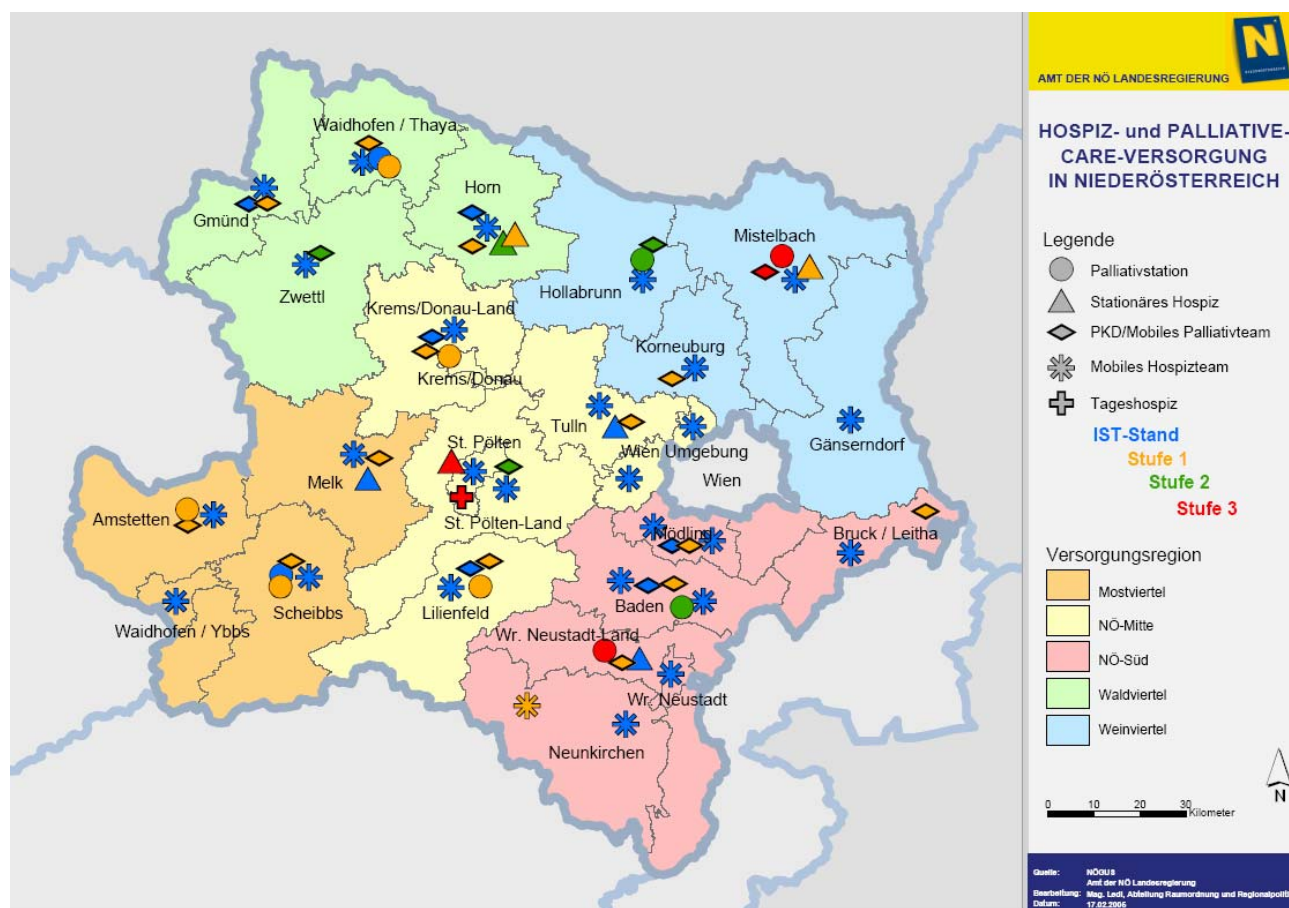


Stufenziel:

- Palliativstation KH Wr. Neustadt mit 6 Betten

3.6 Flächendeckendes Versorgungsnetzwerk NÖ 2012

Das im Zeitraum 2005 – 2012 aufzubauende Netzwerk wird im Vollausbau das folgende Gesamtbild aufweisen. Auf der Folgeseite ist eine Übersichtstabelle mit Standorten zu finden.



Legende:

Ist-Stand	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3		
				Palliativstationen	von 2 → auf 9
				Stationäres Hospize	von 3 → auf 6
				PKD/Mobile Palliativteams	von 4 → auf 19
		---	---	Mobiles Hospizteams	von 25 → auf 26
---	---	---		Tageshospize	von 0 → auf 1

Übersichtstabelle – SOLL-Stand 2012, entsprechend Verdichtung des Versorgungsnetzwerks pro Region (Standorte)

Angebot Region	Mobiles Hospizteam (MHT)	Mobiles Palliativteam	PKD - Palliativ-Konsiliardienst	Palliativstation (mit Betten)	Tageshospiz	Stationäres Hospiz (mit Betten)
Waldviertel (146.000 EW)	- Verein Hospiz Waldviertel Waidhofen/Thaya - Hospizteam Horn (im Aufbau) *) - Hospizbewegung Zwettl (in Aufbau) *) - Hospizverein Gmünd (im Neuaufbau) *)	auch mobil ← auch mobil ← auch mobil ← auch mobil ←	- KH Horn + Erweiterung - KH Gmünd + Erweiterung - KH Waidhofen/T, anfangs auch für Bezirk Zwettl - KH Zwettl + Bezirk	- KH Waidhofen/T (6 B.) - KH Waidhofen/T (+ 2 B.)	-----	- Stephansheim Horn (4 B.) - Stephansheim Horn (+ 2 B.)
Weinviertel (287.000 EW)	<u>Mobile Hospizteams der Caritas Wien:</u> - MHT NÖ, Region Gänserndorf - MHT NÖ, Region Mistelbach/Wolkersdorf - MHT NÖ, Region Hollabrunn - MHT NÖ, Region Korneuburg/Stockerau	→ Caritas für gesamtes Weinviertel (bis zum Ausbau der Strukturen) auch mobil ← auch mobil ←	→ versorgt als PKD auch Krankenanstalten - KH Hollabrunn - KH Mistelbach, auch für Bezirk	- KH Hollabrunn (6 Betten) - KH Mistelbach (6 Betten)	-----	- LPPH Mistelbach (6 B.)
NÖ Mitte (363.000 EW)	- MHT Caritas St. Pölten, Region St. Pölten-Stadt - MHT Caritas St. Pölten, Region St. Pölten-Land - MHT Caritas St. Pölten, Region Krems - MHT Tulln des ÖRK, NÖ - MHT Caritas St. Pölten, Region Lilienfeld - MHT Purkersdorf des ÖRK, NÖ (im Aufbau) *) - Hospiz St. Martin Klosterneuburg	auch mobil ← auch mobil ← auch mobil ← auch mobil ←	- KH Lilienfeld + Erweiterung - KH Krems + Aufstockung - LPPH Tulln - KH St. Pölten, für Stadt + Land	- KH Lilienfeld (8 Betten) - KH Krems (8 Betten)	- LPPH St. Pölten	- LPPH Tulln (6 Betten) - LPPH St. Pölten (6 Betten)
NÖ Süd (512.000 EW)	- Verein Hospiz Mödling Ost + West (z.T. Pall.Team) - Hospizbewegung Baden (z.T. auch Pall.Team) - Verein Hospiz Triestingtal, Berndorf - MHT Caritas Wien NÖ, Region Bruck, Schwechat - MHT Caritas Wien NÖ, Region Wr. Neustadt-Stadt/L - MHT Caritas Wien NÖ, Region Neunkirchen - Zweites MHT für Bezirk Neunkirchen	→ Pall.Team Mödling auch mobil ← auch mobil ← auch mobil ←	→ versorgt als PKD bei Bedarf auch KH Mödling - KH Baden + für Bezirk - KH Hainburg, bei Bedarf auch für Bezirk Gänserndorf - LPPH Wr. Neustadt + für Bezirke WN + NK - KH Wr. Neustadt	- KH Baden (10 Betten) - KH Wr. Neustadt (6 B.)	-----	- LPPH Wr. Neustadt (6 B.)
Mostviertel (240.000 EW)	- MHT des Hospizes im LPPH Melk - Verein Pall. Care/Hospiz Reg. Mostviertel, Scheibbs - MHT Caritas St. Pölten, Region Amstetten - MHT Caritas St. Pölten, Region Waidhofen/Ybbs	auch mobil ← auch mobil ← auch mobil ←	- KH Scheibbs, mobil - KH Amstetten, mobil - LPPH Melk + für Bezirk	- KH Scheibbs (4 Betten) - KH Scheibbs (+4 Betten) - KH Amstetten (6 Betten)	-----	- LPPH Melk (6 Betten)
NÖ gesamt	26 Mobile Hospizteams	19 Mobile Palliativteams, davon 17 PKD		9 Palliativstationen mit 66 Betten	1 Tageshospiz	6 Stationäre Hospize mit 36 Betten

*) im Aufbau bedeutet, dass entweder die kriterienmäßig erforderliche Anzahl ehrenamtlicher Mitarbeiter noch nicht erreicht ist oder noch kein Förderungsantrag gestellt wurde, sodass derzeit noch keine Förderung seitens des Landes erfolgt

Legende Ausbaustufen: **Blau = Ist-Stand 2004** **Orange = Stufe 1 bis 2007** **Grün = Stufe 2 bis 2009** **Rot = Stufe 3 bis 2012**

Die Differenz zwischen dem rechnerischen Bedarf (Kapitel 2.3.4) und der von der Arbeitsgruppe vorgeschlagenen Struktur für eine gleichwertige, flächendeckende abgestufte Hospiz- und Palliativ-Versorgung in Niederösterreich wird wie folgt kommentiert:

Versorgungsangebot	Rechnerischer Bedarf für NÖ	Umsetzungsvorschlag	Kommentar der Arbeitsgruppe
Mobiles Hospizteam	37,5 Teams <u>Richtwert:</u> ein Team für 40.000 EW	26 Teams (orientiert am bisherigen Richtwert 1 Team/60.000 EW)	Der Fehlbedarf von 11,5 Teams wird durch flexible Gestaltung und Organisation nachstehender Strukturen kompensiert.
Mobiles Palliativteam	18 Teams <u>Richtwert:</u> im ländlichen Bereich ein Team für 80.000 EW, im städtischen Bereich ein Team für 140.000 EW)	19 Teams, <u>davon</u> 17 PKD-Teams in KA und LPPH	Der PKD von Krankenanstalten und Heimen soll <u>intra-</u> und <u>extramural</u> einsetzbar sein, im Verhältnis 50% zu 50%. <u>Vorteile</u> sind: Höhere Sicherheit, Qualität und Flexibilität durch Brückenfunktion zu Krankenhaus bzw. Heim. Mobiler PKD verringert den strukturellen Gesamtbedarf an Einrichtungen.
Palliativ-konsiliardienst (PKD)	27 KA-Standorte sind zu bedienen <u>NÖ-Vorgabe:</u> muss im Bedarfsfall für jede KA vorhanden sein	17 PKD-Teams, auch mobil einsetzbar (übrige KA haben Palliativstationen)	
Palliativstation / Stationäres Hospiz	90 Betten, verteilt auf Krankenanstalten und Heime <u>Richtwert:</u> 60 Betten für 1 Mill. EW	102 Betten, <u>davon:</u> 66 Palliativ-Betten (in 9 KH-Stationen) und 36 Hospiz-Betten (in 6 Hospizen)	Der rechnerische Bedarf wird infolge geographischer Verhältnisse und der Prämisse der Erreichbarkeit um 12 Betten überschritten. Bei allfällig geringer Bettenauslastung können diese Betten sehr sinnvoll für Schmerztherapien und für schwierige Pflegefälle dienen.
Tageshospiz	Bedarf in NÖ zur Zeit nicht abschätzbar. (Richtwert: ein Tageshospiz auf 150.000 Einwohner)	1 Tageshospiz	Tageshospize eignen sich besser für (groß)urbane Verhältnisse mit geringen Entfernungen zwischen Wohnstätte und Hospiz. Daher derzeit Vorschlag für nur ein für Tageshospiz (St. Pölten)

3.7 Personal- und Ausbildungsbedarf

Die Versorgung von PatientInnen im Palliativbereich erfordert neben der Sozialkompetenz auch entsprechende Fähigkeiten und Fertigkeiten, welche Inhalt der qualifizierten Palliativ-ausbildung sind. Hier ist vorgesehen, dass die MitarbeiterInnen in der Palliativversorgung die nötige Fach- und Methodenkompetenz erwerben.

Dazu dient der interdisziplinäre Basislehrgang für Palliative Care (mind. 160 Stunden). Darauf aufbauend haben die leitenden und koordinierenden Stellen und Personen den Aufbaulehrgang für Palliative Care zu absolvieren (weitere 315 Stunden). Damit wird sichergestellt, dass diese das nötige Instrumentarium und Wissen erwerben um den anspruchsvollen Herausforderungen gewachsen zu sein.

Es wird langfristig eine flächendeckende Schulung des involvierten Personals angestrebt, mit einer Übergangsfrist von drei Jahren für die Absolvierung der Schulung.

3.8 Reisebedarf und Sachmittelbedarf

In Versorgungseinrichtungen (Krankenhäusern, Heimen) ist vorgesehen, dass der hausintern installierte PKD-Palliativkonsiliardienst in den umliegenden Bezirken auch als mobiles Palliativteam zum Einsatz kommt oder als Supportteam tätig wird. Diese Teams frequentieren die wichtige Schnittstelle intra-/extramuraler Bereich. Es ist geplant, dass diese Teams nach Anforderung durch PatientInnen, Angehörige, niedergelassene ÄrztInnen oder auch durch Krankenhäuser und Heime mit dem eigenen PKW auf Basis Kilometergeld nach außen agieren.

Weiters erscheint wichtig, dass diese Teams gleich vor Ort dokumentieren und kommunizieren können. Zur Dokumentation ist pro Team ein Notebook geplant, die effiziente Kommunikation soll mittels Diensthandy ermöglicht werden.

4 Beauftragte/r für Palliative Care

Zur Umsetzung der dargestellten Stufenpläne, aber auch für das kontinuierliche Management muss es in der jeweiligen Region eine/n Beauftragte/n für Palliative Care geben. Die Arbeitsgruppe hat zum Stellenprofil folgende Aufgaben definiert:

- Umsetzung des Stufenplanes in der jeweiligen Region
- PC Beauftragte/r ist entscheidungskräftig
- Budgeterstellung/-einreichung (z.B.Schulungskosten etc)
- Personalplanung entsprechend dem Stufenplan
- Ressourcenplanung
- Konzepterstellung der einzelnen Stufen unter Einbeziehung aller beteiligten Personen /Institutionen und mobilen Dienste inkl. SMD
- Erhebung des Ist-Zustandes
- Planung und Dokumentation der weiteren Schritte unter Aufteilung der vorhandenen Geldmittel
- Berichtswesen über die Tätigkeit in der Region
- Regelmäßige Reflexion über den Stand der Entwicklung
- Begleitung in der Umsetzung
- Jährliche Evaluierung
- Teilnahme an Sitzungen – dafür stehen Räumlichkeiten mit Ausstattungen zur Verfügung

Dieser Dienstposten ist für 3 bis 4 Jahren befristet, er kann dann in einen unbefristeten Vertrag übergehen oder neu besetzt werden.

Alle Personalentscheidungen trifft der Landesverband Hospiz NÖ in Absprache mit dem Land NÖ und dem NÖGUS, ggf. mit der Sozialversicherung.

Daraus ergibt sich folgendes Anforderungsprofil für Palliative-Care-Beauftragte:

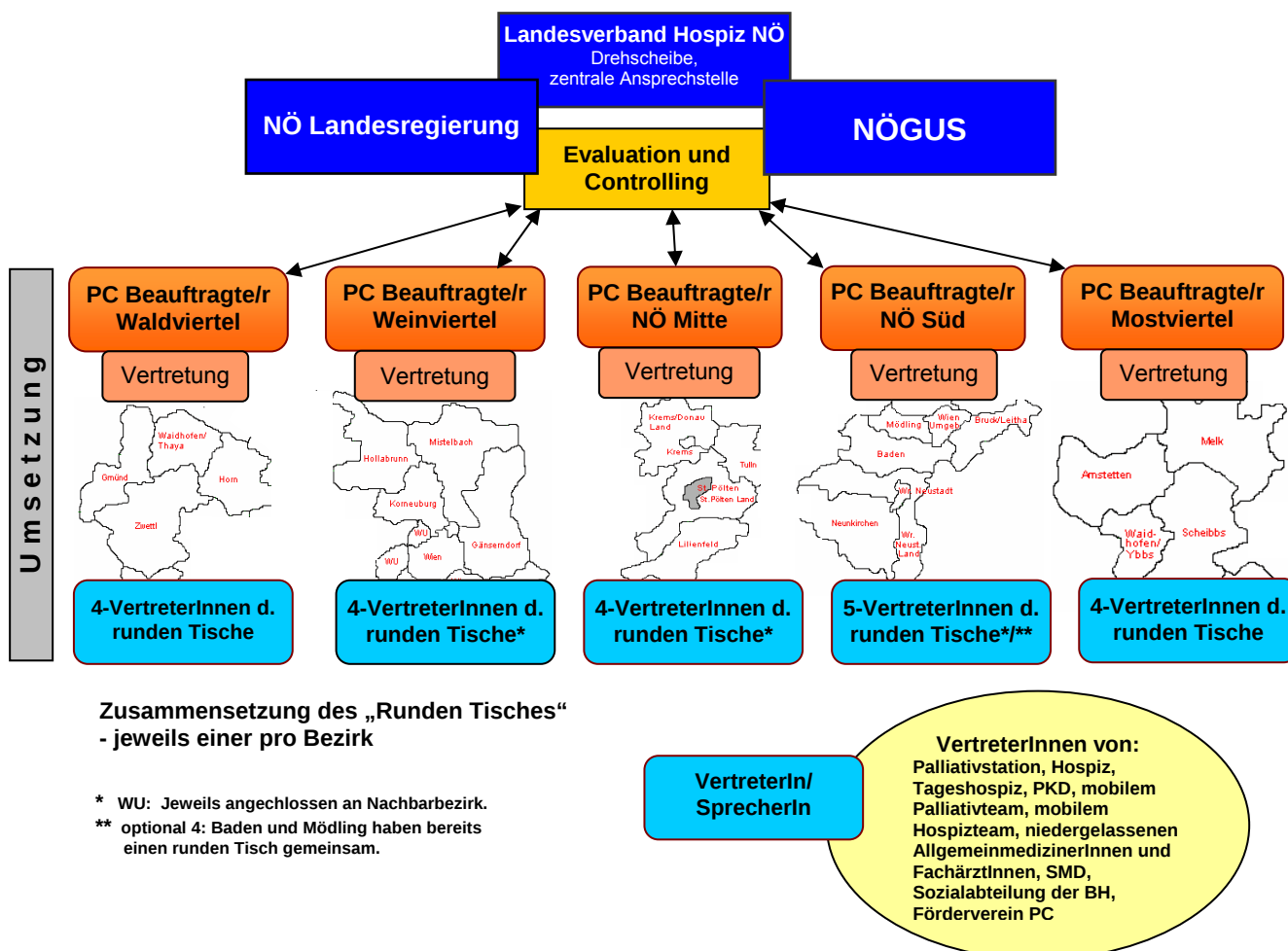
- DGKP/ArztIn/DSA mit praktischer Erfahrung im Aufbau eines stationären/mobilen Palliativ-/Hospizdienstes
- Experte/in in Palliative Care
- Führungsqualitäten
- Praktische Erfahrung im Palliativ/Hospizbereich
- Eigene Interessen müssen mit den Interessen der Region abgestimmt werden
- Stundenausmaß – gesamt : 30Wo/Std.
davon: 1 Beauftragte/r 20 Wo/Std. und 1 Vertreter/in mit 10 Wo/Std

5 Organisationsstruktur

Abb. 2

Aus den von der Arbeitsgruppe entwickelten Vorschlägen und entsprechend dem Regionenprinzip ergibt sich für die Umsetzung der vorliegenden integrierten Hospiz- und Palliativ-Versorgungskonzeptes für NÖ das folgende Organigramm.

Organisationsstruktur für den Aufbau einer integrierten Hospiz- und Palliativ-Versorgung in NÖ



Auf Bezirksebene wird angestrebt:

Bildung von „runden Tischen“ zu denen u.a. VertreterInnen der niedergelassenen ÄrztInnen, des Mobilen Hospizdienstes, des PKD, des Mobilen Palliativteams, der Palliativstation, des stationären Hospizes, des Tageshospizes und der SMD geladen sind.

Der/die Palliative-Care-Beauftragte der Region erstellt unter Einbindung der VertreterInnen der „runden Tische“ das jeweilige Umsetzungskonzept der einzelnen Stufen der integrierten Hospiz- und Palliativ-Versorgung und steht begleitend und steuernd zur Verfügung.

Drehscheibe bzw. zentrale Ansprechstelle soll der Landesverband Hospiz NÖ sein, der auch – gemeinsam mit dem Land, dem NÖGUS und ggf. der Sozialversicherung ab dem Zeitpunkt der Etablierung der Gesundheitsplattform für NÖ entsprechend der neuen 15a-B-VG-Vereinbarung – die Controllingfunktion ausüben und die Evaluierung durchführen wird.

Dieser neue Tätigkeitsbereich bedeutet eine erhebliche Erweiterung der Aufgaben des Landesverbandes und erfordert deshalb eine Strukturveränderung im Landesverband Hospiz Niederösterreich.

Die dafür benötigten Mittel sind im Anhang aufgelistet. (**Anlage 5**)

Auf Ebene der Regionen ist angedacht:

Der NÖGUS beabsichtigt im Laufe des Jahres 2005 pro Versorgungsregion die Etablierung von Regionalmanagern, welche die Aufgabe haben werden, für die operative Umsetzung der strategischen Vorgaben des NÖGUS für die Organisation, die Führung und den Betrieb der regionalen Krankenanstalten Sorge zu tragen. Die Regionalmanager werden ihren Sitz in einem der Krankenhäuser der Region haben, ihnen wird als beratendes Gremium ein Regionalbeirat (mit medizinischem Fokus) zur Verfügung stehen.

Es erscheint zielführend, die Aktivitäten der Palliativ-Care-Beauftragten der Region im Sinne der Optimierung der Planung und Steuerung organisatorisch mit den Aktivitäten der Regionalmanager für Krankenanstalten eng abzustimmen und nach Möglichkeit beide Funktionsträger an einem Standort unterzubringen.

Abzuwarten sind jedenfalls noch die organisatorischen Neuerungen, die sich aus den Regelungen der neuen Art. 15a-B-VG-Vereinbarung (Gesundheitsplattform für NÖ) ergeben werden, welche für die Zukunft eine enge Abstimmung und Zusammenarbeit zwischen den intra- und extramuralen Strukturen und Leistungsbereichen vorsieht. Möglich erscheint z.B. die Etablierung von Regionalmanagern auch für den extramuralen Bereich, welcher grundsätzlich von den Sozialversicherungen finanziert wird. In diesem Fall würde der/die Palliativ-Care-Beauftragte auch mit dem Regionalmanager für den extramuralen Bereich eng kooperieren.

6 Kostenschätzungen

Siehe Anlage 6

Die Abschätzung der Umsetzungskosten für den stufenmäßigen Aufbau der Hospiz- und Palliativ-Versorgung in NÖ sowie der jährlichen Betriebskosten dieser Strukturen von 2005 bis 2012, jeweils pro Region, ist Gegenstand der nachstehenden Kapitel. Dazu ist umfangreiches Tabellenmaterial in der Anlage 6 zu finden. Ausgewiesen werden die kalkulierten Zusatzkosten pro Jahr, additiv zu den bereits bestehenden Strukturen.

In der Kostendarstellung wurde folgende Systematik verwendet:

- Gesamtübersicht der Zusatzkosten aller Leistungsanbieter für:
 - o Bereich Krankenanstalten
 - o Bereich Heime
 - o Bereich Soziales, Hospizdienste
- Kosten im Bereich der Krankenanstalten (NÖGUS)
 - o Kilometergeld
 - o Personalaufwand (Pflegepersonen, Mediziner)
 - o Sachmittelaufwand (Handys, Notebooks)
 - o Schulungsaufwand (unterschiedliche Art)
- Kosten im Bereich Soziales, Hospizdienste und Heime (GS7)
 - o Personalaufwand (Pflegepersonen, Mediziner)
 - o Ausweiten der Mobilen Hospizteams
- Kosten im Bereich Organisation und Koordination
 - o Palliative-Care-Beauftragte
 - o Landesverband Hospiz

6.1 Gesamtübersicht der kalkulierten Zusatzkosten aller Leistungsanbieter

Kosten Stufe 1 2005 bis 2007		Euro
	Bereich Krankenanstalten p.a.	2,635.867
	Bereich Heime p.a.	896.984
	Bereich Soziales, Hospizdienste p.a.	400.000
	Organisation und Koordination p.a.	335.000
	Summe aller kalkulierten Zusatzkosten p.a. €	4,267.851
Kosten Stufe 2 2007 bis 2009		
	Bereich Krankenanstalten p.a.	3,681.536
	Bereich Heime p.a.	1,076.380
	Bereich Soziales, Hospizdienste p.a.	675.000
	Organisation und Koordination p.a.	335.000
	Summe aller kalkulierten Zusatzkosten p.a. €	5,767.916
Kosten Stufe 3 2010 bis 2012		
	Bereich Krankenanstalten p.a.	4,276.544
	Bereich Heime p.a.	1,614.571
	Bereich Soziales, Hospizdienste p.a.	675.000
	Organisation und Koordination p.a.	335.000
	Summe aller kalkulierten Zusatzkosten p.a. €	6,901.115

6.2 Gesamtübersicht der kalkulierten Zusatzkosten im Bereich Krankenanstalten

Kosten Stufe 1, 2005 bis 2007		Euro
	Kilometergeld p.a. €	14.240
	Personalaufwand p.a. €	2,574.000
	Sachmittelaufwand p.a. €	6.000
	Schulungsaufwand p.a. €	41.627
	Summe aller kalkulierten Zusatzkosten p.a. €	2,635.867
Kosten Stufe 2, 2007 bis 2009		
	Kilometergeld p.a. €	19.936
	Personalaufwand p.a. €	3,630.000
	Sachmittelaufwand p.a. €	3.600
	Schulungsaufwand p.a. €	28.000
	Summe aller kalkulierten Zusatzkosten p.a. €	3,681.536
Kosten Stufe 3, 2010 bis 2012		
	Kilometergeld p.a. €	22.784
	Personalaufwand p.a. €	4,242.000
	Sachmittelaufwand p.a. €	1.200
	Schulungsaufwand p.a. €	10.560
	Summe aller kalkulierten Zusatzkosten p.a. €	4,276.544

6.3 Gesamtübersicht der kalkulierten Zusatzkosten im Bereich Soziales

Hospizdienste	Kosten Stufe 1	2005 bis 2007
	26 Teams für NÖ gemäß den geografischen Erfordernissen	
	21 Teams derzeit gefördert	
	4 weitere Teams nach Erfüllung der Kriterien zu fördern	
	1 weiteres Team zu installieren und zu fördern	
	Personen für Koordination	0,50
	Personen ehrenamtlich	20,00
	Stunden patientennahe durch Ehrenamtliche geleistet	1.700,00
	Patienten	75,00
	Sachaufwand für Ehrenamtliche pro Jahr	€ 15.000,00
	Koordinationsaufwand Personalkosten	€ 25.000,00
	Finanzbedarf p.a. € 40.000.-; davon € 17.380.- Förderung durch Land	
	Zusätzliche Förderungskosten € 400.000.- Euro p.a.	
	Kosten Stufe 2	2007 bis 2009
Flächendeckung erreicht	Zusätzliche Förderungskosten 675.000.- Euro p.a.	
	Kosten Stufe 3	2010 bis 2012
Flächendeckung erreicht	Zusätzliche Förderungskosten 675.000.- Euro p.a.	

6.4 Gesamtübersicht der kalkulierten Zusatzkosten im Bereich Heime

	Jahr	zusätzliche Betten	Kosten p.a.	Stationäre Hospize in Landes-Pflege- u. Pensionistenheimen Standorte
Stufe 1	2005	0	- €	Melk, Wiener Neustadt und Tulln je 6 Betten bereits vorhanden (insgesamt 18 Betten)
	2006	10	896.984 €	Horn + 4 Betten und Mistelbach + 6 Betten
	2007	10	896.984 €	Keine Änderung
Stufe 2	2008	12	1.076.381 €	Horn + 2 Betten
	2009	12	1.076.381 €	Keine Änderung
Stufe 3	2010	18	1.614.571 €	St. Pölten + 6 Betten
	2011	18	1.614.571 €	Keine Änderung
	2012	18	1.614.571 €	Keine Änderung

6.5 Kommentar zu den Kosten

Das vorliegende Konzept für eine integrierte Hospiz- und Palliativ-Versorgung in NÖ wird – ab dem Zeitpunkt des Vollausbaus im Jahr 2012 – in allen Versorgungsformen zusammen genommen kalkulierte Zusatzkosten von rund 5,974 Millionen Euro pro Jahr verursachen. Diese Kosten kommen zu den Kosten für die im Jahre 2004 in NÖ bestandenen Hospiz- und Palliativstrukturen additiv hinzu.

Durch diese Strukturinvestition wird in NÖ ein hochwertiges, flächendeckendes, intra- und extramural abgestimmtes Versorgungskonzept implementiert, welches auf der Nutzenseite auch Synergieeffekte generiert.

Die Synergieeffekte sind jedoch schwer quantifizierbar, z.B. sind in Krankenanstalten die gegenwärtig erbrachten Leistungen für Schwerkranke und Sterbende, die unter palliativ-medizinischer Versorgung subsummierbar wären, nicht als solche deklariert bzw. codiert. Die bestehenden Dokumentationssysteme ermöglichen eine Herausrechnung dieser Kosten nicht, bzw. es wären dafür aufwändige Einzelfallanalysen erforderlich.

Daher wird hier eine exemplarische Darstellung des Einsparungspotenzials am Beispiel verstorbener Tumorpatienten in NÖ Fondskrankenanstalten unternommen.

Da es sich bei 94,3 % aller versorgten Palliativpatienten um Tumorpatienten handelt (vgl. Endbericht Evaluationsstudie, Dr. Wagner, Seite 64), stellt die Berechnung der Verweildauereinsparungspotenziale, auf Basis der Tumorpatienten ein schlüssiges Instrument dar.

Im Jahr 2004 verstarben in NÖ Fondskrankenanstalten 1.293 PatientInnen mit der Hauptdiagnose „Bösartige Neubildung“ (C 01 bis C 96).

Bei Versorgung dieser PatientInnen auf konventionellen Krankenhausstationen sind einerseits die Verweildauern, andererseits die Wiederaufnahmeraten deutlich höher als bei Versorgung in Palliativstrukturen.

Durch das Etablieren einer integrierten Hospiz- und Palliativversorgung gewinnen sowohl die betroffenen PatientInnen als auch deren pflegende Angehörige mehr Sicherheit und Kontinuität im Versorgungsprozess. Durch den Umstand, dass bei Unsicherheiten Kontakt zu spezialisierten Ärzten und Pflegepersonen möglich ist, lassen sich oftmals stationäre Aufnahmen vermeiden.

Das Krankenhaus Krems hat auf dem Gebiet der mobilen Versorgung von Palliativpatienten schon langjährige Erfahrung und schätzt den Anteil an eingesparten Belagstagen auf 25% gegenüber der konventionellen Versorgung ohne Palliativstation und mobile Versorgung.

Auch aus der Evaluierungsstudie von Dr. Wagner geht hervor, dass sich die Betroffenen eine Betreuung im häuslichen Umfeld hätten vorstellen können (21,3%), wenn es zu diesem Zeitpunkt eine solche Versorgung (z.B. ein mobiles Team) gegeben hätte.

Der Einsparungseffekt bei den Krankenhaus-Belagstagen von 25 % erscheint in diesem Lichte als schlüssige und zulässige Annahme.

Einsparungspotenzial in Zahlen (verstorbene TumorpatientInnen 2004):

Bei einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von 10,4 Tagen¹ bei 1.300 PatientInnen und durchschnittlich 1,5 Aufnahmen je Patient ist von insgesamt 20.280 Belagstagen auszugehen. Die Kosten für die Behandlung dieser Patienten sind mit € 6,895.200.- anzunehmen.

Wenn es durch das integrierte Hospiz- und Palliativ-Versorgungskonzept gelingt, die Gesamtbelagstage bei der betroffenen Gruppe um 25% zu senken² resultiert daraus eine **jährliche Ersparnis von 1,723.800,-- Euro bei den Kosten der Krankenanstalten** (das entspricht 5.070 eingesparten Belagstagen bei Kosten von € 340,-- je Behandlungstag³).

¹ Vgl. Evaluierungsstudie, Dr. Wagner, Seite 35

² Durch direkte Verweildauersenkung bzw. durch senken der Wiederaufnahmehäufigkeit

³ Vgl. Evaluierungsstudie, Dr. Wagner, Seite 194, durchschnittliche Gesamtkosten je Patient und Tag

Wie die nachstehende Tabelle zeigt, können sich dadurch die kalkulierten Zusatzkosten für die im Krankenanstaltenbereich vorgeschlagenen PKD-Palliativkonsiliardienste und Palliativstationen in erheblichem Ausmaß verringern. (Das Einsparungspotenzial von 1,723.300 Euro pro Jahr wurde bis 2012 unverändert eingesetzt, weil die Zeitreihenanalyse der in den Jahren 2001-2004 verstorbenen Tumorpatienten einen konstanten Anteil aufweist).

Bereich Krankenanstalten	Kalkulierte Zusatzkosten Euro p.a.	Synergien, errechnetes Einsparungspotenzial in Euro und in % p.a.	Geschätzte tatsächliche Zusatzkosten Euro p.a.
Stufe 1 (2005-2007)	2,635.867	1,723.800 (65,4 %)	912.067
Stufe 2 (2008-2009)	3,681.536	1,723.800 (46,8 %)	1,957.736
Stufe 3 (2010-2012)	4,276.544	1,723.800 (40,3 %)	2,552.744

Das Einsparungspotenzial im Bereich der Krankenanstalten bewegt sich somit zwischen 65,4% in der Phase 1 und 40,3% bei Vollausbau der Strukturen in der Stufe 3.

6.6 Finanzierungsvorschlag

Für die Finanzierung der kalkulierten Umsetzungs- und Betriebskosten der Maßnahmen für das integrierte Hospiz- und Palliativ-Versorgungskonzept für NÖ schlägt die Arbeitsgruppe nach geltender Rechtslage die Strukturmittel des NÖGUS, die aufgestockt bzw. umgeschichtet werden müssten, sowie Mittel der Sozialhilfe vor, die ebenfalls ausgeweitet werden müssten. – Alternativ wird ein Finanzierungsansatz vorgeschlagen, welcher bereits die Möglichkeiten der neuen 15a B-VG-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens in den Jahren 2005 – 2008 antizipiert (Gesundheitsreform 2005).

Der neue Ansatz:

Das gegenständliche Hospiz- und Palliativ-Versorgungskonzept erfüllt zur Gänze die Zielsetzungen des Art. 3 Abs. (2) der neuen 15a-Vereinbarung (zitiert im Kapitel 1.1). Durch den Ausbau der Hospiz- und Palliativstrukturen kommt es zu krankenhausentlastenden Leistungsverchiebungen in den extramuralen Bereich (vgl. Kapitel 6.5). Der stufenweise Auf- und Ausbau des Netzwerks bis 2012 wird Projektcharakter haben, er kann daher gemäß Art 25 Abs. (3) und Art. 26 der neuen 15a-Vereinbarung aus den für den intra-/extramuralen Kooperationsbereich vorgesehenen Mitteln (Reformpool) finanziert werden.

Zu beachten ist, dass über Höhe und Verwendung der Mittel des Reformpools die künftige Gesundheitsplattform für Niederösterreich zu entscheiden hat, wobei die Entscheidung zwischen Vertretern des Landes und der Sozialversicherungen einvernehmlich erfolgen muss.

Im nachstehenden Schema sind die beiden in Frage kommenden Finanzierungsvarianten aufgezeigt:

- **Nach geltender Rechtslage**
 - NÖGUS-Gesetz idgF und 15a-Vereinbarung für 2001-2004 für Finanzierung der Maßnahmen im Bereich der Krankenanstalten und ggf. der Hospizdienste und der Organisation/Koordination,
 - das Sozialhilfegesetz bzw. Sozialbudget und Selbstzahler für Maßnahmen im Bereich der Heime und der Hospizdienste.
- **Nach neuer Rechtslage (in Vorbereitung)**
 - 15a-Vereinbarung für 2005-2008 und in Vorbereitung stehendes NÖGUS-Gesetz-NEU, für Finanzierung der Maßnahmen im Bereich der Krankenanstalten; der Sozialhilfe und der Organisation/Koordination,
 - das Sozialhilfegesetz bzw. Sozialbudget und Selbstzahler für Maßnahmen im Bereich der Heime.

Kosten Stufe 1 2005 bis 2007	Bereich	Euro p.a.	Finanzierung nach geltender Rechtslage	Finanzierung nach neuer Rechtslage
	Krankenanstalten	2,635.867	NÖGUS, Strukturmittel	Ges.plattform, Reformpool
	Heime	896.984	Sozialhilfe und Selbstzahler	Sozialhilfe und Selbstzahler
	Hospizdienste	400.000	Sozialhilfe; ggf. Strukturmittel	Ges.plattform, Reformpool
	Organisation	335.000	Sozialhilfe, ggf. Strukturmittel	Ges.plattform, Reformpool
	Summe aller kalkulierten Zusatzkosten p.a. €	4,267.851		
Kosten Stufe 2 2007 bis 2009				
	Krankenanstalten	3,681.536	NÖGUS, Strukturmittel	Ges.plattform, Reformpool
	Heime	1,076.380	Sozialhilfe und Selbstzahler	Sozialhilfe und Selbstzahler
	Hospizdienste	675.000	Sozialhilfe, ggf. Strukturmittel	Ges.plattform, Reformpool
	Organisation	335.000	Sozialhilfe, ggf. Strukturmittel	Ges.plattform, Reformpool
	Summe aller kalkulierten Zusatzkosten p.a. €	5,767.916		
Kosten Stufe 3 2010 bis 2012				
	Krankenanstalten	4,276.544	NÖGUS, Strukturmittel	Ges.plattform, Reformpool
	Heime	1,614.571	Sozialhilfe und Selbstzahler	Sozialhilfe und Selbstzahler
	Hospizdienste	675.000	Sozialhilfe, ggf. Strukturmittel	Ges.plattform, Reformpool
	Organisation	335.000	Sozialhilfe, ggf. Strukturmittel	Ges.plattform, Reformpool
	Summe aller kalkulierten Zusatzkosten p.a. €	6,901.115		

7 Evaluierung des Stufenplans und des Netzwerks

Der stufenweise Auf- und Ausbau der Hospiz- und Palliativ-Versorgung in NÖ und das Versorgungsnetzwerk müssen pro Region von den Palliativ-Care-Beauftragten jährlich evaluiert werden. Dazu ist ein Evaluierungskonzept erforderlich, das auch Qualitäts- und Strukturkriterien mit einschließt. Das Konzept sollte gemeinsam von Vertretern des Landesverbandes Hospiz NÖ, des Amtes der NÖ Landesregierung und des NÖGUS ausgearbeitet werden, die jährlich gemeinsam auch eine Gesamtevaluierung der Umsetzungsaktivitäten durchführen.

8 Abschließende Bemerkungen

Die eingangs genannte Arbeitsgruppe ist dem Auftrag des Ständigen Ausschusses des NÖGUS in der 46. Sitzung am 18. März 2004, TOP 16, nachgekommen, und legte termingerecht zum Ende des Jahres 2004 das Ergebnis ihrer Arbeit als Entwurf vor (Stand 22.12.2004). Die Endredaktion wurde per 16. Februar 2005 abgeschlossen.

Der Bericht „Integriertes Hospiz- und Palliativ-Versorgungskonzept für Niederösterreich“ bildet ein komplexes, umfangreiches Gesamtwerk, er ist in intensiver Detailarbeit der Arbeitsgruppenmitglieder entstanden. Grundlagen und Zwischenergebnisse wurden in insgesamt sechs Sitzungen der Arbeitsgruppe am

- 14. Juni 2004,
- 20. Juli 2004,
- 23. September 2004,
- 19. Oktober 2004,
- 19. November 2004 und
- 13. Dezember 2004

beraten und die Teilergebnisse zu einem abgestimmten Gesamtkonzept zusammen geführt. Dazwischen haben mehrere Arbeitsbesprechungen in kleineren Kreisen stattgefunden, auch wurden zu einzelnen Fragestellungen weitere, eingangs genannte Experten konsultiert.

Der Bericht dient der Vorlage an den Ständigen Ausschuss des NÖGUS zur Beratung und Beschlussfassung in der 55. Sitzung am 3. März 2005.

In Abhängigkeit von dieser Beschlussfassung steht die weitere Vorgangsweise, insbesondere die Umsetzung der erforderlichen Maßnahmen für eine integrierte, flächendeckende abgestufte Versorgung der Bevölkerung von Niederösterreich mit Leistungen im Hospiz- und Palliativ-bereich in Form eines intra-/extramuralen Netzwerkes.

Das vorgeschlagene Konzept basiert auf vorangegangenen wissenschaftlichen Studien, Pilotprojekten und einschlägigen Richtlinien, es entspricht allen aktuellen Entwicklungen und Standards im österreichischen Gesundheitswesen. Es ist – nach Wissensstand der Arbeitsgruppe – das erste derartige Umsetzungs-Gesamtkonzept in einem österreichischen Bundesland.

Textende ■

Grundlagenliteratur für das Umsetzungskonzept

Endbericht Palliativmedizin in nÖ. Fondskrankenanstalten – Evaluierungsstudie, März 2004, B. Wagner, C. Mauler, N. Quinz, und Kurzfassung des NÖGUS; zu finden unter www.noegus.at, Infos, Pilotprojekt Palliativmedizin in NÖ

Studie Hospiz- und Palliativarbeit in Niederösterreich, April 2002, A. Amann, G. Lang, B. Löger; zu finden unter www.noelak.at/zentas, Schriftenreihe, Band 23

Bericht der Arbeitsgruppe 9 – Landesgesundheitsprogramm, Teilbereich Hospizwesen, Mai 2004 (Dr. Huber, GS7-GRP-1/294-2004)

Strukturqualitätsrichtlinien für Palliativmedizin im ÖKAP/GGP 2003 (BMGF 2003)

Strukturqualitätskriterien für Stationäre Hospize in Österreich, ed. Dachverband Hospiz Österreich; zu finden unter www.hospiz.at.

Bausteine für ein integratives Palliativ-Versorgungskonzept in NÖ (NÖGUS/Palkovits)

Endbericht Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich, Dezember 2004 (ÖBIG im Auftrag des Strukturfonds im BMGF)

Anlagen:

	Seite
Anlage 1: WHO Definition 2004 – Palliative Care	46
Anlage 2: Bausteine – Vergleichende Übersicht der Angebote einer abgestuften Hospiz- und Palliativ-Versorgung NÖ	47
Anlage 3: Strukturqualitätskriterien (SQK) – Abgestufte Hospiz- und Palliativ-Versorgung – vergleichende Übersicht über die SQK der Bausteine	51
Anlage 4: Stufenplan einer integrierten Hospiz- und Palliativ-Versorgung in NÖ (Ziele und Umsetzungsmaßnahmen pro Region)	56
Anlage 5: Aufgabenerweiterung des Landesverbandes Hospiz NÖ durch Übernahme der Controllingfunktion und der Evaluierung	61

WHO Definition 2004

Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual. Palliative care:

- 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;

is applicable early in the course of illness, in conjunction with other therapies that are intended to prolong life, such as chemotherapy or radiation therapy, and includes those investigations needed to better understand and manage distressing clinical complications.

	Mobiles Hospizteam	Mobiles Palliativteam	Palliativkonsiliardienst	Palliativstation	Tageshospiz	Stationäres Hospiz
<i>Kurzdefinition</i>	Das mobile Hospizteam besteht aus qualifizierten ehrenamtlichen HospizbegleiterInnen und mindestens einer hauptamtlichen koordinierenden Fachkraft. Es begleitet PalliativpatientInnen und Angehörige in der Zeit der Krankheit, des Schmerzes, des Abschieds und der Trauer. Das mobile Hospizteam versteht sich als Teil eines umfassenden Betreuungszernetzwerkes und arbeitet eng mit anderen Fachdiensten in der palliativen Versorgung zusammen.	Das mobile Palliativteam ist ein multiprofessionell zusammengesetztes Team, das PatientInnen, Angehörige und ArztInnen 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	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. Es ist beratend tätig und bietet seine Erfahrung in Schmerztherapie, Symptomkontrolle, ganzheitlicher Pflege und an möglichst psychosozialer Begleitung an. Der PKD kann auch bereits zum Aufklärungsgespräch beigezogen werden	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 autonom bezüglich der Aufnahme, der Behandlung und der Entlassung von PatientInnen.	In einem Tageshospiz werden vor allem PatientInnen, die noch zu Hause leben können, und ihre Angehörigen palliativmedizinisch, pflegerisch und psychosozial beraten und tageweise betreut. Es versteht sich als Ergänzung zum ambulanten Hospizdienst. Es kann aber auch als eigenständiges Angebot von allen PalliativpatientInnen in Anspruch genommen werden.	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. Eine stationäres Hospiz ist autonom bezüglich der Aufnahme, der Behandlung und der Entlassung von Patienten.
<i>Leistungsangebot</i>	- Beratung, psychosoziale Begleitung „Dasein“, Handreichungen - Gespräche mit Betroffenen und Interessierten - Trauerbegleitung	- 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	- 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	Palliativmedizin. Behandlung und pflegerische Betreuung der vielfältigen komplexen Symptome	- stundenweise professionelle medizinische Behandlung und Beratung (Schmerztherapie, -beratung und Symptomkontrolle) - pflegerische Angebote - Beratung der Angehörigen - Seelsorgliche Betreuung - Begleitung durch ehrenamtliche	Überwachung der Schmerztherapie, Symptomkontrolle, palliativpflegerische, psychosoziale und spirituelle Betreuung

	Mobiles Hospizteam	Mobiles Palliativteam	Palliativkonsiliardienst	Palliativstation	Tageshospiz	Stationäres Hospiz
		BetreuerInnen im Umfeld: den HausärztInnen, Pflege- und Sozialeinrichtungen, mobilen Hospizdiensten, aber auch den Palliativstationen und Hospizen - Schulungen, Bedside-Teaching - ganzheitliche Begleitung in der Krankheitsbewältigung in Einbeziehung der Angehörigen -	teaching		MitarbeiterInnen Kreative und therapeutische Tätigkeit in der Gruppe Die ärztliche Versorgung erfolgt entweder durch die Einrichtung, an die das Tageshospiz angeschlossen ist, durch qualifizierte HausärztInnen oder durch ein mobiles Palliativteam	
<i>Ziel</i>	- Die emotionale Entlastung der Betroffenen zu erreichen - Die Übergänge stationär- mobil flüssiger zu gestalten - Kontinuität in der Betreuung zu ermöglichen - Themenkreis „ Sterben -Tod und –Trauer“ zu bearbeiten	- 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 und eine Einweisung auf die Palliativstation erforderlich.	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	Bestmögliche Linderung der oft vielfältigen Symptome. Nach Besserung oder Stabilisierung wird eine Entlassung der PatientInnen angestrebt (nach Hause oder in eine andere adäquate Einrichtung).	- tageweise Entlastung für alle Betroffenen. - Erweiterung des Lebensumfeldes zur Verhinderung sozialer Isolation - Unterstützung der Eigenständigkeit des/der Patienten/in - Ermöglichen von Gemeinschaft in einer Gruppe gleichermaßen Betroffener - Vermeidung unnötiger Krankenhausaufenthalte	Linderung von Symptomen und die Erreichung einer bestmöglichen Lebensqualität der Betroffenen bis zum Tod sowie Trauerbegleitung.
<i>Zielgruppe</i>	- PalliativpatientInnen jeder Altersgruppe - Angehörige - Trauernde	Professionelle BetreuerInnen vor Ort (zu Hause, im Pflegeheim, im Akutkrankenhaus), d. s. insbes. Hausärzte,	BetreuerInnen von PalliativpatientInnen aller Stationen und Ambulanzen mit dem Erfordernis einer	PalliativpatientInnen jeder Altersgruppe mit komplexer medizinischer, pflegerischer oder	Erwachsene PalliativpatientInnen jeder Altersgruppe, die mobil bzw. transportfähig sind	PalliativpatientInnen jeder Altersgruppe mit komplexer Symptomatik und hohem Betreuungsaufwand

	Mobiles Hospizteam	Mobiles Palliativteam	Palliativkonsiliardienst	Palliativstation	Tageshospiz	Stationäres Hospiz
		Pflegepersonen, BehindertenbetreuerInnen, AltenfachbetreuerInnen, und soziale Dienste • PatientInnen und Angehörige, PalliativpatientInnen und deren Angehörige	speziellen palliativmedizinischen Expertise • PalliativpatientInnen und deren Angehörige	psychosozialer Symptomatik und akutem, hohem Betreuungsaufwand.	• Angehörige	• wenn häusliche Betreuung nicht möglich ist und Krankenhausbedürftigkeit nicht besteht.
<i>Zugangskriterien</i>	• Wunsch nach Begleitung seitens der Betroffenen • Anfrage/Anforderung bei der koordinierenden Fachkraft	Das mobile Palliativteam wird auf Anfrage/Anforderung tätig • PatientInnen und Angehörige bedürfen der palliativmedizinischen und pflegerischen Expertise • Die Betreuenden benötigen Beratung und Unterstützung in der Begleitung ihrer PalliativpatientInnen	Der Palliativkonsiliardienst wird auf Anfrage/Anforderung tätig,	• 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. weiss, dass keine kurative Therapie der Grunderkrankung mehr möglich ist • Patient/in und Angehörige sind über die Möglichkeiten und Ziele der Palliativstation informiert	• Patient/in bzw. sein/e Stellvertreter/in in Gesundheitsangelegenheiten bzw. seine Vertrauensperson stimmt der Aufnahme zu • Patient/in ist weitestgehend über die Krankheit aufgeklärt • Patient/in und Angehörige sind über die Möglichkeiten und Ziele des Tageshospizes informiert • Patient/in ist transportfähig bzw. mobil • ggf. Bedarf an Maßnahmen, die zu Hause nicht durchgeführt werden können, aber keinen stationären Aufenthalt erfordern	• Patient/in bzw. sein/e Stellvertreter/in in Gesundheitsangelegenheiten bzw. seine Vertrauensperson stimmt der Aufnahme zu • Patient/in ist weitestgehend über die Krankheit aufgeklärt • Patient/in und Angehörige sind über die Möglichkeiten und Ziele des stationären Hospizes informiert • Jeder der folgenden Aspekte ist alleine für die Aufnahme ausreichend: - Medizinisch: Komplexe Symptomatik - Pflegerisch: Mobile bzw. Langzeitpflegeversorgung nicht ausreichend - Psychosozial: Versorgungssystem dekompenziert und Langzeit-

Anlage 2

Vergleichende Übersicht der Angebote einer abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung NÖ

	Mobiles Hospizteam	Mobiles Palliativteam	Palliativkonsiliardienst	Palliativstation	Tageshospiz	Stationäres Hospiz
						pflege-versorgung nicht ausreichend
<i>Bedarf:</i>	Je nach geografischer und regionaler Situation. Im Schnitt ein Team für 40.000 EW. Das Hospizteam kann in allen Versorgungskontexten – zu Hause, Heim, Krankenhaus – tätig sein.	Ein Team pro 80.000 Einwohner im ländlichen Bereich, 140.000 EW im städtischen Bereich Je nach örtlichen Gegebenheiten kann das mobile Palliativteam auch als Konsiliarteam im Krankenhaus, in Heimen und in Tageshospizen beratend tätig sein	Ein PKD muss für jedes Krankenhaus im Bedarfsfall verfügbar sein. Je nach örtlichen Gegebenheiten kann der PKD auch die Aufgaben des mobilen Palliativteams übernehmen oder selbst als Supportteam für den ambulanten Bereich tätig werden.	mind. 200.000 Einwohner In Abstimmung mit stationären Hospizen	Der Bedarf ist derzeit nicht abschätzbar mind. 150.000 Einwohner Das Angebot der Tagesbetreuung sollte im Kontext eines stationären Hospizes angeboten werden.	Geographisch zusammengehörige Regionen In Abstimmung mit Palliativstationen Je nach regionaler Gegebenheit kann das Team des stationären Hospizes auch die Aufgaben eines Palliativkonsiliardienstes bzw. eines Palliativteams übernehmen und den Support im Krankenhaus bzw. extramural übernehmen.
				In der Arbeitsgruppe des ÖBIG werden 60 stat.Betten/Mill EW empfohlen. Die Aufteilung in Hospiz oder Palliativbetten erfolgt je nach örtlichen Gegebenheiten.		In der Arbeitsgruppe des ÖBIG werden 60 stat.Betten/ Mill EW empfohlen. Die Aufteilung in Hospiz oder Palliativbetten erfolgt je nach örtlichen Gegebenheiten..

	Mobiles Hospizteam	Mobiles Palliativteam	Palliativkonsiliardienst
Personalausstattung	Hauptamtliche Koordinationsperson mind. 0,5 VZÄ ab einer Teamgröße von 10-12 Personen Ehrenamtliche Mitarbeiter (HospizbegleiterInnen, sonstige) nach Bedarf administrative Kraft nach Bedarf	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	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 ** exl. Übernahme von Aufgaben eines mobilen Palliativteams
Personalqualifikation	<i>Hauptamtliche Koordinationsperson:</i> Abgeschlossene Ausbildung und Berufserfahrung in einem Sozial- oder Gesundheitsberuf mit Fach- und Sozialkompetenz (z. B. diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson, diplomierte Sozialarbeiter) und besonderen Kenntnissen in Palliative Care (einschlägige Weiterbildung mit mind. 160 Stunden) <i>Ehrenamtliche HospizbegleiterInnen:</i> Von HOSPIZ ÖSTERREICH anerkannter Einschulungskurs in der Hospizbegleitung (70 Stunden Theorie, 40 Stunden Praktikum). Laufende Teilnahme an den Reflexions-/Supervisionstreffen (alle 4-6 Wochen) und laufende Weiterbildung (mind. 8 Stunden pro Jahr). <i>Sonstige Ehrenamtliche:</i> Einführung bzw. Schulung nach Bedarf	<i>Ärztliches Personal:</i> Ärzte für Allgemeinmedizin und/oder Fachärzte, jeweils mit besonderen Kenntnissen auf dem Gebiet der Palliativmedizin (einschlägige Weiterbildung mit mind. 160 Stunden) <i>Pflegepersonal:</i> Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen mit besonderen Kenntnissen auf dem Gebiet der Palliative Care (einschlägige Weiterbildung mit mind. 160 Stunden) <i>Sozialarbeiter:</i> Diplomierte Sozialarbeiter und/oder Sozialpädagogen mit besonderen Kenntnissen auf dem Gebiet der Palliative Care (einschlägige Weiterbildung mit mind. 160 Stunden) <i>Ehrenamtliche Mitarbeiter:</i> Von HOSPIZ ÖSTERREICH anerkannter Einschulungskurs in der Hospizbegleitung (70 Stunden Theorie, 40 Stunden Praktikum).	<i>Ärztliches Personal:</i> Ärzte für Allgemeinmedizin und/oder Fachärzte, jeweils mit besonderen Kenntnissen auf dem Gebiet der Palliativmedizin (einschlägige Weiterbildung mit mind. 160 Stunden) <i>Pflegepersonal:</i> Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen mit besonderen Kenntnissen auf dem Gebiet der Palliative Care (einschlägige Weiterbildung mit mind. 160 Stunden) <i>Sozialarbeiter:</i> Diplomierte Sozialarbeiter und/oder Sozialpädagogen mit besonderen Kenntnissen auf dem Gebiet der Palliative Care (einschlägige Weiterbildung mit mind. 160 Stunden) <i>Ehrenamtliche Mitarbeiter:</i> Von HOSPIZ ÖSTERREICH anerkannter Einschulungskurs in der Hospizbegleitung (70 Stunden Theorie, 40 Stunden Praktikum).
Technische Ausstattung	- Büroausstattung (Telefon, Computer, Fax, E-Mail) - Handy (zur Gewährleistung der Erreichbarkeit zu bestimmten Zeiten) - Fahrzeug (für Hausbesuche der Koordinationsperson)	- Dienstauto(s) - Schmerzpumpe (n) - Mobiltelefone - Medikamentendepot (inkl. Opiode), Port-, Punktionsnadel, Verbandsmaterial - medizinische, pflegerische Grundausrüstung (inkl. Blutzuckermessgerät) - PC, Internet	- Kommunikationsmittel (Telefon, EDV) - PC, Internet

	Mobiles Hospizteam	Mobiles Palliativteam	Palliativkonsiliardienst
Räumliche Ausstattung	- Büroräumlichkeiten - Besprechungsmöglichkeiten für Einzelgespräche und Gruppensitzungen	- Arbeitsraum für Pflegepersonal, Sozialarbeiter - Arbeitsraum für Sekretärin - Besprechungsraum (Teamsitzung, Mitarbeiter- oder Angehörigengespräche), Depot für Heilbehelfe	- Raum für Teambesprechungen, ambulante Kontakte - Raum für Bürotätigkeit
Leistungsangebot	- Begleitung und Unterstützung von Patienten und Angehörigen: zuhause, im Senioren-/Pflegeheim und im Krankenhaus; emotionale Entlastung - Einfaches „Dasein“ (aufmerksame Präsenz beim Patienten) z. B. in Form von „Sitzwachen“, Gesprächen, gemeinsamen Aktivitäten (z. B. spazieren gehen, vorlesen, spielen, ...) - Entlastung von Angehörigen: Diese können sich durch die Hospiz-Begleitung die notwendige Zeit für sich selber nehmen. Emotionale Entlastung durch kompetente GesprächspartnerInnen. - Beratung (durch Koordinationsperson) z. B. zur Verfügbarkeit von Hilfsangeboten und öffentlicher Unterstützung sowie zu den Themen Sterben, Tod, Trauer - Vermittlung zu anderen Einrichtungen des Sozialsystems sowie des Gesundheits- und Pflegenetzes - Trauerbegleitung (Einzelbegleitung, Gruppenarbeit) - Handreichungen und Unterstützung bei den Verrichtungen des täglichen Lebens Optional: - Öffentlichkeitsarbeit - Information und Schulung zu den Themen Sterben, Tod und Trauer (Schulen, Seniorengruppen, Pflegeheime) - Bildungsarbeit - Patientenverfügung (Ausgabe, Beratung) - Mitwirkung beim Aufbau der Hospiz- und Palliativversorgung	24 Stunden telefonische Erreichbarkeit - Beratung bei Schmerztherapie und Symptomkontrolle - Beratung und Unterstützung im Psycho-Sozialbereich (Pflegegeld, Hospizkarenz, Pflegebett, ...) - Einsatz in „palliativmedizinischen und –pflegerischen Notfällen“ = Erstversorger (Hausarzt, mobile Dienste) sind nicht vor Ort oder nicht erreichbar; z.B. bei Schmerzattacken, Dauerkatheter setzen bei Überlaufblase... - Unterstützung beim Schnittstellenmanagement bei den Übergängen zwischen stationärer und ambulanter Betreuung - Konsilium vor Ort (zu Hause, Heim, Krankenhaus) mit behandelnden Ärzten, Hausärzten und Hauskrankenpflege, auch Beratung in ethischen Fragen - Aufbau und Koordination eines Hilfsnetzwerkes (Einbindung anderer Einrichtungen) - Anleitung und Einschulung von pflegenden Angehörigen - Begleitung der Angehörigen in belastenden Situationen und in der Zeit der Trauer - Fachinformationsweitergabe zum Thema Palliative Care an Hausärzte, Hauskrankenpflege, .. (Telefon) - Durchführung von Schulungen im extramuralen Bereich (in den sozialen Stützpunkten) - Durchführung von Helferkonferenzen - Öffentlichkeitsarbeit (Vorträge, diverse Artikel in Printmedien, Informationsveranstaltungen usw.) und Meinungsbildung - Entwicklung von Informationsblättern (für Angehörige) und Fachvorträgen (für Ärzte, Pflegepersonal) - Regelmäßiger Kontakt zu anderen betreuenden Einrichtungen - Fakultativ: Durchführung von Konsiliarbesuchen auf den Stationen des Krankenhauses	- Hilfestellung in komplexen Betreuungssituationen - Erstellung eines Betreuungskonzeptes in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Team - Angebot der Hilfestellung bei der psychosozialen Betreuung der Patienten und deren Angehörigen (ab Diagnosestellung) - Indikationsstellung für eine Übernahme des Patienten auf eine Palliativstation - Vermittlung von ehrenamtlichen Besuchsdiensten - Telefonische Beratung - Durchführung von Aus- und Fortbildung (intra- und extramural) - Unterstützung beim Schnittstellenmanagement bei den Übergängen zwischen stationärer und ambulanter Betreuung - Organisation von terminaler Begleitung
Größe/Dimensionierung	Ein Team wird gebildet aus mind. 10 ehrenamtlichen Personen und einer hauptamtlichen Koordinationsperson.	Team lt. Personalausstattung. Ausreichend Personal zur Sicherstellung eines Bereitschaftsdienstes (rund-um-die-Uhr, 7 Tage pro Woche).	Ein Team lt. Personalausstattung für Betreuung eines Krankenhauses mit 250 Betten

	Palliativstation	Tageshospiz	Stationäres Hospiz
Personalausstattung	Ärzte (Tagdienst) 1 VZÄ je 5 Betten¹ Dipl. Gesundheits- und Krankenpflegepersonal 1,2 VZÄ je Bett¹ Physiotherapeuten, Psychotherapeuten, Sozialarbeiter 6 WoStd. je Pat Ergotherapeuten, Logopäden, Diätassistenten verfügbar Seelsorger verschiedener Konfessionen verfügbar ehrenamtl. Mitarbeiter mit Koordinationsperson verfügbar Personalausstattung im Verbund mit der Abteilung, der die PAL-Einheit zugeordnet ist. ¹ exkl. palliativmedizinischer Konsiliardienst	Ärzte prompt verfügbar während der Betriebszeiten Pflegepersonal 2 Personen anwesend während d. Betriebsz. ehrenamtliche Mitarbeiter mit Koordinationsperson verfügbar Physiotherapeuten, Psychotherapeuten, Sozialarbeiter verfügbar Ergotherapeuten, Logopäden, Diätassistenten, Kreativtherapeuten verfügbar Seelsorger verschiedener Konfessionen verfügbar	Ärzte täglich rund um die Uhr innerhalb von 30 Minuten an der Station verfügbar Pflegepersonal 1,2 VZÄ je Bett; Rund-um-die-Uhr-Präsenz von dipl. Ges- u. Krankenpflegepersonen in der Station Psychosoziale u. spirituelle Betreuung, Koordination der ehrenamtlichen Mitarbeiter 0,15 VZÄ je Bett Physiotherapeuten, Psychotherapeuten/Psychologen, Ergotherapeuten, Logopäden, Diätassistenten verfügbar Seelsorger verschiedener Konfessionen verfügbar ehrenamtliche Mitarbeiter verfügbar
Personalqualifikation	<i>Ärztliches Personal:</i> Ärzte für Allgemeinmedizin und/oder Fachärzte, jeweils mit besonderen Kenntnissen auf dem Gebiet der Palliativmedizin (einschlägige Weiterbildung mit mind. 160 Stunden) <i>Pflegepersonal:</i> Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen mit besonderen Kenntnissen auf dem Gebiet der Palliative Care (einschlägige Weiterbildung mit mind. 160 Stunden) weitere Ergänzungen: <i>Sozialarbeiter:</i> Diplomierte Sozialarbeiter und/oder Sozialpädagogen mit besonderen Kenntnissen auf dem Gebiet der Palliative Care (einschlägige Weiterbildung mit mind. 160 Stunden) <i>Ehrenamtliche Mitarbeiter:</i> Von HOSPIZ ÖSTERREICH anerkannter Einschulungskurs in der Hospizbegleitung (70 Stunden Theorie, 40 Stunden Praktikum)	<i>Ärztliches Personal:</i> Ärzte für Allgemeinmedizin und/oder Fachärzte, jeweils mit besonderen Kenntnissen auf dem Gebiet der Palliativmedizin (einschlägige Weiterbildung mit mind. 160 Stunden) <i>Pflegepersonal:</i> Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen mit besonderen Kenntnissen auf dem Gebiet der Palliative Care (einschlägige Weiterbildung mit mind. 160 Stunden) <i>Ehrenamtliche Mitarbeiter:</i> Von HOSPIZ ÖSTERREICH anerkannter Einschulungskurs in der Hospizbegleitung (70 Stunden Theorie, 40 Stunden Praktikum)	<i>Ärztliches Personal:</i> Ärzte für Allgemeinmedizin und/oder Fachärzte, jeweils mit besonderen Kenntnissen auf dem Gebiet der Palliativmedizin (einschlägige Weiterbildung mit mind. 160 Stunden) <i>Pflegepersonal:</i> Mindestens 80 Prozent diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, höchstens 20 Prozent Pflegehelfer bzw. Altenfachbetreuer – jeweils mit besonderen Kenntnissen auf dem Gebiet der Palliative Care (einschlägige Weiterbildung mit mind. 160 Stunden) <i>Ehrenamtliche Mitarbeiter:</i> Von HOSPIZ ÖSTERREICH anerkannter Einschulungskurs in der Hospizbegleitung (70 Stunden Theorie, 40 Stunden Praktikum)

	Palliativstation	Tageshospiz	Stationäres Hospiz
Technische Ausstattung	<i>In den Patientenzimmern:</i> • Sauerstoffanschluss • Vakuum <i>Auf der Station:</i> • Schmerzpumpen • Perfusoren und Infusomaten • fahrbarer Badewannenlift • Patientenheber • Anti-Dekubitus-Betten und spezielle Anti-Dekubitus-Matratzen: bedarfsgerechte Vorhaltung	• Absauger • Hebebadewanne mit Patientenliegelifter • Steckbeckenspüler • Beatmungsbeutel mit Masken (für ALS-Patienten und Muskeldystrophiker)	• Sauerstoff • Absauger • Schmerzpumpen • Perfusoren und Infusomaten • fahrbarer Badewannenlift • Patientenheber • Anti-Dekubitus-Betten und spezielle Anti-Dekubitus-Matratzen: bedarfsgerechte Vorhaltung
Räumliche Ausstattung	<i>Station:</i> • wohnliche Atmosphäre, behindertengerechte Ausstattung der Patientenbereiche • 1- und 2-Bett-Zimmer mit Nasszelle • Übernachtungsmöglichkeiten für Angehörige • Stationsbad • Verabschiedungs-/Meditationsraum, multifunktionell nutzbar • Räumlichkeiten für soziale Aktivitäten, multifunktionell nutzbar <i>Im Haus verfügbar:</i> • Therapieaum	• Wohnliche Atmosphäre, behindertengerechte Ausstattung der Patientenbereiche • Patientenräume mit bequemen Sitzmöglichkeiten multifunktional nutzbar • Behandlungs-/Therapieraum • Räumlichkeiten für Pflegepersonal und Teambesprechungen • Raucherzone • Pflegebad • Wohnküche und Gemeinschaftsraum	• Wohnliche Atmosphäre, behindertengerechte Ausstattung der Patientenbereiche • 1- und 2-Bett-Zimmer mit Nasszelle • Übernachtungsmöglichkeiten für Angehörige • Stationsbad • (Wohn-)Küche • Verabschiedungs-/Meditationsraum, multifunktionell nutzbar • Räumlichkeiten für soziale und therapeutische Aktivitäten, multifunktionell nutzbar

	Palliativstation	Tageshospiz	Stationäres Hospiz
Leistungsangebot	- Kommunikation mit Zuweisenden bzw. Betreuenden - 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 - 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 - Betreuung durch ehrenamtliche Mitarbeiter - Planung und Ermöglichung von Ausgängen, Heimausflügen - Miteinbeziehung und Mitbetreuung der Angehörigen - Abklärung der Betreuungssituation nach der Entlassung - Entlassungsvorbereitung - 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 Weiterbildung - Fakultativ: Ambulanz, Tagesklinik	- Betreuung von Patienten und Angehörigen - Erforderliche Diagnostik - Schmerzbehandlung und Symptomkontrolle - Behandlung interkurrenter Erkrankungen ? - Palliativpflege - Funktionserhaltende und funktionsverbessernde therapeutische Maßnahmen - Ernährungstherapeutische Maßnahmen - Psychosoziale Betreuung und Beratung der Patienten und Angehörigen, ggf. Unterstützung durch Psychotherapie - Spirituelle Betreuung - Zeitangebot für Kommunikation und Begegnung im Rahmen von - Anamnese - Betreuung und Aktivierung (Krisen-)Intervention - Trauerbegleitung - Aktivitäten, Ausflüge - Angebot von Praktikumsplätzen	- Betreuung von Patienten und Angehörigen - Erforderliche Diagnostik - Erstellen von Diagnosen (z. B. Schmerzdiagnose) - Qualifizierte Schmerzbehandlung und Symptomkontrolle - Behandlung interkurrenter Erkrankungen - Patientenorientierte, ganzheitliche Pflege (Bezugspflege) - Funktionserhaltende und funktionsverbessernde therapeutische Maßnahmen - Ernährungstherapeutische Maßnahmen - Psychosoziale Betreuung und Beratung der Patienten und Angehörigen, ggf. Vermittlung von Psychotherapie - Spirituelle Betreuung - Bei Bedarf: Entlassungsmanagement (Abklärung, Planung, Koordination, Zielkontrolle) - Sozialarbeiterische Betreuung - Sozialanamnese Zeitangebot für Kommunikation und Begegnung im Rahmen von - Erst- und Zielgespräch - Anamnese - Betreuung und Aktivierung (Krisen-)Intervention - Trauerbegleitung und Begleitung nach der Entlassung - Soziale Aktivitäten - Angebot von Praktikumsplätzen - Bildungstätigkeit
Größe	Palliativstationen mit acht bis 14 Betten. Darüber hinaus sind in Abhängigkeit von regionalen Bedingungen auch Palliativbereiche mit weniger als acht Betten möglich.	Selbstständige Organisationseinheit mit eigenem Team mit mind. sechs Plätzen gekoppelt/integriert an eine andere Hospiz-/Palliativversorgungseinrichtung.	Selbstständige Organisationseinheit mit eigenem Team mit mind. acht Betten. In Abhängigkeit von regionalen Bedingungen sind auch kleinere Einheiten mit wenigstens vier Betten möglich.

Quelle: Arbeitskreis am ÖBIG

Anlage 4 Stufenplan einer integrierten Hospiz - und Palliativversorgung in NÖ* (Ziele und Umsetzungsmaßnahmen pro Region)

Region Waldviertel

	Ziel	Zu tun
Stufe 1 2005 - 2007	➤ Palliativstation Waidhofen/Thaya (bisher 6 Betten erweitert auf 8 Betten) und PKD / Palliativteam für Bezirk Waidhofen/Th, Zwettl (bis Team dort aufgebaut ist) ➤ PKD /Palliativteam Gmünd für Bezirk Gmünd ➤ PKD/Palliativteam im Waldviertelklinikum Horn ➤ Hospiz im Stephansheim Horn (4 Betten)	Konzepterstellung unter Einbeziehung aller beteiligten Personen/Institutionen und mobilen Dienste in der Region ➤ Räumliche/ bauliche Veränderungen, Personalaufstockung ➤ Räumliche/ bauliche Veränderungen, Personalaufstockung, ➤ Räumliche/ bauliche Veränderungen, Personalaufstockung, ➤ Räumliche/ bauliche Veränderungen, Personalaufstockung ➤ Bewusstseinsbildung und Öffentlichkeitsarbeit in Zwettl
Stufe 2 2008 - 2009	➤ Hospiz Stephansheim Horn (Erweiterung 2 Betten) ➤ PKD / Mobiles Palliativteam KH Zwettl	Konzepterstellung unter Einbeziehung aller beteiligten Personen/Institutionen und mobilen Dienste in der Region ➤ Personalaufstockung ➤ Teamfindung
Stufe 3 2010 - 2012	Stufenausbau fertig	Nichts mehr erforderlich (Aus Sicht Dezember 2004)

Anlage 4

* auf Basis der Strukturqualitätskriterien des ÖBIG, unter Berücksichtigung der bereits vorhandenen Strukturen und Ressourcen

Anlage 4 Stufenplan einer integrierten Hospiz - und Palliativversorgung in NÖ* (Ziele und Umsetzungsmaßnahmen pro Region)

Region Weinviertel

	Ziel	Zu tun
Stufe 1 2005 - 2007	➤ Mobiles Palliativteam der Caritas für gesamtes Weinviertel (bis die Palliativstation in Hollabrunn und in Mistelbach umgesetzt ist) ➤ Hospiz im LPPH Mistelbach (6 Betten)	Konzepterstellung unter Einbeziehung aller beteiligten Personen/Institutionen und mobilen Dienste in der Region ➤ Räumliche/ bauliche Veränderungen, Teamfindung (Caritas Antrag für Palliativ Supportteam aufgreifen) ➤ Räumliche/ bauliche Veränderungen, Teambildung, Vorbereitung der Stufe 2 und 3 ➤ Öffentlichkeitsarbeit, Lobbying in den Bezirken Hollabrunn und Mistelbach
Stufe 2 2008 - 2009	➤ Palliativstation im KH Hollabrunn (6 Betten) und PKD/ Palliativteam für Hollabrunn	Konzepterstellung unter Einbeziehung aller beteiligten Personen/Institutionen und mobilen Dienste in der Region ➤ Räumliche/ bauliche Veränderungen, Teambildung, Vorbereitung Stufe 3: Öffentlichkeitsarbeit, Lobbying
Stufe 3 2010 - 2012	➤ Palliativstation im KH Mistelbach (mit 6 Betten) PKD/Palliativteam für den Bezirk Mistelbach	➤ Räumliche/ bauliche Veränderungen, Teambildung, Ausbildung

*auf Basis der Strukturqualitätskriterien des ÖBIG, unter Berücksichtigung der bereits vorhandenen Strukturen und Ressourcen

Anlage 4 Stufenplan einer integrierten Hospiz - und Palliativversorgung in NÖ* (Ziele und Umsetzungsmaßnahmen pro Region)

Region NÖ Mitte

	Ziel	Zu tun
Stufe 1 2005 - 2007	➤ Palliativeinheit (8 Betten) und PKD/ Palliativteam im KH Lilienfeld ➤ PKD/Palliativteam im LKH Krems aufstocken Palliativstation (8 Betten) ➤ Palliativteam LPPH Tulln	Konzepterstellung unter Einbeziehung aller beteiligten Personen/Institutionen und mobilen Dienste in der Region ➤ Räumliche/ bauliche Veränderungen, Personalaufstockung, ➤ Personalaufstockung, ➤ Planung, Räumliche/ bauliche Veränderungen, ➤ Räumliche/ bauliche Veränderungen, Personalaufstockung, Vorbereitung der Stufe 2 ➤ Öffentlichkeitsarbeit in St Pölten, Lobbying im Krankenhaus, Im Pflegeheim
Stufe 2 2008 - 2009	➤ PKD/Palliativteam im Krankenhaus St.Pölten für St.Pölten Stadt/ Land	Konzepterstellung unter Einbeziehung aller beteiligten Personen/Institutionen und mobilen Dienste in der Region ➤ Räumliche/ bauliche Veränderungen, Teambildung,
Stufe 3 2010 - 2012	➤ Hospiz im LPPH St.Pölten (6 Betten) inkl.Tageshospiz	Konzepterstellung unter Einbeziehung aller beteiligten Personen/Institutionen und mobilen Dienste in der Region ➤ Räumliche/ bauliche Veränderungen, Teambildung,

*auf Basis der Strukturqualitätskriterien des ÖBIG, unter Berücksichtigung der bereits vorhandenen Strukturen und Ressourcen

Anlage 4 Stufenplan einer integrierten Hospiz - und Palliativversorgung in NÖ* (Ziele und Umsetzungsmaßnahmen pro Region)

Region NÖ Süd

	Ziel	Zu tun
Stufe 1 2005 - 2007	➤ Mobiles Palliativteam durch Verein Hospiz Mödling (mit Palliativ-Kompetenz) im Bezirk Mödling ➤ PKD/Palliativteam im Thermenklinikum Baden für den Bezirk Baden ➤ PKD/Mobiles Palliativteam im KH Hainburg (kann auch vom Bezirk Gänserndorf angefragt werden) ➤ PKD/Mobiles Palliativteam in Kooperation mit dem stationären Hospiz Wr. Neustadt versorgt Bezirke Wr. Neustadt und Neunkirchen ➤ Zweites mobiles Hospizteam in Neunkirchen für den Bezirk	Konzepterstellung unter Einbeziehung aller beteiligten Personen/Institutionen und mobilen Dienste in der Region ➤ Aufstockung des Teams des Vereins Hospiz Mödling, Vernetzung mit dem Spital, Infrastruktur im Spital schaffen ➤ Aufstockung des Teams, Vernetzung mit dem Spital, Infrastruktur im Spital schaffen ➤ Räumliche/ bauliche Veränderungen, Teambildung, Öffentlichkeitsarbeit, Lobbying ➤ Räumliche/ bauliche Veränderungen, Teambildung Öffentlichkeitsarbeit, Lobbying ➤ Neustrukturierung des Teams Vorbereitung der Stufe 2 ➤ Informationsveranstaltungen, Bewusstseinsbildung, Lobbying bei interessierten Mitarbeiter/Personen im KH Wr Neustadt ➤ Planung der Palliativstation im Thermenklinikum Baden
Stufe 2 2008 - 2009	➤ Palliativstation im Thermenklinikum Baden mit 10 Betten	Konzepterstellung unter Einbeziehung aller beteiligten Personen/Institutionen und mobilen Dienste in der Region ➤ Räumliche/ bauliche Veränderungen, Teambildung Vorbereitung der Stufe 3 ➤ Planung der Palliativstation im KH Wr. Neustadt
Stufe 3 2010 - 2012	➤ Palliativstation KH Wr. Neustadt mit 6 Betten	➤ Räumliche/ bauliche Veränderungen, Teambildung,

*auf Basis der Strukturqualitätskriterien des ÖBIG, unter Berücksichtigung der bereits vorhandenen Strukturen und Ressourcen

Anlage 4 Stufenplan einer integrierten Hospiz - und Palliativversorgung in NÖ* (Ziele und Umsetzungsmaßnahmen pro Region)

Region Mostviertel

	Ziel	Zu tun
Stufe 1 2005 - 2007	➤ PKD/Palliativteam in Kombination mit der Palliativstation in Scheibbs ➤ KH Scheibbs Palliativstation mit 8 Betten ➤ Palliativteam am LPPH Melk/Hospizstation für den Bezirk Melk ➤ Palliativstation mit 6 Betten und PKD/Palliativteam im KH Amstetten	Konzepterstellung unter Einbeziehung aller beteiligten Personen/Institutionen und mobilen Dienste in der Region ➤ Räumliche/ bauliche Veränderungen, Personalaufstockung, ➤ Räumliche/ bauliche Veränderungen, Personalaufstockung, ➤ Räumliche/ bauliche Veränderungen, Personalaufstockung ➤ Räumliche/ bauliche Veränderungen, Teamfindung
Stufe 2 2008 - 2009	Stufenausbau fertig	Nichts mehr erforderlich (Aus Sicht Dezember 2004)
Stufe 3 2010 - 2012	Stufenausbau fertig	Nichts mehr erforderlich (Aus Sicht Dezember 2004)

*auf Basis der Strukturqualitätskriterien des ÖBIG, unter Berücksichtigung der bereits vorhandenen Strukturen und Ressourcen

Aufgabenerweiterung des Landesverbandes Hospiz NÖ durch Übernahme der Controllingfunktion und der Evaluierung

Benötigte Strukturmittel:

- 1 Person für 20 Std, (ÄrztIn, DGKS, DSA, idealerweise eine Person aus dem Vorstand, oder eine vom Vorstand bestimmte in Absprache mit der Abteilung GS7)
- Zusätzliche Kraft für Mehrarbeiten im Sekretariat: 20 Std.
- Stützpunkt: Laptop mit Internetzugang, Handy,
- Spesenersatz: amtliches Km-Geld.