

# Prozesshandbuch Hospiz- und Palliativeinrichtungen

---

Im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur



# Prozesshandbuch Hospiz- und Palliativeinrichtungen

## **Redaktionsteam**

Claudia Nemeth – Gesundheit Österreich GmbH

Ingrid Rottenhofer – Gesundheit Österreich GmbH

Barbara Schleicher – Gesundheit Österreich GmbH

Karl W. Bitschnau – Hospiz Vorarlberg

Erich Borovnyak – Mobiles Caritas Hospiz Wien; DGKP Martin Sorge

Christof S. Eisl – Hospiz-Bewegung Salzburg

Ursula Heck – Palliativstation LK Krems

Roswitha Prohaska – Mobiles Palliativteam Wr. Hilfswerk, vormals CS Hospiz Wien

Ernst Rupacher – Zentrum für interdisziplinäre Schmerztherapie und Palliativmedizin

Klinikum Klagenfurt am Wörthersee

Michaela Werni-Kourik – Palliativkonsiliardienst Wilhelminenspital Wien

## **Projektassistenz**

Renate Laub

## **Lektorat**

Karin Kopp

Wien, im September 2012

## **Dank**

Das vorliegende Prozesshandbuch wurde von der Gesundheit Österreich GmbH erstellt. Ohne die engagierte Arbeit von Qualitätskomitee und Redaktionsteam sowie der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus mehr als sechzig teilnehmenden Einrichtungen hätte es nicht in dieser Form entstehen können. Herzlichen Dank allen Beteiligten!

Wir wünschen den Anwenderinnen und Anwendern, dass sie mit diesem Handbuch Unterstützung im Gestalten ihrer täglichen Arbeit finden.

## **Mitglieder Qualitätskomitee**

Dr. Johann Baumgartner – Koordination Palliativbetreuung Steiermark  
DSA Karl W. Bitschnau, MAS (Palliative Care) – Hospiz Vorarlberg  
Erich Borovnyak, MBA, M.A. – Mobiles Caritas Hospiz Wien  
MMag. Christof S. Eisl – Hospiz-Bewegung Salzburg  
Mag. Dr. Ursula Heck – Palliativstation LK Krems  
Prim. Dr. Heinrich Kiss – Palliativstation KH Oberwart  
Mag. Werner Mühlböck – Tiroler Hospiz-Gemeinschaft  
Dr. Markus Narath – Steiermärkische KAGes  
Mag. Leena Pelttari, MSc. (Palliative Care) – Dachverband Hospiz Österreich  
Dr. Roswitha Prohaska – Mobiles Palliativteam Wr. Hilfswerk, vormalig CS Hospiz Wien  
Dr. Brigitte Riss – Landesverband Hospiz Niederösterreich  
Dr. Ernst Rupacher – Zentrum für interdisziplinäre Schmerztherapie und Palliativmedizin Klinikum Klagenfurt am Wörthersee  
Mag. Bettina Schörgenhofer – Mobiles Caritas Hospiz Wien – bis 2009  
MMag. Barbara Traar – Mobile Palliativteams Kärnten – bis 2010  
Univ.-Prof. Dr. Herbert Watzke – Österreichische Palliativgesellschaft, Palliativstation AKH Wien  
Dr. Michaela Werni-Kourik, MAS (Palliative Care) – Palliativkonsiliardienst Wilhelminenspital Wien  
Dr. Wolfgang Wiesmayr – Landesverband Hospiz Oberösterreich  
DGKS Beatrix Wondraczek, MAS (Palliative Care) – Kardinal König Akademie, Campus/West Krems/Donau  
Dr. Franz Zdrahal – Caritas Wien

Generell wird in diesem Handbuch gegendert. Gelegentliche Abweichungen von diesem Prinzip geschehen aus Platzgründen oder um die Lesbarkeit des Textes zu unterstützen. Im Bewusstsein, dass hier die Generalklausel geschlechtergerechtes Formulieren nicht ersetzen kann, ist für diese Ausnahmen von der Regel festzuhalten, dass männliche personenbezogene Bezeichnungen für beide Geschlechter gelten.

ISBN-13 978-3-85159-168-2

## **Impressum**

Eigentümer: Bundesministerium für Gesundheit, Radetzkystraße 2, 1010 Wien  
Herausgeber, Verleger und Herstellung: Gesundheit Österreich GmbH, Stubenring 6, 1010 Wien  
E-Mail: rene.laub@goeg.at

Das verwendete Papier entspricht den Kriterien des Europäischen Umweltzeichens und der PEFC-Zertifizierung.

## Vorwort



In Österreich ist es ein dezidiertes politisches Ziel, für die Verbesserung der Lebensqualität von unheilbar kranken und sterbenden Menschen Sorge zu tragen. Daher wird der Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung seit Ende der 1990er Jahre systematisch forciert. Anfangs nur auf die Palliativmedizin in Akutspitälern konzentriert, stellte sich bald heraus, dass eine umfassende Betreuung der betroffenen Menschen auch mobile und pflegerische Angebote benötigt. Daher ließ das Gesundheitsressort das Konzept der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung erarbeiten, das seither die maßgebliche Grundlage für Weiterentwicklungen darstellt. Die Bundesgesundheitsagentur begleitet die Entwicklung seit vielen Jahren mit finanzieller Unterstützung von Informations-, Beratungs- und Vernetzungsaktivitäten, laufendem Monitoring der Entwicklungen sowie bei der Qualitätsarbeit.

Auch wenn der interdisziplinäre sowie der sektoren- und kompetenzsphärenübergreifende Charakter der Hospiz- und Palliativversorgung in unserem Gesundheits- und Sozialsystem mit Barrieren und Grenzen konfrontiert ist, hoffe ich, dass mit der Beauftragung des vorliegenden Handbuchs ein weiterer Entwicklungsschritt gesetzt werden konnte. Ein Schritt, der – anders als die Zuständigkeits- und Finanzierungsdiskussionen im Hintergrund – den in den Hospiz- und Palliativeinrichtungen beschäftigten und betreuten Menschen eine unmittelbare, praxisnahe Unterstützung bei den tagtäglichen Herausforderungen bietet.

Ich freue mich sehr, dass die aus dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) abgeleitete Initiative, Arbeiten zur Förderung der Prozessqualität in Angriff zu nehmen, im Hospiz- und Palliativbereich mit viel Interesse und Engagement aufgenommen wurde. Mein ausgesprochener Dank richtet sich an die vielen Expertinnen und Experten aus den Einrichtungen, die ihr Wissen und ihre Erfahrungen in das Handbuch eingebracht haben, und an die Institutionen, allen voran den Dachverband Hospiz Österreich und die Österreichische Palliativgesellschaft, die die Arbeiten begleitet haben. Nicht zuletzt danke ich den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Gesundheit Österreich GmbH, ohne deren Initiative, dieses Handbuch in Angriff zu nehmen und die Arbeiten unermüdlich voranzutreiben, das Ergebnis nicht in der jetzigen Form vorliegen würde.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Alois Stöger'.

Alois Stöger  
Bundesminister für Gesundheit

# Vorwort

Dachverband Hospiz Österreich

Ein weiteres schönes Ergebnis der guten Zusammenarbeit zwischen dem ÖBIG und dem Dachverband Hospiz Österreich liegt nun mit diesem Handbuch für Prozessqualität, das sämtliche Einrichtungen der Hospiz- und Palliativversorgung einbezieht, vor. Ein langer Prozess der Erarbeitung, bei dem alle Hospiz- und Palliativeinrichtungen in Österreich eingeladen waren, mitzugestalten und ihre Erfahrungen einzubringen, hat damit einen guten Abschluss gefunden. Wir freuen uns sehr, dass im begleitenden Qualitätskomitee auch viele Vorstände des Dachverbandes Hospiz Österreich eingebunden waren.

Ziel bei der Erstellung des Handbuchs war, die Einrichtungen in ihrer täglichen Arbeit und den Abläufen mit der Beschreibung von Prozessen qualitativ und praktisch zu unterstützen. Als flexibles Instrument soll es mithelfen, schwerkranke und sterbende Menschen in ganz Österreich unabhängig vom Ort mit gleicher Qualität zu betreuen und zu begleiten.

Mit einem herzlichen Dank an alle, die mitgearbeitet haben, und an alle Hospiz- und Palliativmitarbeiter/innen, die tagtäglich die wertvolle Arbeit der Betreuung und Begleitung übernehmen, geben wir nun den Wunsch mit auf den Weg, dass das Handbuch in der Praxis hilfreich eingesetzt wird und in einem lebendigen Austausch bleibt. Dadurch sind wir dem großen Ziel, Hospiz- und Palliativbetreuung für alle, die es brauchen, in der gleichen hohen Qualität zugänglich, erreichbar und leistbar zu machen, einen weiteren Schritt näher.

Waltraud Klasnic  
Präsidentin  
Dachverband Hospiz Österreich

Mag.<sup>a</sup> Leena Pelttari MSc (Palliative Care)  
Geschäftsführerin  
Dachverband Hospiz Österreich

Die Entwicklung der Einrichtungen von Hospiz- und Palliativbetreuung in Österreich wird maßgeblich durch Strukturqualitätskriterien, die vor Jahren gemeinsam vom ÖBIG und vielen österreichischen Expertinnen und Experten erarbeitet wurden, beeinflusst. Als nächster logischer Schritt wurde nun nach der Strukturqualität auch die Prozessqualität dieser Einrichtungen in Angriff genommen und in einem eigenen Handbuch für Palliativeinrichtungen zusammengefasst.

Die Österreichische Palliativgesellschaft (OPG) begrüßt diese Qualitätsinitiative und das daraus resultierende Handbuch ganz außerordentlich und hat dieses deshalb im Entstehungsprozess auch wesentlich mitgestaltet. Als wissenschaftliche Fachgesellschaft, die alle Berufsgruppen der Hospiz- und Palliativversorgung repräsentiert, ist es der OPG ein Anliegen, eine hochqualitative Betreuung schwerstkranker Patientinnen und Patienten in Österreich zu erreichen. Durch die nun vorliegenden Prozessbeschreibungen wird sichergestellt, dass unabhängig davon, an welcher Einrichtung der Hospiz- und Palliativbetreuung ein Patient versorgt wird, die dabei ablaufenden Betreuungsprozesse, die ja ganz entscheidend die Art und die Qualität der Versorgung kennzeichnen, qualitativ und einheitlich sind. Darüber hinaus stellt das Handbuch eine gute Orientierungshilfe für die Organisation von neuen Hospiz- und Palliativeinrichtungen dar und erlaubt eine sinnvolle Qualitätsüberprüfung der bestehenden.

In diesem Sinn darf dem Handbuch eine möglichst große Verbreitung in Österreich gewünscht werden.

Univ.-Prof. Dr. Herbert Watzke  
Präsident der Österreichischen Palliativgesellschaft





# Inhalt

- » Einleitung
- » Grundsätze der Hospiz- und Palliativversorgung
- » Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung
- » Qualitätsmanagement
- » Musterprozesse
- » Anwender- und Nutzerhinweise
- » Palliativstation
- » Stationäres Hospiz
- » Tageshospiz
- » Palliativkonsiliardienst
- » Mobiles Palliativteam
- » Hospizteam

# Anhang

- » Entwicklungsschritte zum Prozesshandbuch
- » An der Entwicklung der Prozesse beteiligte Einrichtungen
- » Glossar
- » Institutionen in Österreich
- » Literatur
- » Bundesgesetzblatt Patientenverfügungs-Gesetz
- » Gesundheitsreformgesetz 2005, i. d. F. vom 31. 01. 2011
- » WHO Definition of Palliative Care 2002
- » ECOG-Leistungsstatus – KARNOFSKY-Index
- » Palliative Performance Scale (PPS)
- » Der POS-Fragebogen  
(Palliative care Outcome Scale; zur Beurteilung der Palliativbetreuung)  
Fragebogen für betreuendes Personal
- » Der POS-Fragebogen  
(Palliative care Outcome Scale; zur Beurteilung der Palliativbetreuung)  
Fragebogen für Patienten

# Abkürzungen

ABGB	Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch
ÄZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
BGBI	Bundesgesetzblatt
EA	ehrenamtlich
ECOG	Eastern Cooperative Oncology Group
ev.	eventuell
ggf.	gegebenenfalls
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GQG	Gesundheitsqualitätsgesetz
HKP	Hauskrankenpflege
HOST	Hospizteam
KAKuG	Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz
KAGes	Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.
KH	Krankenhaus
LK	Landeskrankenhaus
MPT	Mobiles Palliativteam
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PAL	Palliativstation
Pat.	Patient/Patientin
PatVG	Patientenverfügungs-Gesetz
PKD	Palliativkonsiliardienst
QuK	Qualitätskomitee
SHOS	Stationäres Hospiz
THOS	Tageshospiz
u. a.	unter anderem
z. B.	zum Beispiel

# Einleitung

Unheilbar kranke und sterbende Menschen bedürfen gemeinsam mit ihren Angehörigen besonderer Betreuung. Therapien ohne Aussicht auf Besserung des Zustands belasten die Erkrankten mehr, als sie nutzen. Adäquate Versorgung orientiert sich daher an den individuellen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten, Lebensqualität erhält oberste Priorität.

Die etablierten Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens übernehmen zwar die palliative Grundversorgung, Palliativpatientinnen und -patienten mit komplexer Problematik finden in diesen Strukturen aber kaum die auf ihre persönlichen Erfordernisse abgestimmten und spezialisierten Angebote.

Mit dem deklarierten gesundheitspolitischen Ziel, ein den unterschiedlichen Bedürfnislagen entsprechendes Angebot bereitzustellen, wurde das Konzept der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung in den „Österreichischen Strukturplan Gesundheit 2010“ aufgenommen. Die sechs verschiedenen Versorgungsangebote, die sogenannten „Bausteine“ (Palliativstation, Stationäres Hospiz, Tageshospiz, Mobiles Palliativteam, Palliativkonsiliardienst, Hospizteam), sind als junger Leistungsbereich noch nicht vollständig in die österreichische Versorgungslandschaft integriert. Mit der Aufnahme in den ÖSG wurde aber der erste Schritt zur Verankerung dieses wichtigen Angebots in der integrierten Planung gesetzt, verbindliche Bedarfsrichtwerte und Qualitätskriterien dazu stehen allerdings noch aus.

Das Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG 2005) legt Qualitätssicherung als unverzichtbaren Bestandteil der medizinischen Versorgung rechtsverbindlich fest (BGBl I 2004/179). Der Gesetzgeber sieht darin u. a. nicht nur Patientenorientierung, Transparenz und Leistungserbringung unter Berücksichtigung der Patientensicherheit vor, er schreibt damit auch die Evaluierung der Leistungen/Qualität fest.

Die Qualität von Versorgungsleistungen zu beurteilen, stellt grundsätzlich eine Herausforderung dar. Der im Gesundheitsbereich am weitesten verbreitete Ansatz stammt von Avedis Donabedian, der Qualität als den „Umfang des Erfolges, der unter optimalen Verhältnissen und vertretbaren Kosten tatsächlich zu erreichen ist“ definierte (Donabedian 1966, 1980). In den Mittelpunkt seiner Überlegungen stellte er den Kunden, in unserem Zusammenhang sind dies die Patientin und der Patient mit ihren/seinen Wünschen, Erwartungen, Ressourcen und Ängsten. Donabedian nahm eine Unterscheidung von Qualität nach den Dimensionen Struktur, Prozess und Ergebnis vor, die sich im Gesundheitsbereich durchgesetzt hat. Strukturqualitätskriterien für den Hospiz- und Palliativbereich sind teilweise bereits im Österreichischen Strukturplan Gesundheit verankert. Um die Prozessqualität messbar zu machen, ist es nun nötig, die Abläufe in den Hospiz- und Palliativeinrichtungen nachvollziehbar abzubilden, was hier für alle Versorgungsangebote unternommen wurde.

Das vorliegende Prozesshandbuch ist „aus der Praxis für die Praxis“ entstanden und möchte die Arbeit in den Hospiz- und Palliativeinrichtungen unterstützen und fördern. Darüber hinaus will es auch einen Beitrag zu einer österreichweit gleichwertigen Hospiz- und Palliativversorgung leisten. Das Handbuch wendet sich primär an die in den Einrichtungen Arbeitenden, bietet aber auch Berufstätigen in jenen Strukturen, die mit dem Hospiz- und Palliativbereich vernetzt sind, Information und Einblick in die Tätigkeit dieses spezifischen Versorgungsbereiches.

Das Handbuch zeichnet sich besonders dadurch aus, dass es sich nicht auf ein einziges Versorgungsangebot beschränkt, sondern die Kernprozesse in allen sechs Angebotssegmenten gleichermaßen darstellt. Die ausgewählten Kernprozesse sind in gleichartiger Form dargestellt und inhaltlich abgestimmt. Damit wird die Gleichwertigkeit aller Bausteine unterstrichen.

Rund sechzig Hospiz- und Palliativeinrichtungen (siehe Anhang) lieferten mit Ist- und Soll-Darstellungen die Grundlage für die systematische Beschreibung der Prozesse im Handbuch. Das Projektteam der Gesundheit Österreich modellierte gemeinsam mit dem Qualitätskomitee (Expertinnen und Experten aus allen sechs Versorgungsangeboten) Musterprozesse für jeden „Baustein“ der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung. Ein aus dem Qualitätskomitee gebildetes Redaktionsteam unterstützte die Gesundheit Österreich im Erstellen des vorliegenden Handbuches.

Die abgebildeten Prozesse zeichnen die Abläufe in den Hospiz- und Palliativeinrichtungen zum aktuellen Zeitpunkt in Österreich nach. Sie sind eine Empfehlung und sollen allen, die bereits in einer Einrichtung tätig sind, ebenso wie jenen, die ihre Tätigkeit erst aufnehmen, zur Orientierung dienen und als Grundlage für die professionelle Weiterentwicklung der Arbeitsabläufe in der Behandlung, Betreuung und Begleitung von Palliativpatienten und -patientinnen und deren Angehörigen herangezogen werden.

Dieses Handbuch soll sich entwickeln. Es ist beabsichtigt, etwa drei Jahre nach dem offiziellen Erscheinungsdatum die Einrichtungen zu befragen, wie hilfreich die Verwendung des Prozesshandbuches und das Heranziehen von Musterprozessen ist und ob die Indikatoren für die Arbeit und laufende Entwicklung der Einrichtung zweckmäßig sind. Diese Ergebnisse fließen dann in eine neue Version des Prozesshandbuches ein. Erst wenn sich herausstellt, dass die Indikatoren praktikabel sind, kann darüber nachgedacht werden, wie sie routinemäßig erhoben werden und was mit den Ergebnissen geschieht.

# Grundsätze der Hospiz- und Palliativversorgung

Die WHO definiert Palliative Care als „Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von Leiden durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art“ (WHO-Definition 2002, Übersetzung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin).

Die WHO-Definition und Empfehlungen der EAPC (European Association for Palliative Care) waren Ausgangspunkt zu den nachstehenden Maximen, die von der Expertengruppe für Hospiz- und Palliativversorgung formuliert wurden:

- » Die ganzheitliche Betreuung des Hospiz- und Palliativversorgungsansatzes berücksichtigt die körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse gleichermaßen.
- » Bedarf und Bedürfnisse der Patientin / des Patienten stehen im Zentrum. Individuelle Zuwendung ist sehr wichtig.
- » Die Lebensqualität der Patientin / des Patienten wie auch der An- und Zugehörigen soll erhalten und verbessert werden.
- » Die An- und Zugehörigen werden in die Betreuung mit einbezogen.
- » In gewünschter Umgebung betreut zu werden und sterben zu können (z. B. Zuhause, Heim, stationäres Hospiz, Krankenhaus, Palliativstation), wird nach Möglichkeit angestrebt.
- » Bei lebensbedrohlicher Grunderkrankung soll Palliativbetreuung möglichst frühzeitig mit spezialisierten Fachkräften einbezogen werden. Kurative und palliative Maßnahmen können ineinander greifen.
- » Das Selbstbestimmungsrecht der Patientin / des Patienten wird beachtet (z. B. durch Patientenverfügung, Bevollmächtigung einer Vertrauensperson als Stellvertretung in Gesundheitsangelegenheiten).
- » Das vorausschauende Planen der Betreuung für die letzte Lebensphase (advance care planning) ist wesentlich.
- » Folgende Aspekte entscheiden über Therapie und Maßnahmen:
  - » lindernde und symptomatische Behandlungsmaßnahmen haben oberste Priorität,
  - » Abwägen von Nutzen und Belastung im Hinblick auf die Lebensqualität der Betroffenen,
  - » von Diagnostik/Untersuchungen ohne therapeutische Konsequenz sowie von Therapien ohne Aussicht auf Lebensqualitätsverbesserung wird Abstand genommen – Vermeidung von „Übertherapie“,
  - » Entscheidungen finden Patientin/Patient, Angehörige und Team gemeinsam (shared decision making).
- » Die Kontinuität der qualifizierten Betreuung zu gewährleisten ist eine Maxime.
- » Die Tätigkeit der Hospiz- und Palliativbetreuung endet nicht mit dem Tod der Patientin / des Patienten, sondern inkludiert bei Bedarf Hilfestellungen und/oder Trauerbegleitung der Angehörigen.

- » Ein interprofessionell arbeitendes Team mit jeweils spezieller Qualifikation und Ausbildung im Bereich Palliative Care (ärztliches Personal, Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, Seelsorger/innen, Sozialarbeiter/innen und Therapeuten/Therapeutinnen aus den Bereichen Diätologie, Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie, Psychotherapie) betreut und versorgt die Patienten und Patientinnen und ihre Angehörigen. Ehrenamtliche Mitarbeiter/innen werden in die Betreuung mit einbezogen.
- » Ehrenamtlich Tätige spielen in der Hospiz- und Palliativbetreuung eine tragende Rolle.
- » Zur Aufgabe der spezialisierten Palliativfachkräfte gehört auch die Aus-, Fort- und Weiterbildung in Palliative Care für die in der Grundversorgung tätigen Berufsgruppen.
- » Die qualifizierte Betreuung unheilbar kranker Menschen erfordert ein enges Vernetzen der Hospiz- und Palliativeinrichtungen mit anderen Gesundheitsbereichen und verschiedenen medizinischen Disziplinen.
- » Die Grundhaltung der Hospiz- und Palliativversorgung gesellschafts- und gesundheitspolitisch zu integrieren ist zentrales Anliegen.

# Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung

Bereits 2004 konzipierte die Gesundheit Österreich (damals noch ÖBIG) im Auftrag des Gesundheitsressorts gemeinsam mit Vertreterinnen und Vertretern des Dachverbandes HOSPIZ ÖSTERREICH, der Österreichischen Palliativgesellschaft und fachlichen Expertinnen und Experten aus den Bundesländern die abgestufte Versorgung von Palliativpatienten. Im Jahr 2006 bestätigten Bund, Länder, Sozialversicherung und Ärztekammer dieses Versorgungskonzept, das darauf beispielgebend für andere europäische Länder, insbesondere im deutschsprachigen Raum, wurde.

Zielgruppe der Hospiz- und Palliativversorgung sind unheilbar kranke und sterbende Menschen in einem fortgeschrittenen Erkrankungsstadium mit Schmerzen, psychischen Beschwerden und/oder anderen die Lebensqualität beeinträchtigenden Symptomen (= Palliativpatientinnen und -patienten) wie auch ihre An- und Zugehörigen.

Das auf die unterschiedlichen Bedürfnislagen abgestimmte Versorgungssystem schließt mit spezialisierten Aufgaben und die Grundversorgung ergänzenden Angeboten, den sechs sogenannten **Bausteinen**, die Lücken in der Regelversorgung:

**Palliativstationen** übernehmen die Versorgung in besonders komplexen Situationen, die andere Einrichtungen oder Dienste nicht bewältigen können und die besondere ärztliche Expertise erfordern.

**Stationäre Hospize** versorgen stationär, wenn die pflegerische und psychosoziale Betreuung stärker in den Vordergrund tritt.

**Tageshospize** bieten jenen, die vorwiegend in ihrer gewohnten Umgebung versorgt werden können, tageweise Betreuung und ihren An-/Zugehörigen Entlastung während des Tages.

**Mobile Palliativteams** und **Palliativkonsiliardienste** unterstützen die anderen Gesundheitsdienstleister in der Betreuung der Palliativpatienten und ihrer An-/Zugehörigen und beraten fachlich.

**Hospizteams** begleiten mit ehrenamtlich tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Palliativpatienten und ihre An-/Zugehörigen in allen Versorgungskontexten bis hin zur Trauerbegleitung.

Die „Bausteine“ fügen sich in das etablierte Versorgungssystem ein.

Die abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung wurde als spezieller Versorgungsbereich im „Österreichischen Strukturplan Gesundheit 2010“ empfohlen bzw. zur Orientierung angeboten: „Es müssen nicht in allen Bundesländern unbedingt alle unten dargestellten Bausteine umgesetzt werden, vielmehr soll die Hospiz- und Palliativversorgung in Abhängigkeit von den regionalen Rahmenbedingungen entwickelt werden. Dabei sind auch organisatorische Kombinationen der dargestellten Bausteine denkbar“. (ÖSG 2010, 89)

Versorgungsangebote, die „Bausteine“ der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung

<b>Hospiz- und Palliativbetreuung</b>			
<b>Grundversorgung</b>		<b>Spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung</b>	
<b>Traditionelle Dienstleister</b>		<b>Unterstützende Angebote</b>	<b>Betreuende Angebote</b>
<b>Aktubereich</b>	Krankenhäuser	<b>Hospizteams</b>	<b>Palliativ-konsillardienste</b>
	Alten- und Pflegeheime		<b>Mobile Palliativteams</b>
<b>Familienbereich, Zuhause</b>			
„Einfache“ Situationen 80 bis 90 Prozent der Sterbefälle		Komplexe Situationen, schwierige Fragestellungen 10 bis 20 Prozent der Sterbefälle	

Quellen: HOSPIZ ÖSTERREICH, ÖBIG 2004



# Qualitätsmanagement

Mit Inkrafttreten des Gesundheitsqualitätsgesetzes 2005 wurde Qualitätssicherung für Gesundheitsdienstleister verpflichtend.

Qualitätsmanagement wird nach der internationalen Norm DIN EN ISO 9000:2000 definiert als „aufeinander abgestimmte Tätigkeiten zur Leitung und Lenkung einer Organisation bezüglich Qualität“. Ab dem Jahr 1992 ersetzte Qualitätsmanagement den bis dahin verwendeten Oberbegriff Qualitätssicherung.

In § 1 (1) des GQG heißt es: „Zur flächendeckenden Sicherung und Verbesserung der Qualität im österreichischen Gesundheitssystem ist systematische Qualitätsarbeit zu implementieren und zu intensivieren. Dazu ist ein gesamtösterreichisches Qualitätssystem basierend auf den Prinzipien Patientinnen- und Patientenorientierung, Transparenz, Effektivität und Effizienz nachhaltig zu entwickeln, umzusetzen und regelmäßig zu evaluieren. Dabei ist insbesondere die Qualität bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen unter Berücksichtigung der Patientinnen- und Patientensicherheit zu gewährleisten.“

Weiters heißt es in § 1 (2): „Die Bundesministerin / der Bundesminister für Gesundheit und Frauen hat sicherzustellen, dass die Arbeiten zum Aufbau, zur Weiterentwicklung, zur Sicherung und Evaluierung eines flächendeckenden österreichischen Qualitätssystems bundeseinheitlich, bundesländer-, sektoren- und berufsübergreifend erfolgen. Dabei sind im Sinne des Qualitätssystems die Ebenen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu berücksichtigen.“

„Zum Zweck der Sicherstellung der in Abs. 1 und 2 festgeschriebenen Grundsätze hat die Bundesministerin / der Bundesminister für Gesundheit und Frauen für eine entsprechende Abstimmung der am gesamtösterreichischen Qualitätssystem beteiligten Akteurinnen und Akteure Sorge zu tragen. Darüber hinaus hat die Bundesministerin / der Bundesminister für Gesundheit und Frauen die bundesweite Koordinierung von Qualitätsmaßnahmen zum Zweck der nationalen und internationalen Vergleichbarkeit von Gesundheitsdienstleistungen zu gewährleisten“ (§ 1 (3) GQG).

## Qualitätsdimensionen nach Avedis Donabedian

Donabedian nahm eine Aufteilung der Qualität in die Dimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität vor, die sich auch im Gesundheitsbereich durchsetzte. Die Definitionen aus der Fachliteratur sind hier mit entsprechenden Passagen (*kursiv*) aus dem Gesundheitsqualitätsgesetz (BGBl I 2004/179) ergänzt:

Strukturqualität: Summe sachlicher und personeller Ausstattung einer Gesundheitseinrichtung in quantitativer und qualitativer Hinsicht. Dazu zählen:

- » *Rechtliche und vertragliche Rahmenbedingungen*
- » *Räumliche und technische Infrastruktur (Erreichbarkeiten, Dokumentationsmöglichkeiten etc.)*
- » *Finanzielle Ausstattung*
- » *Personelle Ausstattung*

Prozessqualität: Arbeitsabläufe und Verfahrensweisen, die nach nachvollziehbaren und nachprüfbaren Regeln systematisiert erfolgen und dem Stand des professionellen Wissens entsprechen, regelmäßig evaluiert und kontinuierlich verbessert werden. Darunter fallen alle medizinischen Arbeitsabläufe und Verfahrensweisen, die zum Erfolg der Einrichtung beitragen. Zur Definition, Bemessung und Evaluierung von Prozessen bedarf es genauer Ablaufpläne und Verfahrensanweisungen, anhand derer die laufende Evaluation und der Verbesserungsprozess erfolgen können. Die Prozesse selbst unterscheiden sich nach folgenden tätigkeitsorientierten Prozessarten:

- » *Führungsprozesse: Verwaltung, Controlling, interne Audits etc.*
- » *Kernprozesse: Anamnese- und Untersuchungstechnik, Therapie, Gesprächsführung, Pflegestandards, Ausbildungsstandards etc.*
- » *Unterstützungsprozesse: Fortbildung, Wartung von Räumen, Apparaten etc.*

Die Prozessgestaltung gilt als wichtiges Instrument des internen Qualitätsmanagements und des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses.

Ergebnisqualität: Messbare Veränderungen des professionell eingeschätzten Gesundheitszustandes, der Lebensqualität und der Zufriedenheit einer Patientin / eines Patienten bzw. einer Bevölkerungsgruppe als Ergebnis bestimmter Rahmenbedingungen und Maßnahmen. Die Ergebniskategorie bildet die wichtigste Grundlage für die Evaluation der erbachten Leistungen, wobei zu unterscheiden ist zwischen

- » *objektiv messbaren Kriterien (Besserung und Heilung von Erkrankungen, Zeitaufwand, Kosten etc.) und*
- » *subjektiven Kriterien (Patienten- und Angehörigenzufriedenheit).*

Das Denkmodell von Donabedian geht davon aus, dass sich die Qualitätsdimensionen gegenseitig beeinflussen. Die vorhandenen Strukturen und Ressourcen beeinflussen die Prozesse, die wiederum die Ergebnisqualität mitbestimmen.

### **Qualitätskriterien und -indikatoren**

Qualität wird anhand von Qualitätskriterien und Qualitätsindikatoren beurteilt.

Qualitätskriterien sind Eigenschaften, die typischerweise bei qualitativ hochwertigen (z. B. medizinischen) Leistungen erfüllt werden sollen. Qualitätsindikatoren veranschaulichen den Grad an Qualität, der erreicht wird. Ihre Ausprägungen ermöglichen eine Unterscheidung zwischen guter und schlechter Qualität von Strukturen, Prozessen und/oder Ergebnissen. Sie messen die Qualität nicht direkt, sondern sind Hilfsgrößen, die die Qualität einer Einheit durch Zahlen bzw. Zahlenverhältnisse indirekt abbilden.

„Gute Qualität“ wird über Referenzbereiche bzw. Referenzwerte definiert. Ein Referenzbereich ist jenes Intervall, innerhalb dessen die Ausprägung eines Qualitätsindikators als „gut“ oder „unauffällig“ gewertet wird. Ein Referenzwert ist ein Referenzbereich, bei dem Unter- und Obergrenze zusammenfallen.

Um Qualitätskriterien, -indikatoren und ihre Referenzbereiche bzw. Referenzwerte festlegen zu können, benötigt man idealerweise beste verfügbare Evidenz, d. h. bestmögliche Kenntnis von Fakten.

Liegt keine empirische Evidenz vor, können Qualitätskriterien und -indikatoren im Expertenkonsens entwickelt werden.

Indikatoren werden aus Daten gebildet, die erhoben werden müssen. Dabei kann unterschieden werden zwischen Primärdaten (also Daten, die speziell für einen bestimmten Indikator erhoben werden, z. B. die Zufriedenheit von Teilnehmern einer Veranstaltung) und Sekundärdaten (d. s. Daten, die bereits vorliegen oder in einem anderen Zusammenhang erhoben wurden, z. B. die Anzahl der Teilnehmer einer Veranstaltung). Die Aussagefähigkeit von Daten hängt von ihrer Qualität ab, wobei es drei wichtige Anforderungen an die Datenqualität gibt: möglichst hohe Objektivität, möglichst hohe Zuverlässigkeit (Reliabilität) und möglichst hohe Gültigkeit (Validität).

Qualitätskriterien und -indikatoren sind mittlerweile auch im Kontext der Gesundheitsversorgung von großer Bedeutung.

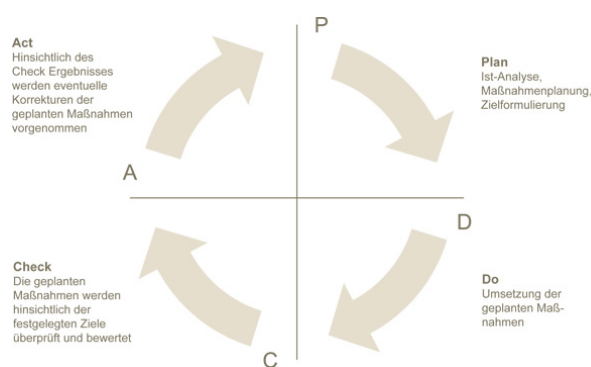
### Qualitätsverbesserungszyklus nach Deming

Der amerikanische Qualitätsberater W. Edwards Deming entwickelte 1982 mit dem Qualitätsmanagementzyklus ein Verfahren, das auf ständige Prozessverbesserung abzielt. Das unter der Bezeichnung PDCA-Zyklus (auch Deming-Zyklus) bekannte Modell ist ein systematischer Ansatz zu strukturiertem Vorgehen, um Verbesserungen zu initiieren, umzusetzen und nachzuweisen.

Dem Modell liegt die Annahme zugrunde, dass jeder Vorgang als Prozess betrachtet und als solcher schrittweise verbessert werden kann.

Der PDCA-Zyklus beschreibt verschiedene Aktivitäten, die in einem Prozess eine Verbesserung zum Ziel haben. In der Planungsphase wird ein Verbesserungsplan mit Maßnahmen erstellt. Der Maßnahmenplan wird in der Phase zwei in die Tat umgesetzt. Die Auswirkungen werden beobachtet, festgehalten, gemessen und überprüft. Die Ergebnisse werden anhand der Ausgangssituation analysiert und der Zyklus kann wieder von vorne beginnen.

#### PDCA-Zyklus nach Deming



Quelle: <http://www.humanitas-pflegeservice.de/100-0-Qualitaetssicherung+.html>

PDCA-Zyklus nach W.E.Deming

Die im Schritt „Plan“ definierten Ziele sollten die sogenannten SMART-Kriterien erfüllen: S = Spezifisch, M = Messbar, A = Anspruchsvoll, R = Real, T = Terminiert.

Der Zyklus ist ein nie endender Prozess ohne Anfangs- und ohne Endpunkt. Das wiederholte Durchlaufen führt zu einer ständigen Verbesserung (auch unter dem Begriff kontinuierlicher Verbesserungsprozess bekannt), der Grundlage aller Qualitätsmanagementsysteme. Damit wird in Institutionen eine stetige Verbesserung der Abläufe angestrebt – u. a. mit dem Ziel, die Zufriedenheit der Kunden (in der Hospiz- und Palliativbetreuung sind dies die Patienten und ihre An-/Zugehörigen) und der Mitarbeiter/innen zu erhöhen.

### **Qualitätsmanagement für den Hospiz- und Palliativbereich**

Die Hospiz- und Palliativversorgung stellt sich in Österreich sehr heterogen dar. Unterschiede bestehen nicht nur in den versorgungsspezifischen Aufgaben und Zielen, sondern auch hinsichtlich Organisationsstruktur, Trägerschaft, Finanzierung, Anbindung an die Versorgungskette, inhaltlicher Schwerpunktsetzung und Abläufen in den Einrichtungen.

Inhaltliche Beschreibungen, Abgrenzungen und Empfehlungen zur Strukturqualität und zum Leistungsumfang für Hospiz- und Palliativeinrichtungen liegen bereits vor; das Konzept der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung ist überdies in den „Österreichischen Strukturplan Gesundheit 2010“ aufgenommen und damit in der integrierten Planung verankert.

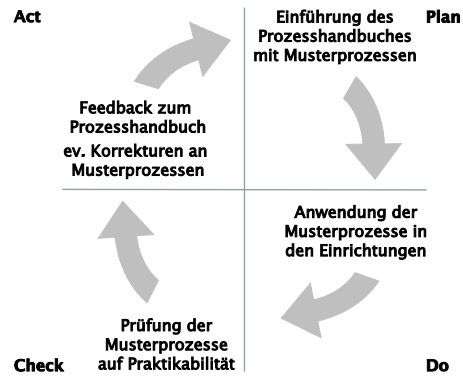
Das Prozesshandbuch unternimmt nun einen weiteren Schritt zur Qualitätsentwicklung für den Hospiz- und Palliativbereich, indem hier Kernprozesse in den einzelnen Versorgungsangeboten systematisch beschrieben und Mindestanforderungen definiert sind. In anderen Ländern (insbesondere in den USA) wurden bereits erste Qualitätsindikatoren für den Bereich der Palliative Care entwickelt, sie sind allerdings nicht auf die Prozesse übertragbar und werden daher nicht herangezogen. Im Handbuch bilden die systematisch dargestellten Abläufe den Ausgangspunkt für die Definition von Indikatoren, anhand derer die Qualität der Prozesse nachvollziehbar und messbar gemacht werden soll.

Ziel dieses Handbuches ist, Inhalte und Grundsätze der Hospiz- und Palliativversorgung besser umsetzen zu können, die Qualität der Abläufe zu optimieren sowie transparenter und damit für alle einsichtig zu machen, den Informationsaustausch zu verbessern und die Behandlung und Betreuung patientenorientiert zu gestalten.

Die dargestellten Abläufe müssen von den Einrichtungen auf ihre breite Anwendbarkeit im Alltag geprüft werden. Es ist beabsichtigt, in einem angemessenen Zeitraum (etwa drei Jahre nach dem Erscheinen und Bereitstellen des Handbuches) erste Schlüsse aus der Verwendung im Alltag zu ziehen und diese in eine Überarbeitung bzw. Weiterentwicklung des Prozesshandbuches einfließen zu lassen.

Das Prozesshandbuch versteht sich somit als Impuls für stetige Qualitätsentwicklung im Hospiz- und Palliativbereich.

Kontinuierlicher Prozess zur Qualitätsentwicklung im Hospiz- und Palliativbereich





# Musterprozesse

Alle österreichischen Hospiz- und Palliativeinrichtungen waren eingeladen, an der Entwicklung des Prozesshandbuches teilzunehmen. In vielen Treffen des Qualitätskomitees und während mehrerer Großveranstaltungen mit Vertreterinnen und Vertretern aus Hospiz- und Palliativeinrichtungen wurde der Entwicklungsstand des Handbuches reflektiert. Das Handbuch wurde damit von Anwenderinnen/Anwendern für Anwender/innen entworfen.

Das Kernstück bilden die zentralen Abläufe in den Hospiz- und Palliativeinrichtungen in Form von Flussdiagrammen mit Erläuterungen und Vorschlägen zu Qualitätskriterien und -indikatoren. Dementsprechend sind für jedes der sechs Versorgungsangebote (Bausteine) die Bereiche „Aufnahme“ bzw. Beginn der Betreuung/Begleitung, „Betreuung/Begleitung“ und „Entlassung“ bzw. Beendigung der Betreuung/Begleitung in insgesamt 21 Musterprozessen aufbereitet.

<b>Einrichtungen</b>	<b>Abläufe</b>
Palliativstation	Von der Anfrage bis zur Aufnahme Stationäre Aufnahme Aufenthalt Entlassung
Stationäres Hospiz	Von der Anfrage bis zur Aufnahme Stationäre Aufnahme Betreuung Post mortem
Tageshospiz	Von der Anfrage bis zum Erstbesuch Erstbesuch Betreuung Betreuungsabschluss
Palliativkonsiliardienst	Von der Anforderung bis zum Konsilium Durchführen des Konsiliums Abschluss des Konsiliums
Mobiles Palliativteam	Von der Anfrage bis zur Interventionsplanung Unterstützung vor Ort Abschluss der Unterstützung
Hospizteam	Von der Anfrage bis zum Begleitauftrag Begleitung Trauerbegleitung





# Anwender- und Nutzerhinweise

Die Aufnahme von Musterdokumenten in das Handbuch unterbleibt. Beabsichtigt war zunächst, die hier systematisch beschriebenen Prozesse mit in den Hospiz- und Palliativeinrichtungen eingesetzten Leitfäden und Checklisten zu ergänzen. Die Landschaft der Hospiz- und Palliativeinrichtungen ist aber nach wie vor sehr heterogen, sodass es derzeit illusorisch erscheint, einheitliche Dokumente unabhängig von regionalen und organisatorischen Bedingungen zu entwickeln. Die Vorgaben zu den Dokumenten in diesem Handbuch beschränken sich daher auf Inhalte, die die jeweilige Einrichtung jedenfalls zu erfassen bzw. zu dokumentieren hat.

Die Hospiz- und Palliativeinrichtungen werden ersucht, ihre Dokumente dahingehend zu prüfen, ob darin die hier angeführten Inhalte erfasst sind, und diese gegebenenfalls zu ergänzen. Die Verfasser/innen dieses Handbuches legen den Einrichtungen – insbesondere solchen, die neu in Betrieb gehen – nahe, sich bezüglich der Dokumente mit anderen Einrichtungen in ihrer Region bzw. ihres Trägers auszutauschen.

Von Prozessbeginn bis Prozessende sollen alle wichtigen Informationen, Daten und Maßnahmen mit Zeitpunkt der Eintragung und mit Handzeichen dokumentiert werden. Art und Weise der Dokumentation sind abhängig von der Trägerschaft und von der Finanzierung.

Die Patientendokumentation enthält von allen Berufsgruppen/Einrichtungen gesammelte und für die Betreuung relevante Informationen zum Patienten. Patientenbezogen sollen z. B. die jeweiligen Basisdaten, die Patienten-/Angehörigensituation (z. B. medizinische, soziale und psychische Situation) sowie Art und Häufigkeit von durchgeführten Maßnahmen (Behandlung, psychosoziale Betreuung und Begleitung, Beratung, ...) kontinuierlich dokumentiert werden. Schwerpunkt im Bereich Hospiz und Palliative Care ist dabei die regelhafte Dokumentation von Symptomen (unter welchen ein Patient leidet), von psychosozialen und auch spirituellen Bedürfnissen der Patienten und ihrer An- und Zugehörigen.

In der Leistungsdokumentation werden Art und Häufigkeit von durchgeführten Maßnahmen je nach Tätigkeit der Einrichtung (z. B. Anzahl Patienten, Patientenkontakte, Angehörigenkontakte, ...) systematisch und kontinuierlich erfasst (= Leistungsdokumentation). Im Leistungszeitraum (Zeitspanne vom Erstkontakt bis zur letzten dokumentierten Leistung) sollen der Einsatz der jeweiligen Berufsgruppe oder Ehrenamtlichen (Personalaufwand) und der damit verbundene Zeitaufwand dokumentiert werden. Dies bildet die Grundlage für statistische Auswertungen, die dem Träger, den Financiers oder der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt werden können und Aufschluss über die Tätigkeit einer Einrichtung geben.

Es wird empfohlen, in der Leistungsdokumentation auch Parameter für die jährliche Datenerhebung von HOSPIZ ÖSTERREICH zu berücksichtigen, ebenso die für die Evaluation erforderlichen Daten der jeweils von der Einrichtung gewählten Indikatoren.

Das Optimieren des Behandlungs-, Pflege- oder Betreuungsangebotes erfordert eine umfassende Patienten- und Leistungsdokumentation. Die Effektivität hinsichtlich Betreuung und der damit verbundene Personal-, Zeit- und Kostenaufwand können evaluiert und gegenüber Trägerschaft und Financiers argumentiert werden.

Effektivität im Bereich Hospiz und Palliative Care bedeutet jedenfalls das Erreichen von höherer Lebensqualität für Patienten und deren An- und Zugehörige.

Zur Prozessevaluierung werden Qualitätskriterien und -indikatoren vorgeschlagen. Diese sollen helfen, die Qualität der Arbeit in den Einrichtungen für die eigene Bewertung messbar zu machen. Da erste in anderen Ländern definierte Kriterien und Indikatoren aus dem Hospiz- und Palliativbereich dafür nicht geeignet sind, wurden für jeden einzelnen Prozess spezifische Kriterien und Indikatoren entwickelt, die Auskunft über die Qualität der Arbeitsabläufe geben sollen. Sie können die Reflexion und Bewertung der eigenen Arbeit unterstützen und Verbesserungs- und Entwicklungspotenziale aufzeigen. Auch die vorgestellten Indikatoren haben zum jetzigen Zeitpunkt Empfehlungscharakter. Sie sollen dazu dienen, erste Erfahrungen im Umgang mit diesen Größen zu sammeln (etwa in Hinblick auf Erhebungsfrequenzen oder Referenzwerte).

Die in allen Versorgungsangeboten (Bausteinen) beim Erstkontakt genannten Anfragedaten wurden in einer eigenen Liste zusammengefasst (siehe Liste „Anfragedaten“). Sie kann in der Praxis herangezogen werden, um sicherzustellen, dass alle relevanten Daten und Parameter erfasst werden. Die Einrichtungen selbst können anhand dieser Liste entscheiden, welche Informationen in ihrem Kontext bedeutend sind und daraus ggf. eigene Formulare entwickeln, die bei einem Erstkontakt zur Anwendung kommen.

Dieses Handbuch kann in den Hospiz- und Palliativeinrichtungen in folgenden Zusammenhängen eingesetzt werden (diese Liste ist exemplarisch, weitere hilfreiche Nutzungsmöglichkeiten können in den Einrichtungen entdeckt werden):

- » Reflexion der eigenen Abläufe und Weiterentwicklung der eigenen Einrichtung
- » Einführung (Manual) für neue Mitarbeiter/innen
- » Aufzeigen der eigenen Aufgabe und Arbeit nach innen und nach außen
- » Abstimmen der Verantwortlichkeiten mit anderen betreuenden Personen und Organisationen inkl. Schnittstellen
- » Öffentlichkeitsarbeit der Hospiz- und Palliativeinrichtungen
- » Diskussionsgrundlage zwischen Hospiz-/Palliativversorgung und Regelversorgung
- » Grundlage für sozial- und gesundheitspolitische Diskussionen

### **Erläuterungen zur Prozessdarstellung**

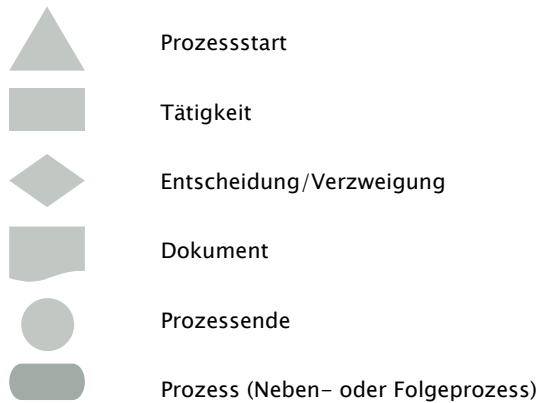
Die einzelnen Musterprozesse sind nach einem einheitlichen Schema aufgebaut und bestehen aus einem Flussdiagramm, Erläuterungen zum Flussdiagramm und Prozesskriterien und -indikatoren.

Das Flussdiagramm veranschaulicht alle erforderlichen Prozessschritte in ihrer chronologischen Abfolge. Die für die einzelnen Schritte zuständigen Personen und die jeweils nötigen Dokumente sind ebenfalls angeführt. Wo erforderlich, wird auf Neben- und Folgeprozesse sowie auf andere Versorgungsbereiche verwiesen.

Die Erläuterungen zum Flussdiagramm kommentieren jeden einzelnen Prozessschritt und weisen auf Dokumentations- bzw. Informationserfordernisse hin.

Prozesskriterien und -indikatoren sind jeweils im Anschluss an die Prozessbeschreibung angeführt.

## In den Flussdiagrammen verwendete Symbole und ihre Bedeutung



## Definitionen/Erläuterungen von Begriffen aus den dargestellten Prozessen

Abschiedsritual	Ein Ritual ist eine nach gewissen Regeln ablaufende (feierlich-festliche) Handlung mit Symbolgehalt. Ein Abschiedsritual dient Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern und ev. Angehörigen dem Gedenken an verstorbene betreute Menschen. Es kann u. a. im Rahmen von Teamtreffen stattfinden.
Alternative Betreuungs-/ Behandlungsangebote	Betreuungs- und Behandlungsangebote außerhalb der Hospiz- und Palliativversorgung (→ Regelversorger).
Anfragedaten	Daten zum Patienten, die die Hospiz- bzw. Palliativeinrichtung bei Betreuungs-/Behandlungs-Anfrage ermittelt und dokumentiert.
An- und Zugehörige	Hier: als Synonym für Verwandte (u. a. Familienmitglieder) und Verschwägerte, aber auch für Freunde und Bekannte von betreuten Menschen verwendet.
Assessment, Assessmentformular	Assessment bedeutet: Beurteilung, Bewertung, Einschätzung. Es handelt sich dabei um eine umfassende, systematische Erhebung aller relevanten Daten, anhand derer der Zustand eines erkrankten Menschen eingeschätzt und laufend ermittelt werden kann. Im Assessmentformular werden diese Daten eingetragen. Aus den im Assessment gewonnenen Daten wird ein zielgerichtetes Betreuungs- und Therapieprogramm abgeleitet.
Begleitdokumentation	Im Rahmen der Betreuung, Behandlung und Begleitung von erkrankten Menschen sind von den beteiligten Berufsgruppen (inklusive ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen im Hospizteam) medizinische, pflegerische und psychosoziale Daten und Informationen zu sammeln und aufzuzeichnen. Diese Aufzeichnungen werden als Begleit-, Behandlungs- und Betreuungsdokumentation oder → Patientendokumentation bezeichnet. Als Dokumentation kann auch die geordnete Sammlung von sprachlichen, fotografischen oder gegenständlichen Belegen verstanden werden, die die Betreuung, Behandlung und Begleitung darstellt oder beweist.

Betreuung zu Hause	Betreuung im häuslichen Umfeld, um Lebensqualität und Sicherheit für erkrankte Menschen mit erhöhtem Betreuungs- und Begleitungsbedarf in den „eigenen vier Wänden“ zu gewährleisten. Dazu existiert ein breites Angebot an mobilen Diensten und Dienstleistungen, die sowohl die Erkrankten betreuen als auch meist den pflegenden Angehörigen helfen. Das betreuende Hospiz- und/oder Palliativteam kann dabei eine koordinierende und unterstützende Funktion einnehmen.
Betreuungsperson	Person, die im Auftrag einer Betreuungseinrichtung ehrenamtlich oder hauptberuflich (verschiedene Professionen: Ärzte, diplomierte Pflege / Pflegehilfe, Sozialarbeit, Therapie, ...) in der Betreuung der Erkrankten und deren An- und Zugehöriger tätig ist.
Besuchs- und Betreuungsplan	Ein mit den Besuchern gemeinsam erstellter Plan, an welchen Tagen das Tageshospiz besucht wird und welche Betreuungsangebote in Anspruch genommen werden.
Biografie	Die Biografie – griechisch „Lebensbeschreibung“ – ist das Darstellen des äußeren Lebensweges und der inneren Entwicklung einer Person unter Einbeziehen ihrer Werke und Leistungen, ihrer Beziehungen zu Zeitgenossen sowie ihrer Stellung innerhalb des Geschichtsverlaufs. Jeder Mensch hat eine individuelle Lebensgeschichte, die dessen Verhalten, Gewohnheiten, Vorlieben und „Empfindlichkeiten“ prägt und bestimmt. Wenn man die Lebensgeschichte eines erkrankten Menschen kennt, hilft das einerseits ihn besser zu verstehen, und andererseits kann darauf aufbauend das Betreuungs- und Begleitangebot treffsicherer gestaltet werden. (Wikipedia 2012)
Empowerment	Alle Arbeitsansätze in der psychosozialen Praxis, die die Menschen zur Entdeckung der eigenen Stärken ermutigen und ihnen Hilfestellungen bei der Aneignung von Selbstbestimmung und Lebensautonomie vermitteln. (Petke et al. 2011)
Erinnerungsbuch	Buch oder Mappe, in denen die Namen der verstorbenen betreuten Menschen und ev. Erinnerungen an diese aufgeschrieben sowie Fotos etc. aufbewahrt werden.
Erschwerte Trauer	Trauer, die aufgrund äußerer Faktoren (z. B. besonders dramatisch verlaufene Sterbesituationen, belastete Beziehungsverhältnisse, mehrfache Verluste, ...) oder innerer Faktoren (wie große Abhängigkeit, tiefe Liebe, psychische Labilität, ...) besonders anhaltend, intensiv bzw. belastend erlebt wird oder sich anhaltend in körperlichen Beschwerden ausdrückt. Die zeitliche Ausdehnung, die Intensität und die qualitative Ausprägung der Trauer weichen von der normalen Trauer ab. Um langwierige psychische oder psychosomatische Erkrankungen zu vermeiden, erscheint eine intensive Trauerberatung und -begleitung angezeigt.

Familiengespräch	Auch Angehörigengespräch: Geplantes strukturiertes Gespräch zwischen Betreuungspersonen und An-/Zugehörigen zur Situationsklärung, Beratung über Betreuungs- und Unterstützungsmöglichkeiten, Aufgabenverteilung, Treffen von Entscheidungen, Aussprache, Planung der weiteren Versorgung, ....
Funktionsstatus	Einschätzung der Hilfsbedürftigkeit eines Patienten (z. B. Funktionsstatus nach ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group): 0 = normale Aktivität, 1 = gehfähig, leichte Arbeit möglich, 2 = nicht arbeitsfähig, kann > 50 % der Wachzeit aufstehen, 3 = begrenzte Selbstversorgung, > 50 % der Wachzeit bettlägrig, 4 = pflegebedürftig, permanent bettlägrig). Weitere Möglichkeiten siehe Literaturhinweise im Anhang.
Gast	Gäste sind betreute Patienten und An-/Zugehörige im Tageshospiz.
Indikation	Maßnahme bei einem bestimmten Krankheitsbild bzw. ob Aufnahme in eine Einrichtung der Hospiz- und Palliativversorgung erfolgen soll. Der medizinische Begriff Indikation (Syn. Heilanzeige) leitet sich von lateinisch <i>indicare</i> (= „anzeigen“) ab.
Interprofessionelles Erstgespräch	Eingangsgespräch, das zumindest Arzt/Ärztin und Pflegefachkraft der Hospiz-/Palliativeinrichtung gemeinsam mit dem Patienten führen. Nach Möglichkeit sollte auch eine Vertrauensperson des Patienten in dieses Gespräch einbezogen werden.
Interprofessionelles Team	Betreuungsteam der Hospiz- bzw. Palliativeinrichtung (Teamzusammensetzung gemäß Qualitätskriterien – siehe Broschüre zur abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung).
Konsilium	Hier: die einzelne Beratung von → Primärbetreuern, → Palliativpatienten, → An-/Zugehörigen durch den Palliativkonsiliardienst.
Kontaktperson	a) Person, die für den Patienten den Kontakt mit einer Betreuungseinrichtung herstellt. b) Person, die für Kontakte mit z. B. Familienmitgliedern, Freunden, Hausarzt, Sachwalter, Personen anderer Einrichtungen zuständig ist.
Krankengeschichte	Alle in einer medizinischen Einrichtung bei der Behandlung eines Patienten anfallenden und gesammelten Informationen. Sie enthält insbes. die laufende Dokumentation der Anamnese, der Diagnostik und der Therapie. In Österreich sind im Krankenhaus gem. § 10 KAKuG Krankengeschichten anzulegen, in denen patientenbezogene Aufzeichnungen über Behandlung und Pflege zu führen sind. Synonyme sind: Krankenakte, Patientenakte, Krankenblatt, Krankendokumentation.
Leistungsdokumentation	Nachweis über die in den Hospiz- und Palliativeinrichtungen erbrachten Leistungen.
Lebensraumgestaltung	Bemühungen und Aktivitäten, die dazu dienen, das Wohlbefinden, die Selbstständigkeit, die Sicherheit und die Lebensqualität von – hier: Patienten in den Hospiz- und Palliativeinrichtungen – gezielt zu fördern.

Mobile Dienste	Dienste, die die Pflege und Betreuung im gewohnten und familiären Umfeld durchführen bzw. unterstützen, den Verbleib des pflegebedürftigen Menschen in seiner häuslichen Umgebung ermöglichen und die pflegenden Angehörigen entlasten. Zu den mobilen Diensten zählen z. B. Hauskrankenpflege, Heimhilfe, Essen auf Rädern.
Palliativpatienten	Unheilbar kranke Menschen in einem fortgeschrittenen Erkrankungsstadium mit Schmerzen, psychischen Beschwerden und/oder anderen die Lebensqualität beeinträchtigenden Symptomen.
Patientendokumentation	Im Rahmen der Betreuung, Behandlung und Begleitung von erkrankten Menschen sind von den beteiligten Berufsgruppen (inklusive ehrenamtliche Mitarbeiterinnen im Hospizteam) medizinische, pflegerische und psychosoziale Daten und Informationen zu sammeln und aufzuzeichnen. Diese Aufzeichnungen werden auch Patienten-, Behandlungs- und Betreuungsdokumentation oder → Begleitdokumentation benannt.
Pflegefachkraft, Pflegeperson	Steht für die in den Prozessen tätigen diplomierten Gesundheits- und Krankenschwestern und -pfleger.
Pflegeanamnese	Ist die Erhebung der pflegebezogenen Vorgeschichte eines Menschen mit seinen Fertigkeiten und Fähigkeiten. Sie dient dazu, Probleme, Fähigkeiten bzw. Ressourcen und Bedürfnisse eines Patienten einschätzen zu können. Anamnese (griechisch: Erinnerung).
Primärbetreuer	Berufsgruppe/n oder Institution/en, die den Patienten in erster Linie – d. h. vor oder während der Einbindung von Hospiz- und Palliativdiensten – betreute/n oder betreut bzw. betreuen.
Regelversorger	Außerhalb der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung etablierte Dienstleister im Gesundheits- und Sozialbereich, wie z. B. niedergelassene Ärzteschaft, mobile Dienste (insbes. Hauskrankenpflege), Alten- und Pflegeheime, Therapeuten, Stationen und Ambulanzen im Krankenhaus.
Seelsorge	Steht für die in den Prozessen tätigen Seelsorger/innen unterschiedlicher Konfessionen.
Sozialarbeit	Steht für die in den Prozessen tätigen Sozialarbeiter/innen.
Spirituelle Begleitung	Spirituelle Begleitung bezeichnet Fürsorge, wenn es um Fragen nach Sinn und Transzendenz im Zusammenhang mit Krankheit und Sterben geht. Allen Hospiz- und Palliativbetreuern gemeinsam ist die Kompetenz, spirituelle Bedürfnisse und Wünsche in der Anamnese zu beachten. Spirituelle Bedürfnisse zu erheben, ist Teil der Routine in Hospiz- und Palliativeinrichtungen. Seelsorger/innen der anerkannten religiösen Gemeinschaften unterstützen und stärken die Patienten und ihre → An-/Zugehörigen in deren persönlichen Ressourcen.
Statuserhebung	Erhebung des gegenwärtigen Zustandes (momentane medizinische, pflegerische und psychosoziale Situation) des erkrankten Menschen.

Supervision	Externe Beratung für Einzelpersonen, Teams oder Organisationen, die zur Reflexion und Verbesserung ihres personalen, beruflichen oder ehrenamtlichen Handelns fallbezogen und/oder regelmäßig stattfindet.
Therapie	Steht für die in den Prozessen tätigen Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Ergotherapeutinnen und -therapeuten, Logopädinnen und Logopäden, Diätologinnen und Diätologen, Psychotherapeutinnen und -therapeuten.
Trauerbegleitung	Angebot zur Unterstützung von trauernden Menschen in ihrem Prozess der emotionalen und kognitiven Auseinandersetzung mit der Wirklichkeit des Verlustes. Dies kann in unterschiedlicher Form und Intensität stattfinden (Einzelbegleitung, → Trauergruppen, → Trauercafe, ...).
Trauercafe	Niederschwellige Form einer offenen, extern moderierten bzw. begleiteten → Trauergruppe, für die in der Regel keine Anmeldung erforderlich ist.
Trauergruppe	Angebot der → Trauerbegleitung in der Gruppe, von externen Personen moderiert. In offene Trauergruppen können trauernde Menschen ohne Anmeldung und Verpflichtung kommen. Geschlossene Trauergruppen werden regelmäßig mit gleichbleibendem Teilnehmerkreis abgehalten.
Vertrauensperson	Person, die vom Patienten ausgewählt wird, an Informationen und Gesprächen teilzuhaben bzw. bevollmächtigt wird, ihn in bestimmten oder allen Angelegenheiten zu vertreten (→ Vorsorgevollmacht).
Vorsorgevollmacht	Vollmacht, mit der eine Person festlegt, wer bei Verlust der Geschäftsfähigkeit, der Einsichts- und Urteilsfähigkeit oder der Äußerungsfähigkeit als Bevollmächtigte/r für sie entscheiden und sie vertreten kann (→ siehe auch Definition im Glossar).

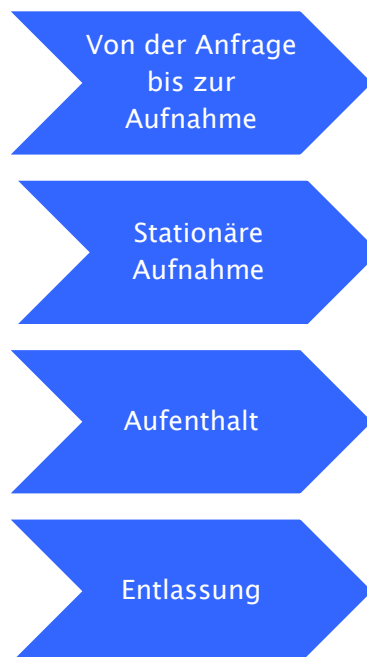




# PALLIATIVSTATION

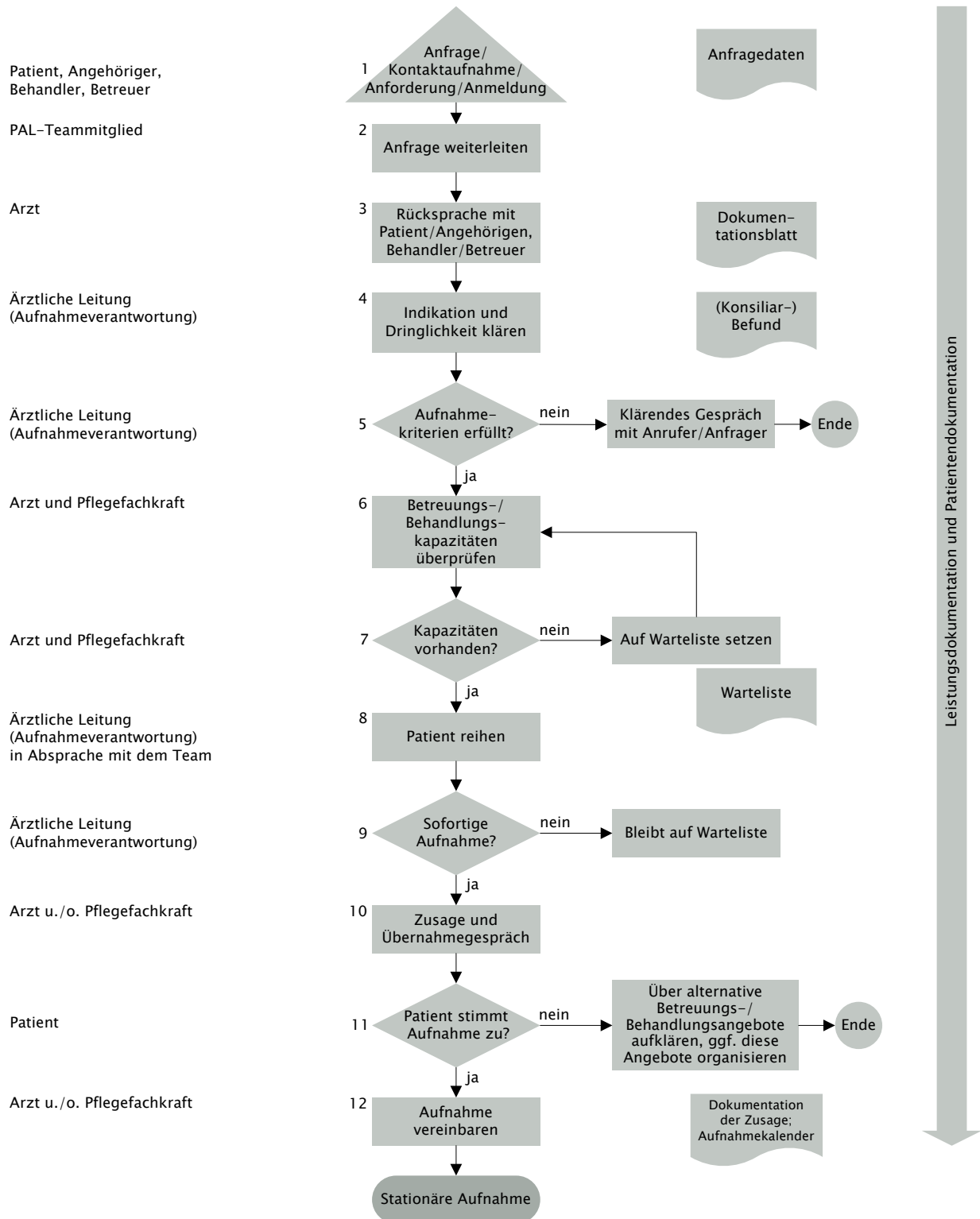
Einrichtungs- charakter	<p>Auf Versorgung von Palliativpatienten spezialisierte eigenständige Einrichtung innerhalb von bzw. im Verbund mit einem Akutkrankenhaus. Multiprofessionell zusammengesetztes Team betreut nach ganzheitlichem Ansatz Patienten und deren An-/Zugehörige.</p> <p>Eine Palliativstation (PAL) agiert autonom bezüglich Aufnahme, Behandlung und Entlassung von Patientinnen/Patienten.</p>
Patienten- Zielgruppe	<p>Palliativpatienten jeder Altersgruppe</p> <ul style="list-style-type: none"><li>» mit komplexer medizinischer, pflegerischer oder psychosozialer Symptomatik und akutem hohem Betreuungsaufwand.</li></ul>
Versorgungs- ziel	<p>Bestmögliches Lindern von oft vielfältigen Symptomen. Keine kausalen tumorspezifischen Therapien (z. B. palliative Chemotherapie). Nach Besserung oder Stabilisierung wird Entlassung der Patienten angestrebt (nach Hause oder in eine andere adäquate Einrichtung).</p>
Aufnahme- kriterien	<p>Krankenhausbedürftigkeit besteht; aufgrund komplexer Symptomatik Betreuung zu Hause oder in anderer Einrichtung nicht möglich.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>» Patient bzw. seine Stellvertretung in Gesundheitsangelegenheiten bzw. seine Vertrauensperson stimmen Aufnahme zu.</li><li>» Patient ist weitestgehend über die unheilbare Erkrankung aufgeklärt.</li><li>» Patient und Angehörige sind über die Möglichkeiten und Ziele der Palliativstation informiert.</li></ul>

## Musterprozesse



*Aus Platzgründen und für die Lesbarkeit muss in den Musterprozessen auf die gendergerechte Schreibweise verzichtet werden. Ausdrücke wie z. B. „Patient“ und „Arzt“ umfassen daher Frauen und Männer gleichermaßen.*





PAL = Palliativstation



Schritte	Anmerkungen
<p>1 Ausgefülltes Anfrageformular (Download, bei Hausärzten) langt ein.</p> <p>Ausgefüllter Konsiliarschein (krankenhausintern) langt ein.</p> <p>Bei persönlicher oder telefonischer Anfrage füllt Teammitglied Anfrageformular aus.</p>	<p><b>Anfragedaten:</b> Siehe Liste „Anfragedaten“</p>
<p>2* Teammitglied leitet Anfrage/Anmeldung an diensthabenden Arzt der Palliativstation weiter.</p>	
<p>3* Diensthabender Arzt holt bei anfragender Person telefonisch und/oder vor Ort Zusatzinformationen (Diagnose, ergänzende Unterlagen zu aufnahme-relevanten Informationen, Befunde) ein.</p>	
<p>4* Entscheidungsbefugter Palliativarzt begutachtet anhand Aufnahmekriterien direkt (Untersuchung des Patienten) oder indirekt (über eingeholte Informationen/Befunde) und klärt Indikation und Dringlichkeit. Begutachtungs-/Untersuchungsergebnis im (Konsiliar-) Befund festhalten.</p>	<p><b>Entscheidungskriterien für die Aufnahme:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Palliativpatient</li> <li>» Patient ist über palliative Situation seiner Krankheit informiert u. mit Palliativbehandlung einverstanden</li> <li>» fortgeschrittenes Erkrankungsstadium</li> <li>» Ziel: Entlassung für die Mehrzahl der Patienten/Patientinnen</li> </ul> <p><b>Konsiliarbefund:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Diagnosen, aktuelle Symptome, Prozedere</li> </ul>
<p>5 Entscheidungsbefugter Arzt stellt fest, ob Aufnahmekriterien erfüllt sind. Sind Aufnahmekriterien nicht erfüllt, keine Aufnahme. Anfragende Person wird darüber in Kenntnis gesetzt.</p> <p>Der Prozess endet oder es wird telefonisch auf andere Betreuungsmöglichkeiten hingewiesen bzw. Evidenzhaltung der Anmeldung angeboten.</p>	<p><b>Aufnahmekriterien – Ergebnis</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Aufnahmekriterien erfüllt? (ja/nein Datum)</li> </ul> <p>Für die Einrichtung definierte Aufnahmekriterien müssen vorliegen!</p>
<p>6 Sind Aufnahmekriterien erfüllt, überprüft Stationsleitung Kapazitäten (Bettenbelegung, Personalausstattung, apparative Ausstattung sowie Warteliste).</p>	<p><b>Betreuungs-/Behandlungskapazitäten ermitteln</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Betten vorhanden? (ja/nein, Datum, Uhrzeit)</li> </ul>
<p>7 Sind keine Kapazitäten vorhanden, wird Patient auf Warteliste gesetzt und auf alternative Betreuungsangebote verwiesen.</p>	<p><b>Warteliste:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Eintragung in Ordner oder Liste (potenzielle Aufnahmen mit allen zuvor erhobenen Daten)</li> </ul>
<p>8, 9 Ärztliche Leitung entscheidet Aufnahmezeitpunkt, ggf. sofortige Aufnahme.</p>	<p>nach Maßgabe der Dringlichkeit (Zustand, Betreuungssituation)</p>

Schritte	Anmerkungen
<p>10, 11 Arzt und/oder Pflegeperson führen Aufnahmegespräch mit Erkranktem und nach Möglichkeit mit Angehörigen. Gegenseitige aktuelle Erwartungen klären und die Zustimmung des/der Erkrankten zur Aufnahme einholen.</p> <p>Lehnt Patient ab, endet Prozess. Bei Bedarf über alternative Betreuungs-/Behandlungsangebote aufklären.</p>	<p><b>Aufnahmegespräch:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Zustimmung bzw. Ablehnung zur Aufnahme seitens Patient/in</li> <li>» Anwesenheit der Personen protokollieren</li> </ul>
<p>12 Mit Zusage konkreten Aufnahmetermin vereinbaren. Wenn dies nicht möglich, über Evidenzhaltung informieren.</p>	<p><b>Information an Zuweiser (Krankenhaus, Betreuer, Behandler), Patient und Angehörige</b></p> <p><b>Aufnahmekalender:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Dokumentation der Zusage in Aufnahmekalender bzw. Dokumentation je nach organisatorischer Struktur (inkl. Adressat, Unterschrift der zusagenden Person, Datum)</li> <li>» Eintrag des Aufnahmetermins</li> </ul>

\* Der Ablauf der Schritte 2 bis 4 ist von der Organisationsstruktur der jeweiligen Palliativstation abhängig und kann ggf. zusammengefasst werden.

---

#### Mögliche Qualitätskriterien und -indikatoren zur Prozessevaluierung

- Kriterium 1: Dokumentation der Aufnahmekriterien
- Indikator: Anzahl an dokumentierten Patienten mit erfüllten Aufnahmekriterien DIVIDIERT DURCH Anzahl aller anfragenden Patienten
- Kriterium 2: Warteliste mit Priorisierungen
- Indikator: Warteliste so geführt, dass Priorisierung daraus ersichtlich wird, ja/nein
-

**Informationen, die je nach Einrichtung abzufragen und zu dokumentieren sind:****Datum** der Anfrage**Art der Kontaktaufnahme**persönlich – telefonisch – schriftlich  
mit welchem Teammitglied der Einrichtung**Anmeldung/Anfrage durch ...**Krankenhaus – Hausarzt – Facharzt – Notarzt – andere Organisation (z. B. Pflegeheim, mobile Dienste, ...)  
Patienten – Angehörige – Betreuungsperson – Sachwalter  
Telefonnummer der anfragenden Person/Institution**Patientenstammdaten**Name  
Geburtsdatum, Alter, Sozialversicherungs-Träger, SV-Nr.  
Geschlecht, Nationalität, Sprache, Familienstand  
aktueller Aufenthaltsort  
Wohnadresse  
Telefonnummern (ev. E-Mail-Adresse)  
Ist Patient über die Kontaktaufnahme bzw. Anfrage informiert?  
Wurde Patient über die Leistung der Einrichtung informiert?**Erkrankung, körperlicher Allgemeinzustand, momentane Probleme**Grunderkrankung  
sonstige Erkrankungen  
bisheriger Krankheitsverlauf  
letzte Therapien (z. B. Chemotherapie, Bestrahlung, Opioide, Steroide usw.)  
Therapie-/Behandlungsstrategie  
Aufklärungsstand des Patienten über Diagnose und Prognose**Aktuelle Situation**

z. B. Schmerzen u. a. körperliche Symptome, Funktionsstatus (z. B. ECOG), Pflegebedürftigkeit, psychosoziales Umfeld, ...

**Anfragegrund****Dringlichkeit**

ggf. geplante Entlassung aus dem stationären Bereich, geplante Betreuungsdauer

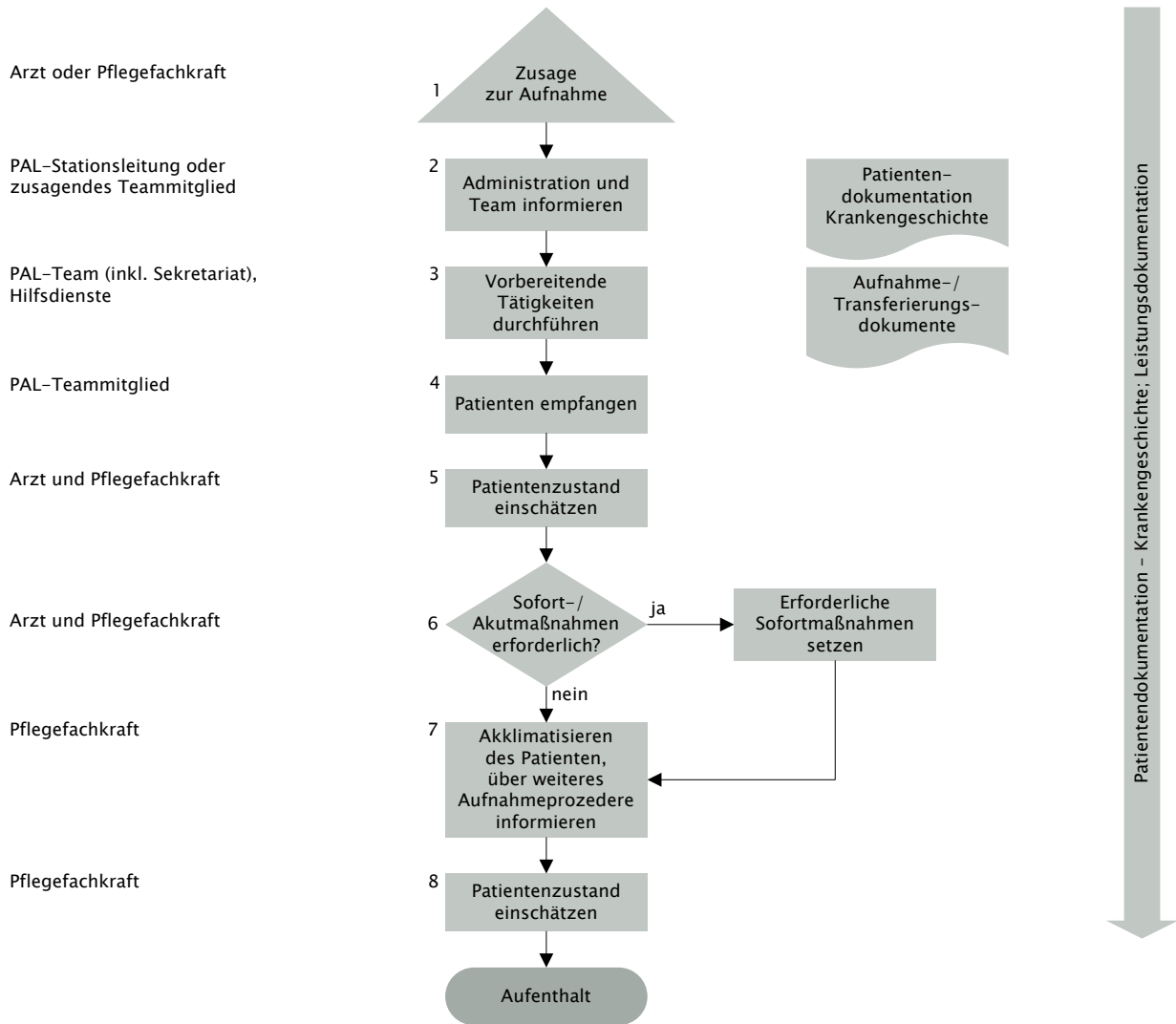
**Betreuung**Hausarzt  
behandelnder Arzt, Abteilung, Ambulanz  
mobile Dienste  
Betreuung zu Hause**Kontaktperson**

Name, Telefonnummer u. Verhältnis zum Patienten

**Erwartungen** der Betroffenen (Patienten, An-/Zugehörige, Zuweiser) an die Einrichtung**Weitere Vorgangsweise**Erstgespräch am ... (Datum und Teilnehmer)  
Aufnahme am ... (Datum)  
bei Absage: Grund der Absage  
Sonstiges







PAL =Palliativstation



Schritte		Anmerkungen
1	Arzt oder Pflegeperson fixiert konkreten Aufnahme-termin; Aufnahmeprozess startet.	<b>Aufnahmekalender:</b> » Name, Aufnahmegrund/Stichwort, Datum, ev. Uhrzeit
2	Stationsleitung oder zusagende Person informiert vor Aufnahme Administration/Verwaltung und Team der Palliativstation über geplante Aufnahme.	Name, Aufnahmegrund/Stichwort, Datum, ev. Uhrzeit
3	<p>Teammitglied bereitet Patienten- und Behandlungsunterlagen und bisher vorliegende Dokumentationen/Informationen vor. Je nach Organisationsstruktur der Palliativstation ist Verwaltung in Aufnahmevorbereitung eingebunden.</p> <p>Team klärt, wer Patienten übernimmt und wer für Pflege/ Betreuung hauptverantwortlich ist (Bezugspflege).</p> <p>Stationspersonal bereitet Zimmer vor. Abschlusskontrolle durch Bezugspflegeperson.</p> <p>Sekretariat bzw. Stationsleitung stimmen Patienten-transport ab.</p>	<p><b>Patientendokumentation/Krankengeschichte und Leistungsdokumentation:</b></p> <p>» Name, Vorname, Geburtsdatum, SV-Nr. » Einweisungsdiagnose, Vorbehandlung etc. » weiterer Inhalt je nach Einrichtung</p> <p>Eintrag in der Pflegedokumentation</p> <p><b>Aufnahme-/Transferierungsdokumente:</b></p> <p>» Ansprechpartner für Aufnahme/Transfer ist dokumentiert » Eintrag in den Aufnahmekalender</p>
4	<p>Bezugspflegeperson empfängt eintreffenden Patienten und ggf. begleitende Angehörige, führt ins Untersuchungs-/Aufnahme-/Patientenzimmer.</p> <p>Je nach palliativstationsbezogenem Aufnahmeprozess vorgegebene Schritte erfüllen, nötige Informationen einholen.</p>	<p><b>Checkliste:</b></p> <p>» Begleitpapiere vollständig, ja/nein » Angehörige anwesend, ja/nein » Angehörige in Aufnahme bitten » fehlende Begleitpapiere anfordern/einholen » unvollständige Begleitpapiere vervollständigen » Vorsorgevollmacht oder Patientenverfügung vorhanden, ja/nein</p>
5	Aufnahmeassessment durch Arzt und Pflegeperson, sie schätzen aktuelle Patientensituation und ggf. die Situation begleitender Angehöriger ein.	<p><b>Informationsbedarf:</b></p> <p>» medizinische und pflegerelevante Symptome/Phänomene (Schmerzen und andere Symptome, Trauer, Angst, ...) » ärztliche und Pflegeanamnese (Vorgeschichte)</p>
6	Multiprofessionelles Aufnahmeassessment (Arzt und Pflegeperson) zeigt, ob/welche Sofortmaßnahmen erforderlich (sofort durchführen bzw. einleiten).	Erfassen in der Patientendokumentation
7	Patient wird mit Informations-, Orientierungs- und sonstigen Maßnahmen unterstützt.	Informationsmaterial zur Station (Tagesablauf, Leitbild, Teambeschreibung, Besuchsregelung, Gegebenheiten der Station, ...)
8	Bezugspflegeperson leistet erforderliche Unterstützung (An-/Auskleiden, persönliche Utensilien unterbringen etc.).	Auflisten von Wertgegenständen

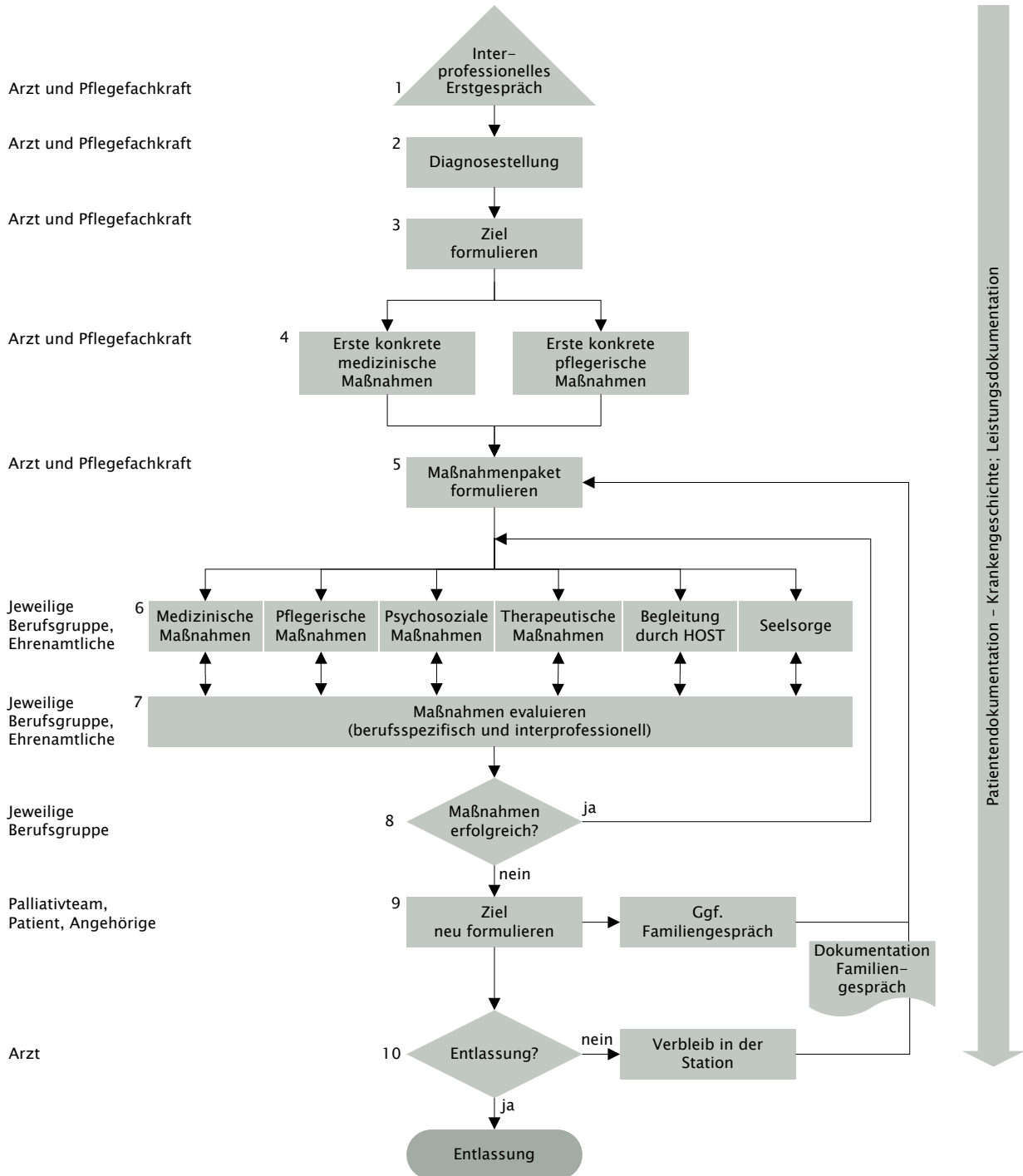
---

### Mögliche Qualitätskriterien und -indikatoren zur Prozessevaluierung

Kriterium: Übereinstimmung geplanter und tatsächlicher Zeitpunkt der Aufnahme

Indikator: Anzahl an Patienten, bei denen geplanter Aufnahmezeitpunkt gleich dem tatsächlichen Aufnahmezeitpunkt ist, DIVIDIERT DURCH Anzahl aller aufgenommenen Patienten

---



Patientendokumentation – Krankengeschichte; Leistungsdokumentation

HOST = Hospizteam



Schritte	Anmerkungen
<p>1 Betreuung beginnt mit interdisziplinärem Erstgespräch, zwischen Arzt, Pflegefachkraft, Patienten und nach Möglichkeit seiner Vertrauensperson.</p> <p>Festgehalten werden gegenwärtiger Zustand, Befürchtungen und Hoffnungen von Patienten und Angehörigen.</p> <p>Informationen aus Aufnahmeprozess gemeinsam besprechen und ggf. aktualisieren.</p>	<p><b>Patient muss einverstanden sein bezüglich Anwesenheit von:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Vertrauensperson</li> <li>» Praktikant/en, Hospitant/en</li> </ul> <p><b>Inhalte des Erstgesprächs mit Patienten und Angehörigen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Aufklärungsstand</li> <li>» Erwartungshaltung und Wünsche</li> <li>» Zielvorstellung</li> <li>» Erleben des bisherigen Krankheitsverlaufs</li> <li>» Wer darf / darf nicht Auskünfte erhalten?</li> <li>» Möglichkeiten der Palliativstation allgemein und in Bezug auf den konkreten Patienten</li> <li>» bisherige Betreuung zu Hause</li> <li>» spirituelle Bedürfnisse</li> <li>» Biografie</li> <li>» Stuserhebung</li> <li>» Pflegeanamnese</li> <li>» Patientenverfügung, ja/nein</li> <li>» Bedingungen des Aufenthalts („Hausordnung“)</li> <li>» Erläuterung patientenrelevanter Hilfsmittel (Glockenruf, Fernbedienung für Krankenbett etc.)</li> <li>» Notfallsituationen (wer soll wann wen verständigen?)</li> <li>» Begleitungsangebot (Hospizteam)</li> </ul>
<p>2 Arzt und Pflegefachkraft erstellen Assessment inkl. Diagnose und leiten (Be-)Handlungsbedarf ab.</p> <p>Abstimmen von Arzt und Pflegefachkraft in mindestens einmal täglich stattfindender gemeinsamer Besprechung.</p>	
<p>3 Resultat von Erstgespräch und Diagnose: aktuelle, gemeinsame, realistische Ziele für Aufenthalt (von Entlassung bis zu „wait and see“).</p>	
<p>4 Entsprechend Zielen erste medizinische und pflegerische Maßnahmen formulieren; im Bedarfsfall sofort setzen.</p>	
<p>5 Während Morgenbesprechung, Visite, Übergabe Patienten vorstellen, etwaige weitere nötige Maßnahmen abklären und beizuziehende Berufsgruppen festlegen.</p>	

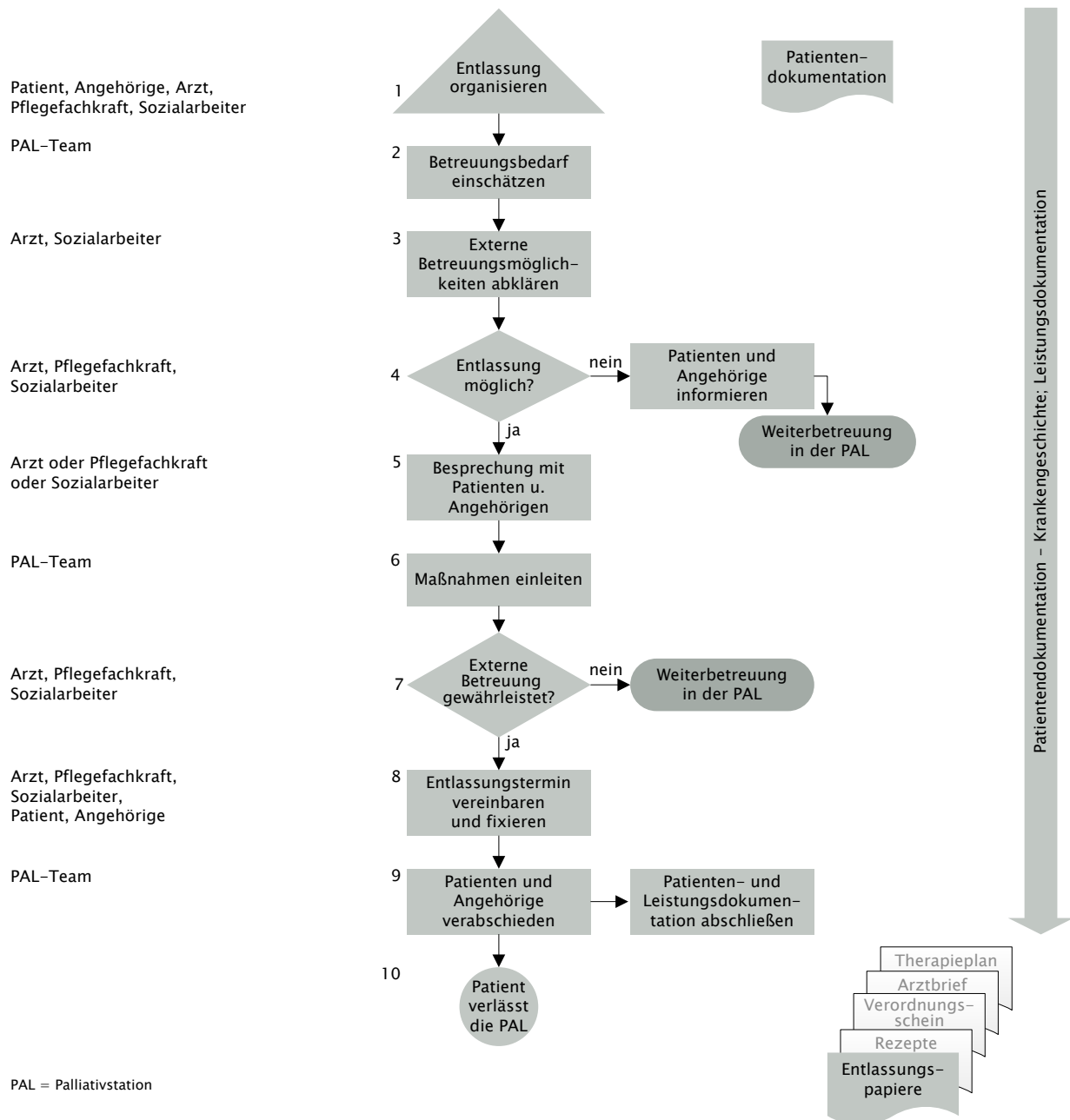
Schritte	Anmerkungen
<p>6 Jede Berufsgruppe eruiert (Be-)Handlungsbedarf, stimmt ihn mit Palliativ-Team ab und setzt entsprechende Maßnahmen.</p> <p>Individuellen Krisenplan erstellen (Notfallmanagement), der palliative Vorgehensweise berücksichtigt.</p> <p>Begleitung durch Ehrenamtliche auf Wunsch von Patienten und Angehörigen.</p>	
<p>7 Im Betreuungsverlauf evaluiert jede Berufsgruppe ihre Maßnahmen, stimmt sie auf Zustand, Bedürfnisse, Wünsche des Patienten ab.</p> <p>Parallel Rückmeldung an Kerndisziplinen (ärztliche, pflegerische). Je nach Notwendigkeit Behandlungsmaßnahmen entsprechend Zustand, Bedürfnissen und Wünschen des Patienten adaptieren.</p>	
<p>8 Solange Maßnahmen in Bezug auf formuliertes Ziel erfolgreich, Schritte 5 und 6 wiederholen.</p> <p>Wenn Maßnahmen nicht zielführend, weiter Schritt 9.</p>	
<p>9 Interdisziplinäres Team formuliert gemeinsam mit Patienten und Angehörigen neues realistisches Ziel. Gegebenenfalls Familiengespräch.</p>	<p><b>Familiengespräch:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Festlegen teilnehmender Teammitglieder und verantwortlichen Moderators, der Gespräch organisiert</li> <li>» Gespräch in möglichst ungestörter und angenehmer Atmosphäre</li> </ul> <p>Gesprächsinhalte aus aktueller Familiensituation ableiten.</p>
<p>10 Ist Ziel weder Entlassung noch Verlegung, bleibt Patient in Station, zurück zu Schritt 5.</p> <p>Werden Entlassung bzw. Verlegung des Patienten erwogen, sind sie einzuleiten. Letztentscheidung obliegt, unter Einbindung aller Berufsgruppen, dem Arzt.</p> <p>Grundsätzlich kann der Prozess jederzeit durch Versterben des Patienten enden. (Prozess „Post mortem“ siehe Stationäres Hospiz.)</p>	

---

### Mögliche Qualitätskriterien und -indikatoren zur Prozessevaluierung

- Kriterium 1: Gemeinsame Zielformulierung
- Indikator: Anzahl an Patienten, die in die Zielformulierung eingebunden sind, DIVIDIERT DURCH Gesamtzahl der Patienten
- Kriterium 2: Symptomkontrolle ist in der Dokumentation vorgesehen
- Indikator: Anzahl an Patienten mit dokumentierter Symptomkontrolle DIVIDIERT DURCH Gesamtzahl der Patienten
-







	Schritte	Anmerkungen
1	Nach Entscheidung für Entlassung, genaue Vorgehensweise planen und organisieren.	Betreuungsbedürfnis des Patienten abklären
2	Interdisziplinäres Team eruiert und schätzt Behandlungs- und Betreuungsbedarf ein, wenn möglich Wünsche des Patienten berücksichtigen.  Auf dieser Basis externe Betreuungsmöglichkeiten suchen.	
3	Sozialarbeiter/in recherchiert Betreuungsmöglichkeiten in anderen Bausteinen der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung bzw. in Regelversorgung. Letzteres ggf. mit Unterstützung anderer spezialisierter Hospiz- und Palliativdienste.  Wünsche des Patienten soweit wie möglich berücksichtigen.	
4	Arzt, Pflegeperson und Sozialarbeiter/in besprechen mit Patienten und Angehörigen Betreuungs-/Behandlungsmöglichkeiten.  Ist Entlassung aktuell nicht möglich, bleibt Patienten in Palliativstation (siehe Prozess „Aufenthalt“, Schritt 8).	<b>Behandlungs- und Betreuungsangebote:</b> » vorhanden » benötigt » gewünscht
5	Arzt oder Pflegefachkraft oder Sozialarbeiter/in besprechen mit Patienten und Angehörigen die sich bietenden externen Betreuungsmöglichkeiten.  Auswahl externer Betreuungsmöglichkeiten mit Patienten und Angehörigen besprechen. Konsensuale Entscheidung anstreben.	
6	Kontaktaufnahme mit in Frage kommender Einrichtung und Abklären relevanter Fragen.	
7, 8	Arzt, Pflegefachkraft und Sozialarbeiter/in entscheiden, ob externe Betreuung gewährleistet ist.  Wenn nein, bleibt Patient solange in Betreuung der Palliativstation bis sich weitere Möglichkeit ergibt.  Wenn ja, mit Patienten und Angehörigen Entlassungstermin vereinbaren und Entlassung (Abholung, Transport, Eintreffen der mobilen Dienste) organisieren.	

Schritte	Anmerkungen
<p>9 Für Verabschiedung verantwortliche Person benennen. Ort und Zeit der Verabschiedung sind gesamtem PAL-Team bekannt, damit Möglichkeit, sich bei Patienten und Angehörigen zu verabschieden.</p> <p>Patientenakte vervollständigen (z. B. Einfügen des Entlassungsdatums) und schließen.</p>	<p><b>Entlassungspapiere werden ausgehändigt, wie z. B. :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Therapieplan</li> <li>» Arztbrief</li> <li>» Pflegebericht</li> <li>» ggf. Verordnungsscheine für Hilfsmittel</li> <li>» Informationsblatt für Patienten</li> <li>» Aufenthaltsbestätigungen</li> <li>» ggf. chefärztl. Bewilligungen</li> <li>» Transportschein</li> <li>» Rezepte</li> <li>» Patientenverfügung</li> </ul>
<p>10 Patient wird angefordertem Transport / betreuender Organisation / Angehörigen übergeben und verlässt die Palliativstation.</p>	

---

#### Mögliche Qualitätskriterien und –indikatoren zur Prozessevaluierung

Kriterium: Wiederaufnahmen

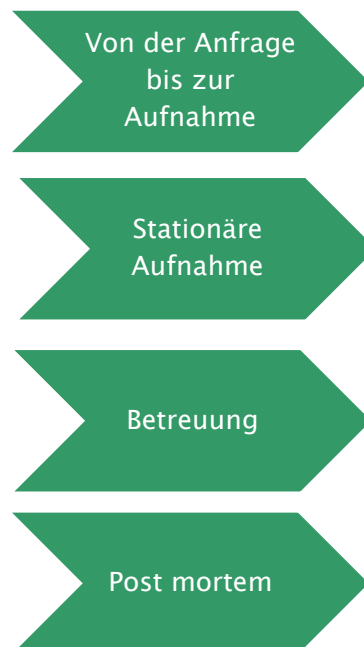
Indikator: Anzahl an ungeplanten Wiederaufnahmen innerhalb von 48 Stunden DIVIDIERT DURCH Anzahl aller Entlassungen

---

# STATIONÄRES HOSPIZ

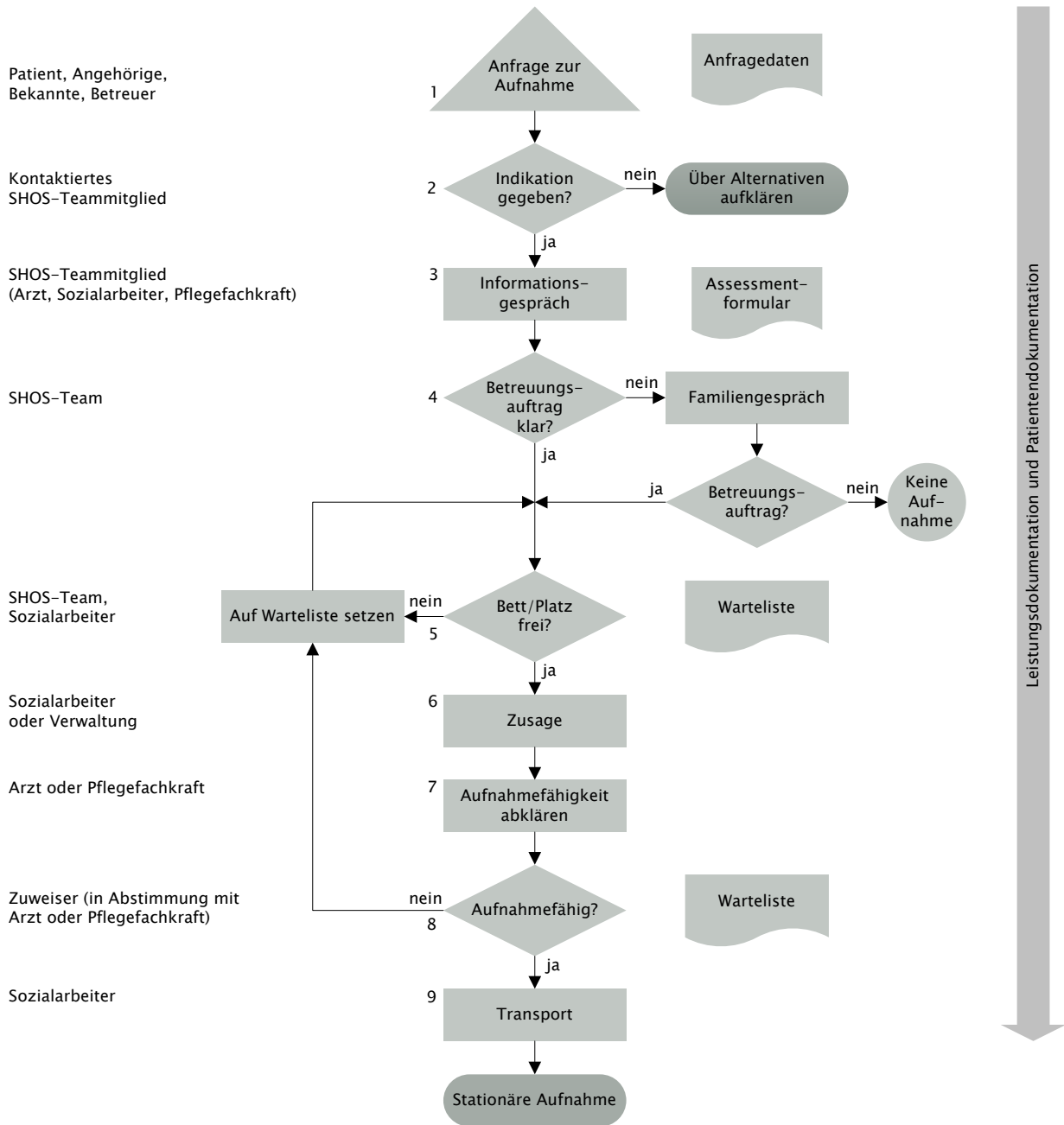
Einrichtungs- charakter	<p>Einrichtung mit eigener Organisationsstruktur, die einer stationären Pflegeeinrichtung zugeordnet sein kann.</p> <p>Betreut Palliativpatienten in der letzten Lebensphase, wenn Behandlung im Akutkrankenhaus nicht erforderlich und Betreuung zu Hause oder im Pflegeheim nicht mehr möglich. Multiprofessionell zusammengesetztes Team versorgt nach ganzheitlichem Ansatz Patienten und An-/Zugehörige.</p> <p>Stationäres Hospiz (SHOS) ist autonom bezüglich Aufnahme, Behandlung und Entlassung von Patienten.</p>
Patienten- Zielgruppe	<p>Erwachsene Palliativpatienten</p> <ul style="list-style-type: none"><li>» mit komplexer Symptomatik und hohem Betreuungsaufwand, wenn häusliche Betreuung nicht möglich ist und Krankenhausbedürftigkeit nicht besteht.</li></ul>
Versorgungs- ziel	<p>Lindern von Symptomen und Schaffen bestmöglicher Lebensqualität bis zum Tod sowie Trauerbegleitung.</p>
Aufnahme- kriterien	<ul style="list-style-type: none"><li>» Jeder der folgenden Aspekte ist alleine für die Aufnahme ausreichend:<ul style="list-style-type: none"><li>» medizinisch: komplexe Symptomatik</li><li>» pflegerisch: mobile bzw. Langzeitpflegeversorgung sind nicht ausreichend</li><li>» psychosozial: Versorgungssystem dekompenziert und Langzeitpflegeversorgung ist nicht ausreichend</li></ul></li><li>» Patient und Angehörige sind über Möglichkeiten und Ziele des Stationären Hospizes informiert.</li><li>» Patient ist weitestgehend über unheilbare Erkrankung aufgeklärt.</li><li>» Patient bzw. Stellvertretung in Gesundheitsangelegenheiten bzw. Vertrauensperson stimmen Aufnahme zu.</li></ul>

## Musterprozesse



*Aus Platzgründen und für die Lesbarkeit muss in den Musterprozessen auf die gendergerechte Schreibweise verzichtet werden. Ausdrücke wie z. B. „Patient“ und „Arzt“ umfassen daher Frauen und Männer gleichermaßen.*





SHOS = Stationäres Hospiz





Schritte		Anmerkungen
1	<p>Ausgefülltes Anfrageformular (Download, bei Hausärzten) langt ein.</p> <p>Bei persönlicher oder telefonischer Anfrage füllt Teammitglied Anfrageformular aus.</p>	<p><b>Anfragedaten:</b> Siehe Liste „Anfragedaten“</p>
2	<p>Teammitglied überprüft, ob Aufnahmeindikation gegeben und Stationäres Hospiz passender Betreuungsort.</p> <p>Wenn nicht, anfragende Person über mögliche Alternativen aufklären und ggf. an Betreuungsnetzwerk weiterleiten.</p>	<p><b>Entscheidungskriterien für die Aufnahme:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Palliativpatient</li> <li>» soziale Indikation (Stärkung bzw. (vorübergehende) Entlastung häusliches Betreuungsnetz)</li> <li>» Patient ist über palliative Situation seiner Krankheit informiert u. mit Versorgung im Stationären Hospiz einverstanden</li> </ul> <p><b>Kontaktliste</b> zu alternativen Betreuungsangeboten (als Arbeitsbehelf für Sozialarbeit)</p>
3	<p>Sind Aufnahmekriterien erfüllt, führt Teammitglied vertiefendes Informationsgespräch mit Patienten und/oder ggf. Angehörigen (im Stationären Hospiz, ggf. auch beim Patienten vor Ort).</p>	<p><b>Assessmentformular / Ergänzung im Anfrageformular:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Interventionsplan (Erwartungen an die Einrichtung, Bedürfnisse des Patienten, Betreuungsauftrag, Ziel, Interventionen)</li> <li>» Klären der Rahmenbedingungen (u. a. Kosten, Leistungen/Angebote und Möglichkeiten)</li> </ul>
4	<p>Voraussetzung für Aufnahme: übereinstimmender Betreuungsauftrag seitens des Patienten und der Angehörigen.</p> <p>Divergieren Betreuungswünsche, Betreuungsauftrag mit Patienten und Angehörigen klären (Familiengespräch).</p> <p>Kommt kein Betreuungsauftrag zustande, wird Patient nicht aufgenommen, Prozess endet.</p>	<p>ggf. Abänderung des Betreuungsauftrages im Assessment-/Anfrageformular dokumentieren</p> <p><b>Familiengespräch:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Patient</li> <li>» Angehörige</li> <li>» Teammitglieder</li> </ul>
5	<p>Liegt Betreuungsauftrag vor, klärt interprofessionelles Team Kapazitätsfrage.</p> <p>Ist kein Platz/Bett frei, Patienten auf Warteliste setzen.</p>	<p><b>Warteliste:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Name, Dringlichkeit, Erreichbarkeit (Kontaktperson und/oder Angehörige)</li> </ul>
6	<p>Ist Platz/Bett frei, sagen Sozialarbeiter bzw. Verwaltung Aufnahme zu.</p>	
7	<p>Arzt oder Pflegeperson bespricht mit zuweisendem Arzt aktuellen Patientenzustand (medizinisch, transportfähig) und Aufnahmefähigkeit des Patienten.</p>	<p><b>Daten und Informationen zum aktuellen medizinischen und pflegerischen Zustand:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Arztbrief, Pflegebericht, Medikamentenliste, aktuelle Therapien</li> <li>» Transportfähigkeit, ja/nein</li> </ul>

Schritte	Anmerkungen
<p>8 Zuweisender Arzt entscheidet mit Arzt/Pflegeperson des Stationären Hospizes Aufnahmefähigkeit des Patienten.</p> <p>Nicht aufnahmefähig (z. B. wegen laufender Therapien oder Verschlechterung Allgemeinzustand): Sozialarbeiter setzt Patienten auf Warteliste.</p>	<p><b>Warteliste:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Name, Dringlichkeit, Erreichbarkeit (Kontaktperson und/oder Angehörige)</li> </ul>
<p>9 Aufnahmefähig: einweisende Einrichtung, Angehörige oder sonstige Betreuende organisieren Transport.</p>	<p><b>Notiz im Anfrage-/Assessmentformular:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Transportorganisation erledigt (ev. am Aufnahmekalender)</li> <li>» Uhrzeit der Aufnahme</li> </ul>

---

### Mögliche Qualitätskriterien und -indikatoren zur Prozessevaluierung

- Kriterium 1: Dokumentation der Aufnahmekriterien
- Indikator: Anzahl an dokumentierten Patienten mit erfüllten Aufnahmekriterien DIVIDIERT DURCH Anzahl aller anfragenden Patienten
- Kriterium 2: Warteliste mit Priorisierungen
- Indikator: Warteliste so geführt, dass Priorisierung daraus ersichtlich wird, ja/nein
-

**Informationen, die je nach Einrichtung abzufragen und zu dokumentieren sind:****Datum** der Anfrage**Art der Kontaktaufnahme**

persönlich – telefonisch – schriftlich  
mit welchem Teammitglied der Einrichtung

**Anmeldung/Anfrage durch ...**

Krankenhaus – Hausarzt – Facharzt – Notarzt – andere Organisation (z. B. Pflegeheim, mobile Dienste, ...)  
Patienten – Angehörige – Betreuungsperson – Sachwalter  
Telefonnummer der anfragenden Person/Institution

**Patientenstammdaten**

Name  
Geburtsdatum, Alter, Sozialversicherungs-Träger, SV-Nr.  
Geschlecht, Nationalität, Sprache, Familienstand  
aktueller Aufenthaltsort  
Wohnadresse  
Telefonnummern (ev. E-Mail-Adresse)  
Ist Patient über die Kontaktaufnahme bzw. Anfrage informiert?  
Wurde Patient über die Leistung der Einrichtung informiert?

**Erkrankung, körperlicher Allgemeinzustand, momentane Probleme**

Grunderkrankung  
sonstige Erkrankungen  
bisheriger Krankheitsverlauf  
letzte Therapien (z. B. Chemotherapie, Bestrahlung, Opioide, Steroide usw.)  
Therapie-/Behandlungsstrategie  
Aufklärungsstand des Patienten über Diagnose und Prognose

**Aktuelle Situation**

z. B. Schmerzen u. a. körperliche Symptome, Funktionsstatus (z. B. ECOG), Pflegebedürftigkeit, psychosoziales Umfeld, ...

**Anfragegrund****Dringlichkeit**

ggf. geplante Entlassung aus dem stationären Bereich, geplante Betreuungsdauer

**Betreuung**

Hausarzt  
behandelnder Arzt, Abteilung, Ambulanz  
mobile Dienste  
Betreuung zu Hause

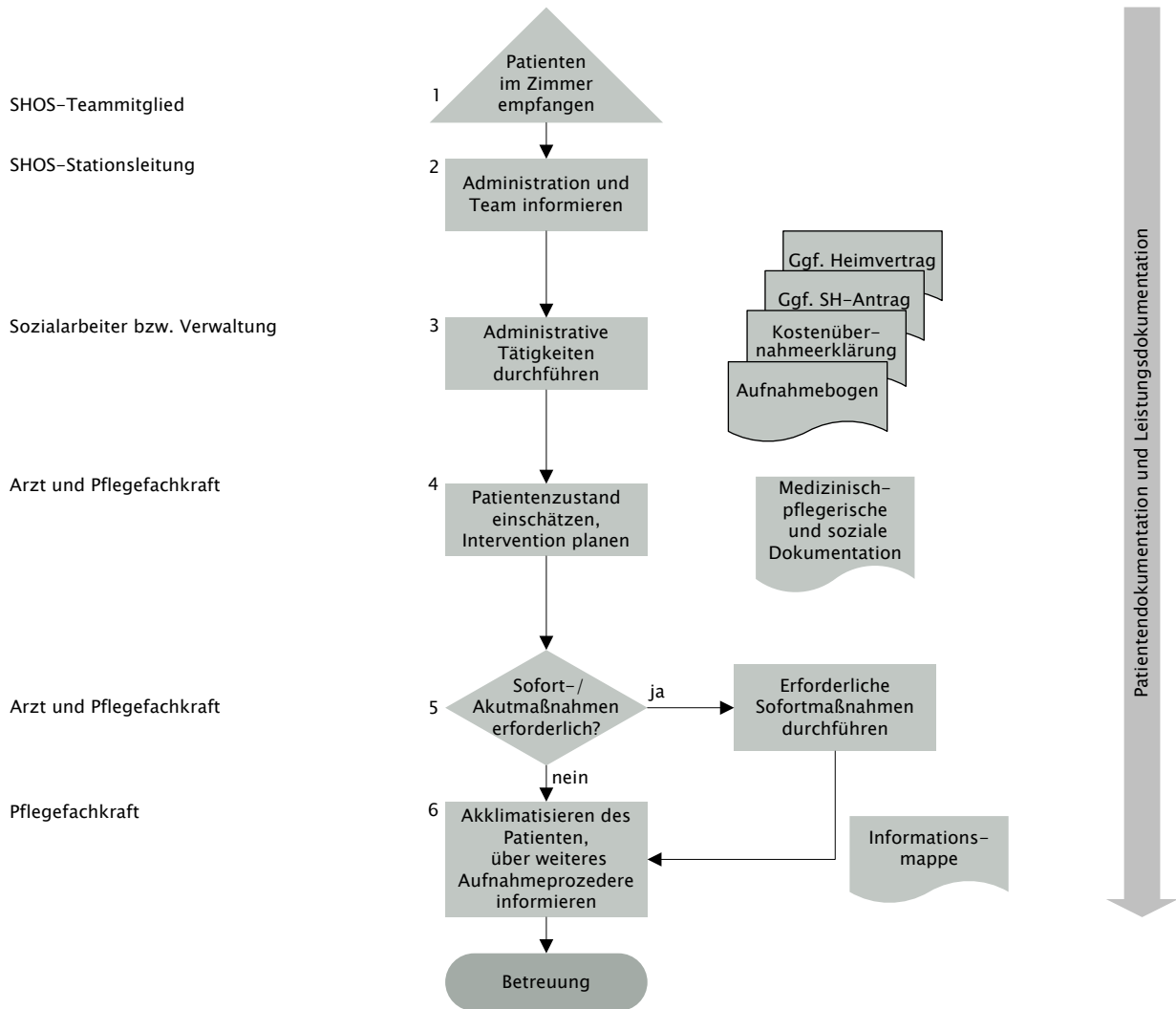
**Kontaktperson**

Name, Telefonnummer u. Verhältnis zum Patienten

**Erwartungen** der Betroffenen (Patienten, An-/Zugehörige, Zuweiser) an die Einrichtung**Weitere Vorgangsweise**

Erstgespräch am ... (Datum und Teilnehmer)  
Aufnahme am ... (Datum)  
bei Absage: Grund der Absage  
Sonstiges





SHOS = Stationäres Hospiz  
SH = Sozialhilfe



Schritte		Anmerkungen
1	Teammitglied empfängt Patienten am vereinbarten Aufnahmetag im Stationären Hospiz. Bezugspflegerperson bringt Patienten in vorbereitetes Zimmer und leistet erforderliche Unterstützung (An-/Auskleiden, persönliche Utensilien unterbringen etc.).	Krankengeschichte (inkl. Anfrage-/Assessmentformular) liegt soweit vorhanden für Team bereit.  Auflistung von Wertgegenständen
2	Stationsleitung informiert Administration/Verwaltung und Team über Eintreffen des Patienten.	Information an Verwaltung: Name, zuweisende Stelle / woher kommt Patient, Zimmernummer
3	Sozialarbeiter beschafft Aufnahmebogen und ggf. Kostenübernahmeerklärung und ggf. Heimvertrag mit Patienten und/oder Angehörigen.  Verwaltung legt Patientenakte an, verwendet ggf. existierende Patienten- und Behandlungsdaten früherer Aufenthalte (d. h. alte Krankengeschichten beilegen).  Wenn möglich klären Pflegeperson und Verwaltung Verfahren mit persönlichen Gegenständen und Wertsachen im Todesfall.	<b>Aufnahmebogen:</b> persönliche Daten, Anschrift, Sozialversicherungsträger, Pensionskonto, Hausarzt, Betreuung zu Hause, Ansprechpartner fürs Heim, weitere Angehörige, kulturelle Besonderheiten  ggf. Kostenübernahmeerklärung (Patient oder anderer Kostenträger)  ggf. Sozialhilfeantrag mit beizubringenden Unterlagen (z. B. lt. Sozialhilfebehörde)  ggf. Heimvertrag
4	Arzt und Pflegeperson führen Aufnahmeassessment inkl. Diagnose durch, schätzen aktuelle Patientensituation und ggf. Situation begleitender Angehöriger ein. Darauf aufbauend Interventionsplanung.	<b>Medizinischer, pflegerischer, sozialer Informationsbedarf:</b> » spezielle Krankheits- und Pflegedaten » medizinische, soziale und pflegerelevante Symptome/Phänomene (Schmerzen und andere Symptome, Trauer, Angst, ...) » ärztliche, Pflege- und Sozialanamnese (Vorgeschichte) » Interventionsplanung (Problem, Ziel, Maßnahme)
5	Aufnahmeassessment zeigt Arzt und Pflegeperson, ob/welche Sofortmaßnahmen erforderlich. Werden sofort eingeleitet oder durchgeführt.	
6	Mit Informations-, Orientierungs- u. sonstigen Maßnahmen Akklimatisation des Patienten unterstützen.	<b>Informationsmappe:</b> Informationen zur Einrichtung (Prinzipien und Philosophie, Tagesablauf, Betreuungsangebote, Teambeschreibung, Gegebenheiten der Einrichtung)

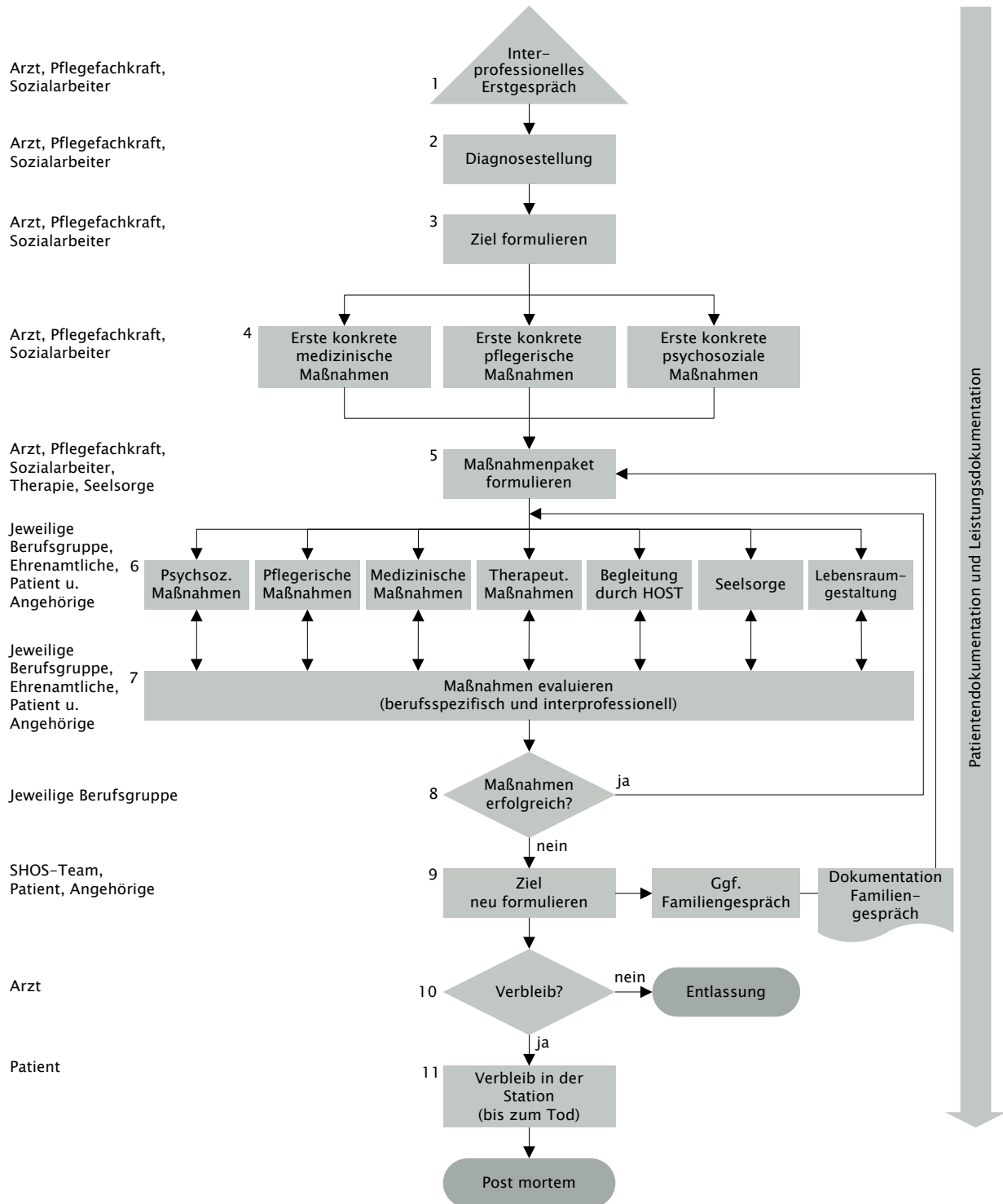
### Mögliche Qualitätskriterien und -indikatoren zur Prozessevaluierung

Kriterium: Übereinstimmung geplanter und tatsächlicher Zeitpunkt der Aufnahme

Indikator: Anzahl an Patienten mit geplantem Aufnahmezeitpunkt gleich dem tatsächlichen Aufnahmezeitpunkt DIVIDIERT DURCH Anzahl aller aufgenommenen Patienten







HOST = Hospizteam  
SHOS = Stationäres Hospiz



Schritte	Anmerkungen
<p>1 Betreuung beginnt mit interprofessionellem Erstgespräch zwischen Arzt, Pflegefach-, Sozialarbeitskraft, Patienten und nach Möglichkeit seiner Vertrauensperson.</p> <p>Gegenwärtigen Zustand, Befürchtungen und Hoffnungen von Patienten und Angehörigen schriftlich festhalten.</p> <p>Informationen aus Aufnahmeprozess gemeinsam besprechen und ggf. aktualisieren.</p>	<p><b>Patient muss einverstanden sein bezüglich Anwesenheit von:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Vertrauensperson</li> <li>» Praktikant/en, Hospitant/en</li> </ul> <p><b>Inhalte des Erstgesprächs:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Aufklärungsstand</li> <li>» Erwartungshaltung und Wünsche</li> <li>» Zielvorstellung</li> <li>» Erleben des bisherigen Krankheitsverlaufs</li> <li>» Wer darf / darf nicht Auskünfte erhalten?</li> <li>» Möglichkeiten und Grenzen des Stationären Hospizes allgemein und in Bezug auf Patienten</li> <li>» Gestaltung des Lebensraums</li> <li>» Priorisieren von Lebensqualität-Faktoren</li> <li>» bisherige Betreuung zu Hause</li> <li>» spirituelle Bedürfnisse</li> <li>» Biografie</li> <li>» Stuserhebung</li> <li>» Pflegeanamnese</li> <li>» Patientenverfügung, ja/nein</li> <li>» Bedingungen des Aufenthalts („Hausordnung“)</li> <li>» Erläutern patientenrelevanter Hilfsmittel (Glockenruf, Fernbedienung für Krankenbett etc.)</li> <li>» Notfallsituationen (wer soll wann verständigt werden?)</li> <li>» Begleitungsangebot (Hospizteam)</li> </ul>
<p>2 Arzt, Pflegefach-, Sozialarbeitskraft erstellen Assessment inkl. Diagnose und leiten (Be-)Handlungsbedarf ab.</p> <p>Abstimmen von Arzt und Pflegefachkraft in mindestens einmal täglich stattfindender gemeinsamer Besprechung.</p>	
<p>3 Arzt, Pflegefach-, Sozialarbeitskraft legen jeweils Behandlungs- und Betreuungsziele fest.</p>	
<p>4 Entsprechend Zielen erste medizinische, pflegerische (Pflegeplan) und psychosoziale (z. B. Lebensraumgestaltung, Mitaufnahme Angehöriger) Maßnahmen formulieren; im Bedarfsfall sofort setzen.</p>	
<p>5 Während Morgenbesprechung, Visite, Übergabe Patienten vorstellen, etwaige weitere Maßnahmen abklären und beizuziehende Berufsgruppen festlegen.</p>	

Schritte	Anmerkungen
<p>6 Im Vordergrund: Lebensqualität und Lebensraumgestaltung des Patienten. Daher werden Angehörige häufig mit aufgenommen und begleitet (insbes. Trauerarbeit).</p> <p>Jede Berufsgruppe eruiert (Be-)Handlungsbedarf, stimmt ihn mit Team ab und setzt entsprechende Maßnahmen.</p> <p>Ehrenamtliche begleiten auf Wunsch von Patienten und Angehörigen.</p> <p>Individuellen Krisenplan erstellen (Notfallmanagement), der palliative Vorgehensweise berücksichtigt.</p>	
<p>7 Im Betreuungsverlauf evaluiert jede Berufsgruppe ihre Maßnahmen, stimmt sie auf Zustand, Bedürfnisse und Wünsche von Patienten und ev. Angehörigen ab.</p> <p>Parallel Rückmeldung an Kerndisziplinen (pflegerische, ärztliche, Sozialarbeit). Je nach Notwendigkeit Behandlungsmaßnahmen entsprechend Zustand, Bedürfnissen und Wünschen des Patienten adaptieren.</p>	
<p>8 Solange Maßnahmen in Bezug auf formuliertes Ziel erfolgreich, Schritte 6 und 7 wiederholen.</p> <p>Wenn Maßnahmen nicht zielführend, weiter Schritt 9.</p>	
<p>9 Interprofessionelles Team formuliert gemeinsam mit Patienten und Angehörigen neues realistisches Ziel.</p> <p>Ggf. Familiengespräch.</p>	<p><b>Rahmen des Familiengesprächs:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Festlegen teilnehmender Teammitglieder und verantwortlichen Moderators, der Gespräch organisiert</li> <li>» Gespräch in möglichst ungestörter und angenehmer Atmosphäre</li> </ul> <p>Gesprächsinhalte aus aktueller Familiensituation ableiten.</p>
<p>10 Bei relevanter Veränderung des Patientenzustandes und/oder seines Betreuungsumfeldes Entlassung oder Verlegung in andere Betreuungseinrichtung möglich.</p>	
<p>11 Patient verbleibt im Regelfall bis zum Tod im Stationären Hospiz.</p>	

---

**Mögliche Qualitätskriterien und –indikatoren zur Prozessevaluierung**

Kriterium 1: Gemeinsame Zielformulierung

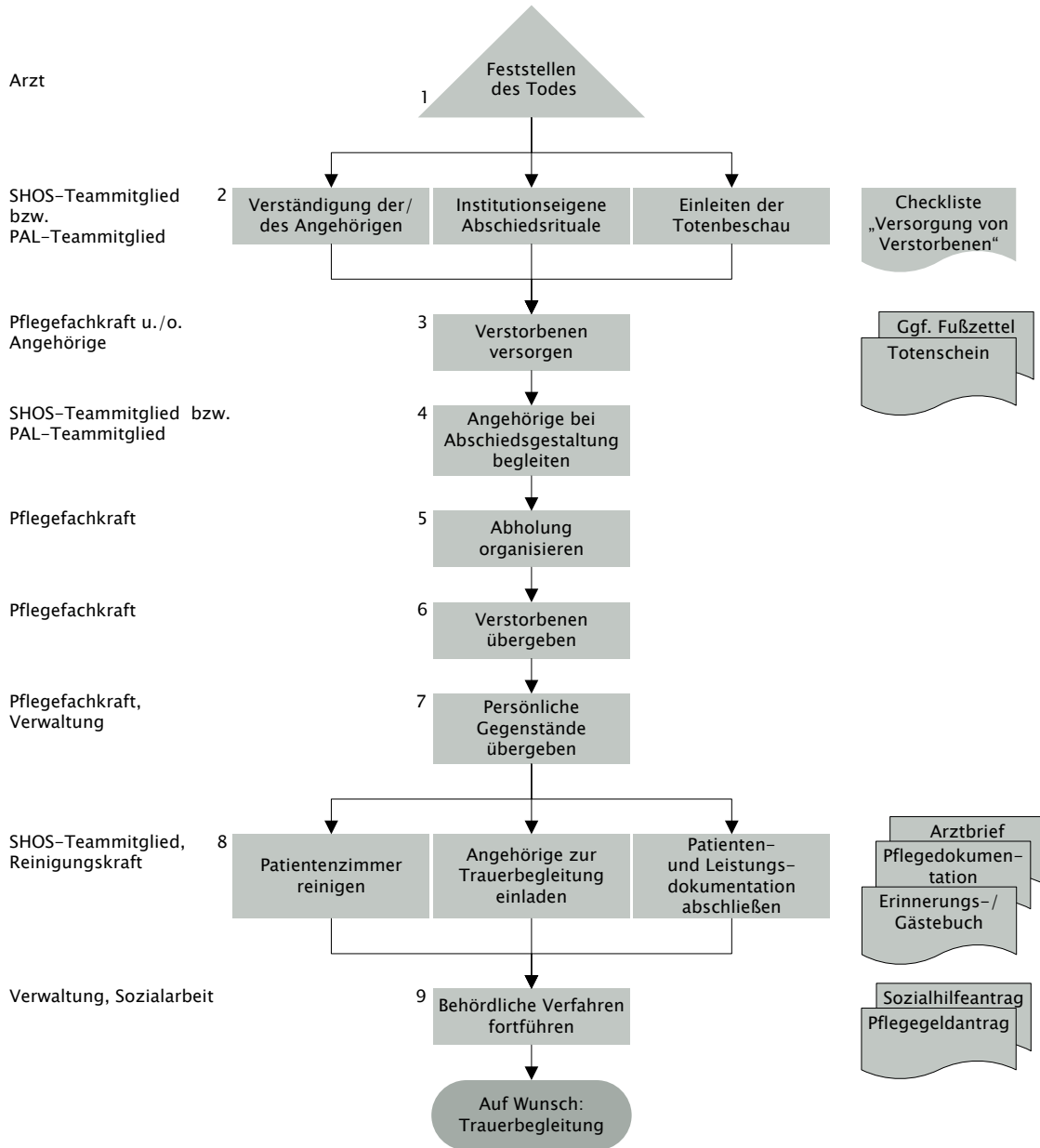
Indikator: Anzahl an Patienten, die in die Zielformulierung eingebunden sind, DIVIDIERT DURCH Gesamtzahl der Patienten

Kriterium 2: Symptomkontrolle ist in der Dokumentation vorgesehen

Indikator: Anzahl an Patienten mit dokumentierter Symptomkontrolle DIVIDIERT DURCH Gesamtzahl der Patienten

---





PAL = Palliativstation  
SHOS = Stationäres Hospiz





Schritte	Anmerkungen
1 Prozess beginnt mit Todesfeststellung durch Arzt.	
<p>2 Würdevolle Gestaltung institutionseigener Abschiedsrituale, z. B. Anzünden einer Kerze vor Patientenzimmer, Gedenkminute im Team etc.</p> <p>An-/Zugehörige persönlich oder telefonisch über Tod des Patienten informieren. Mitgefühl und Beileid aussprechen und weitere Vorgangsweise klären (z. B. kulturelle Rituale, Bräuche etc.).</p> <p>Teammitglied informiert zuständigen Totenbeschauer (in der Regel Gemeindefahrer), erforderliche Formulare ausfüllen.</p>	<p><b>Ggf. Checkliste zur Versorgung von Verstorbenen</b></p> <p>» kulturelle und religiöse Besonderheiten</p>
3 Pflegeperson(en) und/oder An-/Zugehörige versorgen verstorbenen Patienten (waschen, kämmen, ankleiden, lagern). Dabei kulturelle Besonderheiten unbedingt berücksichtigen.	
4 An-, Zugehörige, Mitpatienten und Teammitglieder erhalten Möglichkeit, sich individuell vom Verstorbenen zu verabschieden. Zeitlichen Rahmen dafür angemessen festlegen. Team betreut An-/Zugehörige in dieser Phase je nach Notwendigkeit.	
5 Nachdem sichergestellt, dass sich alle An-/Zugehörigen/Bezugspersonen vom Toten verabschiedet haben, organisiert zuständige Pflegeperson Abholung des Verstorbenen durch Bestattungsunternehmen.	
6 Pflegefachkraft kümmert sich um geordnete und würdevolle Übernahme des Verstorbenen durch Bestattung. Pflegefachkraft schließt Betreuungsprozess ritualisiert ab.	» ritualisierte würdevolle Übergabe
<p>7 An-/Zugehörige/Bezugspersonen erhalten ausreichend Zeit, um persönliche Gegenstände und Wertsachen des Verstorbenen abzuholen und Zimmer zu räumen.</p> <p>Pflegeperson und Verwaltung klären bereits bei Aufnahme, wie mit persönlichen Gegenständen und Wertsachen im Todesfall verfahren (Schritt 3 im Prozess „Stationäre Aufnahme“).</p> <p>Im Zweifelsfall persönliche Gegenstände und Wertsachen des Verstorbenen im Vieraugenprinzip schriftlich festhalten und an Verwaltung weiterleiten.</p>	» Vorgaben der Landessanitätsdirektion
<p>8 Nachbereitung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Patientenzimmer reinigen</li> <li>- Angehörige zur Trauerbegleitung einladen</li> <li>- Dokumentation abschließen (ärztliche und pflegerische Dokumentation, Erinnerungs-/Gästebuch)</li> </ul>	<p><b>Erinnerungs-/Gästebuch:</b></p> <p>» Name, Sterbedatum</p> <p>» ....</p>

Schritte	Anmerkungen
9 Ggf. nicht abgeschlossene behördliche Verfahren abschließen bzw. beantragen (Verwaltung, Sozialarbeiter, Notar).	» Sozialhilfe » Pflegegeld

---

### Mögliche Qualitätskriterien und -indikatoren zur Prozessevaluierung

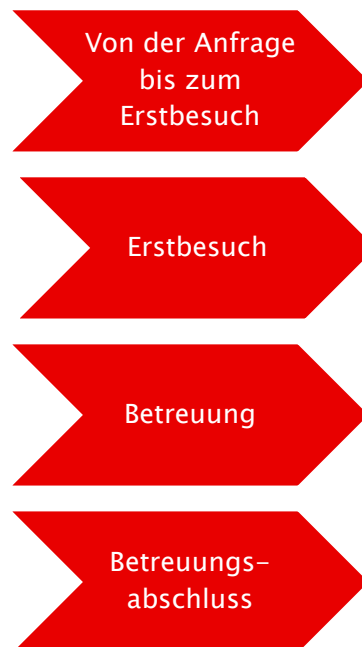
Kriterium: Patientenbezogen ausgefüllte Checkliste

Indikator: Anzahl an patientenbezogen ausgefüllten Checklisten DIVIDIERT DURCH Anzahl aller verstorbenen Patienten

---

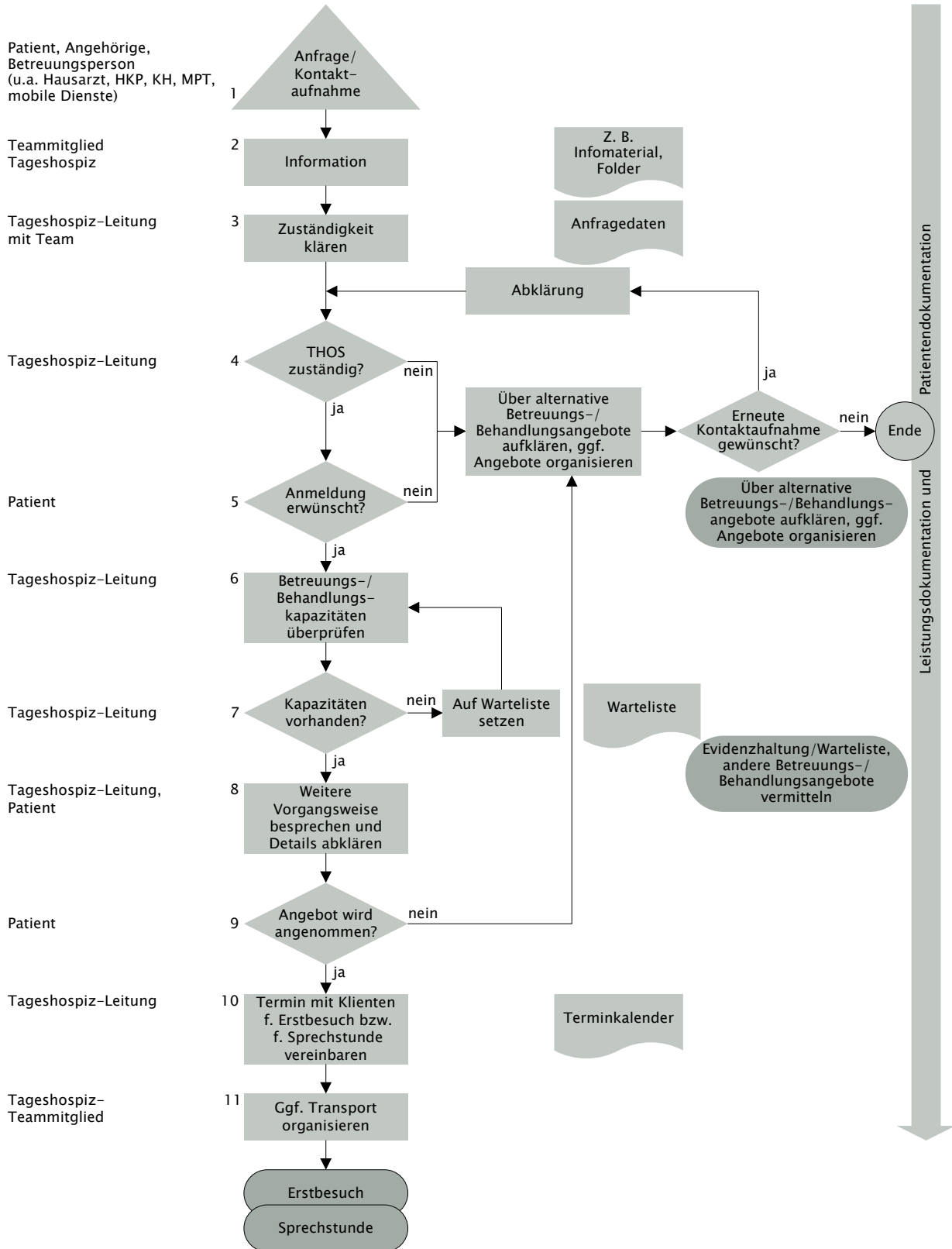
Einrichtungs- charakter	<p>Palliativpatienten erhalten Möglichkeit, tagsüber außerhalb ihrer gewohnten Umgebung an verschiedenen Aktivitäten teilzuhaben. Multiprofessionelles Team bietet mit Unterstützung von ehrenamtlich Tätigen Behandlung, Beratung und Begleitung. Zusätzliche psychosoziale und therapeutische Angebote helfen, den Tag zu gestalten und die Gemeinschaft gleichermaßen Betroffener zu erleben.</p> <p>Als eigenständiges Angebot kann das Tageshospiz (THOS) von allen Palliativpatienten in Anspruch genommen werden.</p>
Patienten- Zielgruppe	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Erwachsene Palliativpatienten, die mobil bzw. transportfähig sind und</li> <li>» An- und Zugehörige.</li> </ul>
Versorgungs- ziel	<p>Tageweise Betreuung und tageweise Entlastung für alle Betroffenen, sodass</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Lebensqualität gefördert wird;</li> <li>» Lebensumfeld erweitert wird, um soziale Isolation zu verhindern;</li> <li>» Motivation zur / und Selbstständigkeit (Empowerment) gefördert wird;</li> <li>» Gemeinschaft in einer Gruppe gleichermaßen Betroffener ermöglicht wird;</li> <li>» unnötige Krankenhausaufenthalte vermieden werden und</li> <li>» An- und Zugehörige entlastet werden;</li> <li>» Abschiede gestaltet und bearbeitet werden.</li> </ul>
Aufnahme- kriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Patient stimmt der Betreuung zu.</li> <li>» Patient ist weitestgehend über unheilbare Erkrankung aufgeklärt.</li> <li>» Patient ist transportfähig bzw. mobil.</li> <li>» Ggf. Bedarf an Maßnahmen, die zu Hause nicht durchgeführt werden können, aber keinen stationären Aufenthalt erfordern.</li> </ul>

## Musterprozesse



*Aus Platzgründen und für die Lesbarkeit muss in den Musterprozessen auf die gendergerechte Schreibweise verzichtet werden. Ausdrücke wie z. B. „Patient“ und „Arzt“ umfassen daher Frauen und Männer gleichermaßen.*







Schritte	Anmerkungen
<p>1 Patient, An-/Zugehörige oder Betreuungsperson (u. a. Hausarzt, mobile Dienste, Krankenhaus, Mobiles Palliativteam) nehmen persönlich oder telefonisch Kontakt auf.</p>	
<p>2 Teammitglied informiert Anfragenden über Tageshospiz. Bei persönlicher Anfrage Informationsmaterial zur Verfügung stellen.  Im Gespräch Informationen über potenziellen Patienten einholen.</p>	<p><b>Informations(material):</b>                  » Name der Einrichtung, Adresse, Erreichbarkeiten, Öffnungszeiten, Angebote, Leistungen, Transportmöglichkeiten                  » Kapazität: freie Plätze</p> <p><b>Anfragedaten:</b>                  Siehe Liste „Anfragedaten“</p>
<p>3 Tageshospiz-Leitung klärt (unter Einbeziehen des Teams) Zuständigkeit für konkreten Patienten. Patienten-Datenblatt anlegen.</p>	<p><b>Entscheidungskriterien für die Betreuung:</b>                  » Palliativpatient                  » Patient ist über palliative Situation seiner Krankheit informiert u. mit Betreuung im Tageshospiz einverstanden                  » Transportfähigkeit</p>
<p>4 Ist Tageshospiz nicht zuständig,                  - klärt Leitung ggf. über alternative Betreuungs-/ Behandlungsangebote auf und organisiert ggf. alternative Angebote,                  - wird aktive Kontaktaufnahme für einen späteren Zeitpunkt angeboten. Bei neuerlicher Kontaktaufnahme Zuständigkeit neuerlich klären. Wenn keine Kontaktaufnahme gewünscht, endet Prozess.  Ist Tageshospiz zuständig, weiter zu Schritt 5.</p>	<p>Informationsmaterial zu alternativen Angeboten</p>
<p>5 Tageshospiz-Leitung klärt mit Patienten, ob er angemeldet werden will.  Wünscht Patient keine Anmeldung,                  - klärt Leitung ggf. über alternative Betreuungs-/ Behandlungsangebote auf und organisiert ggf. alternative Angebote,                  - wird aktive Kontaktaufnahme für einen späteren Zeitpunkt angeboten. Bei neuerlicher Kontaktaufnahme Zuständigkeit neuerlich klären. Wenn keine Kontaktaufnahme gewünscht, endet Prozess.  Ist Anmeldung erwünscht, weiter zu Schritt 6.</p>	<p>Informationsmaterial zu alternativen Angeboten</p>
<p>6 Tageshospiz-Leitung überprüft aktuelle Betreuungs- und Behandlungskapazitäten und eruiert, wer etwaige Transportkosten übernimmt.</p>	<p><b>Informationsbedarf:</b>                  » aktuelle Personalbesetzung, Dienstplan, Anzahl freie Plätze</p>
<p>7 Keine freien Betreuungskapazitäten, Patienten                  - auf Warteliste reihen u. evident halten. Sobald Platz frei, Patienten informieren.                  - über alternative Betreuungs- und Behandlungsangebote aufklären, ggf. organisieren.  Betreuungsplatz frei, weiter zu Schritt 8.</p>	<p><b>Warteliste:</b>                  » Name, Kontaktdaten, konkrete Wünsche/Erwartungen</p> <p>Informationsmaterial zu alternativen Angeboten</p>

Schritte		Anmerkungen
8	Tageshospiz–Leitung bespricht mit Gast (Patient) weitere Vorgangsweise u. Detailfragen. Wenn nötig vom Patienten Befunde einholen.	Arztbrief
9	Nimmt Gast (Patient) das formulierte Betreuungsangebot nicht an, aufklären über alternative Betreuungs- und Behandlungsangebote, ggf. organisieren.  Ist Gast (Patient) mit weiterer Vorgangsweise einverstanden, weiter zu Schritt 10.	Informationsmaterial über alternative Angebote
10	Tageshospiz–Leitung vereinbart mit Gast (Patient) Termin für Erstbesuch/Sprechstunde und klärt Transportnotwendigkeit.  Für Erstbesuch zuständiges Teammitglied bestimmen.	<b>Terminkalender:</b> » Name, Datum, zuständiges Teammitglied, Transport erforderlich, ja/nein
11	In der Regel organisieren Gäste (Patienten) Transport zum Tageshospiz selbst. Ggf. unterstützt Teammitglied des Tageshospizes bei Transportorganisation.	Notiz am Datenblatt: Transportfrage geklärt

---

#### Mögliche Qualitätskriterien und –indikatoren zur Prozessevaluierung

Kriterium: Dem Patienten kann angemessene/bedürfnisgerechte Betreuung angeboten werden

Indikator: Angebotener Betreuungsumfang\* pro Patient DIVIDIERT DURCH angestrebten Betreuungsumfang pro Patient

\* z. B. in Stunden oder Tagen

---



**Informationen, die je nach Einrichtung abzufragen und zu dokumentieren sind:****Datum** der Anfrage**Art der Kontaktaufnahme**

persönlich – telefonisch – schriftlich  
mit welchem Teammitglied der Einrichtung

**Anmeldung/Anfrage durch ...**

Krankenhaus – Hausarzt – Facharzt – Notarzt – andere Organisation (z. B. Pflegeheim, mobile Dienste, ...)  
Patienten – Angehörige – Betreuungsperson – Sachwalter  
Telefonnummer der anfragenden Person/Institution

**Patientenstammdaten**

Name  
Geburtsdatum, Alter, Sozialversicherungs-Träger, SV-Nr.  
Geschlecht, Nationalität, Sprache, Familienstand  
aktueller Aufenthaltsort  
Wohnadresse  
Telefonnummern (ev. E-Mail-Adresse)  
Ist Patient über die Kontaktaufnahme bzw. Anfrage informiert?  
Wurde Patient über die Leistung der Einrichtung informiert?

**Erkrankung, körperlicher Allgemeinzustand, momentane Probleme**

Grunderkrankung  
sonstige Erkrankungen  
bisheriger Krankheitsverlauf  
letzte Therapien (z. B. Chemotherapie, Bestrahlung, Opioide, Steroide usw.)  
Therapie-/Behandlungsstrategie  
Aufklärungsstand des Patienten über Diagnose und Prognose

**Aktuelle Situation**

z. B. Schmerzen u. a. körperliche Symptome, Funktionsstatus (z. B. ECOG), Pflegebedürftigkeit, psychosoziales Umfeld, ...

**Anfragegrund****Dringlichkeit**

ggf. geplante Entlassung aus dem stationären Bereich, geplante Betreuungsdauer

**Betreuung**

Hausarzt  
behandelnder Arzt, Abteilung, Ambulanz  
mobile Dienste  
Betreuung zu Hause

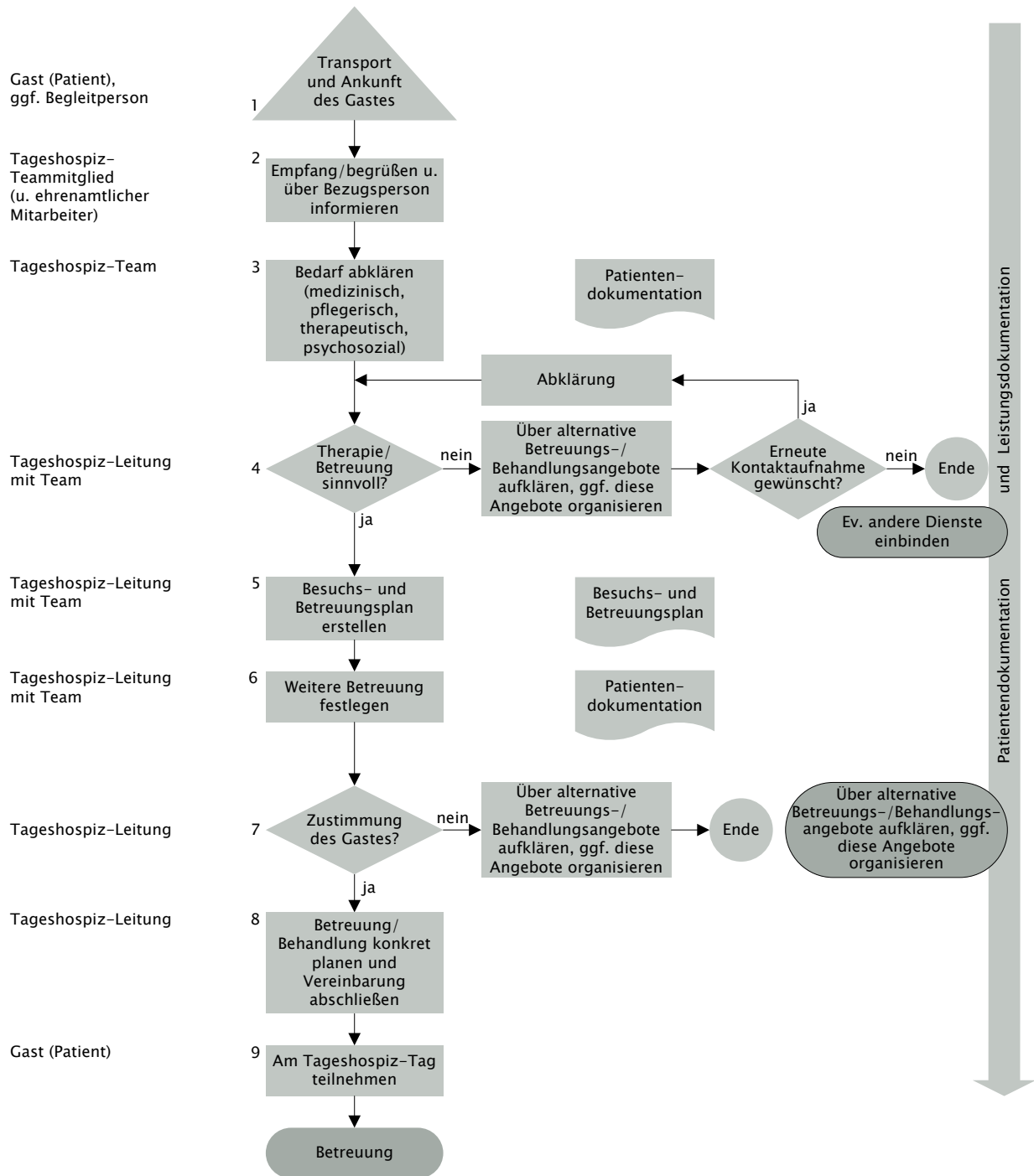
**Kontaktperson**

Name, Telefonnummer u. Verhältnis zum Patienten

**Erwartungen** der Betroffenen (Patienten, An-/Zugehörige, Zuweiser) an die Einrichtung**Weitere Vorgangsweise**

Erstgespräch am ... (Datum und Teilnehmer)  
Aufnahme am ... (Datum)  
bei Absage: Grund der Absage  
Sonstiges







Schritte	Anmerkungen
1 Gast (Patient) trifft ggf. in Begleitung von An-/Zugehörigen oder mit Transportdienst zum vereinbarten Besuchertag-Termin ein.	
2 Tageshospiz-Teammitglied begrüßt – möglichst gemeinsam mit Ehrenamtlichen – den Gast (Patient) und informiert über seine Bezugsperson.  Tageshospiz vorstellen.	<p><b>Terminkalender</b></p> <p><b>Mindestinformationen zum Tageshospiz:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Personal, Tagesablauf, andere Gäste (Patienten), Räume (je nach Allgemeinzustand Gast/Patient)</li> </ul>
3 Team eruiert gemeinsam medizinischen, pflegerischen, therapeutischen, psychosozialen und seelsorgerischen Behandlungs-/Betreuungsbedarf. Abklärung im Gespräch mit Gast (Patient); ggf. Patienten untersuchen.  Über zusätzliche Betreuungsangebote informieren.	<p><b>Patientendokumentation:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Stammdaten: Name, Geburtsdatum, Adresse</li> <li>» Anamnese (multiprofessionell)</li> </ul> <p><b>Informationen über:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» mobile Dienste, Hospiz-/Palliativeinrichtungen, zusätzliche Unterstützungsmöglichkeiten</li> <li>» Pflegegeld, ...</li> </ul>
4 Nach Bedarfsklärung entscheidet Tageshospiz-Leitung mit Team, ob Therapie/Betreuung im Tageshospiz sinnvoll.  Ist Therapie/Betreuung nicht sinnvoll <ul style="list-style-type: none"> <li>- ggf. über alternative Betreuungs-/Behandlungsangebote aufklären. Fallweise alternative Angebote organisieren.</li> <li>- wenn gewünscht, bietet Tageshospiz aktive Kontaktaufnahme zu einem späteren Zeitpunkt an. Sinnhaftigkeit einer Therapie/Betreuung im Tageshospiz dann erneut klären.</li> <li>- endet hier der Prozess.</li> </ul> Ist Therapie/Betreuung sinnvoll, weiter zu Schritt 5.	<p>Informationsmaterial zu alternativen Angeboten</p>
5 Tageshospiz-Leitung erstellt mit Team Besuchs- und Betreuungsplan für Gast (Patient).	<p><b>Besuchs- und Betreuungsplan:</b> Gast (Patient) in Plan aufnehmen, dabei berücksichtigen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Wünsche/Erwartungen</li> <li>» Bedürfnisse und Notwendigkeiten</li> <li>» Ressourcen des Tageshospizes</li> </ul>
6 Tageshospiz-Leitung legt mit Team weitere Betreuung fest.	<p><b>Betreuungsplan:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» psychosoziale Tagesgestaltung</li> <li>» pflegerische Tätigkeiten</li> <li>» medizinische Maßnahmen</li> <li>» andere therapeutische Maßnahmen</li> </ul>

Schritte	Anmerkungen
<p>7 Tageshospiz–Leitung holt Zustimmung des Gasts (Patient) zu Betreuung auf Basis des festgelegten Betreuungsplans ein.</p> <p>Lehnt Gast (Patient) Betreuung ab, Aufklären über alternative Betreuungs–/Behandlungsangebote. Fallweise alternative Angebote organisieren. Prozess endet.</p> <p>Stimmt Gast (Patient) der Betreuung zu, weiter zu Schritt 8.</p>	<p>Informationsmaterial zu alternativen Angeboten</p>
<p>8 Tageshospiz–Leitung konkretisiert mit Gast (Patient) den Betreuungs–/Behandlungsplan und schließt darüber mit ihm Vereinbarung ab.</p>	<p><b>Vereinbarung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Ziel(e)</li> <li>» Maßnahmenplanung</li> <li>» ggf. Unterschriften</li> </ul>
<p>9 Gast (Patient) nimmt am Tagesgeschehen des Tageshospizes teil.</p>	

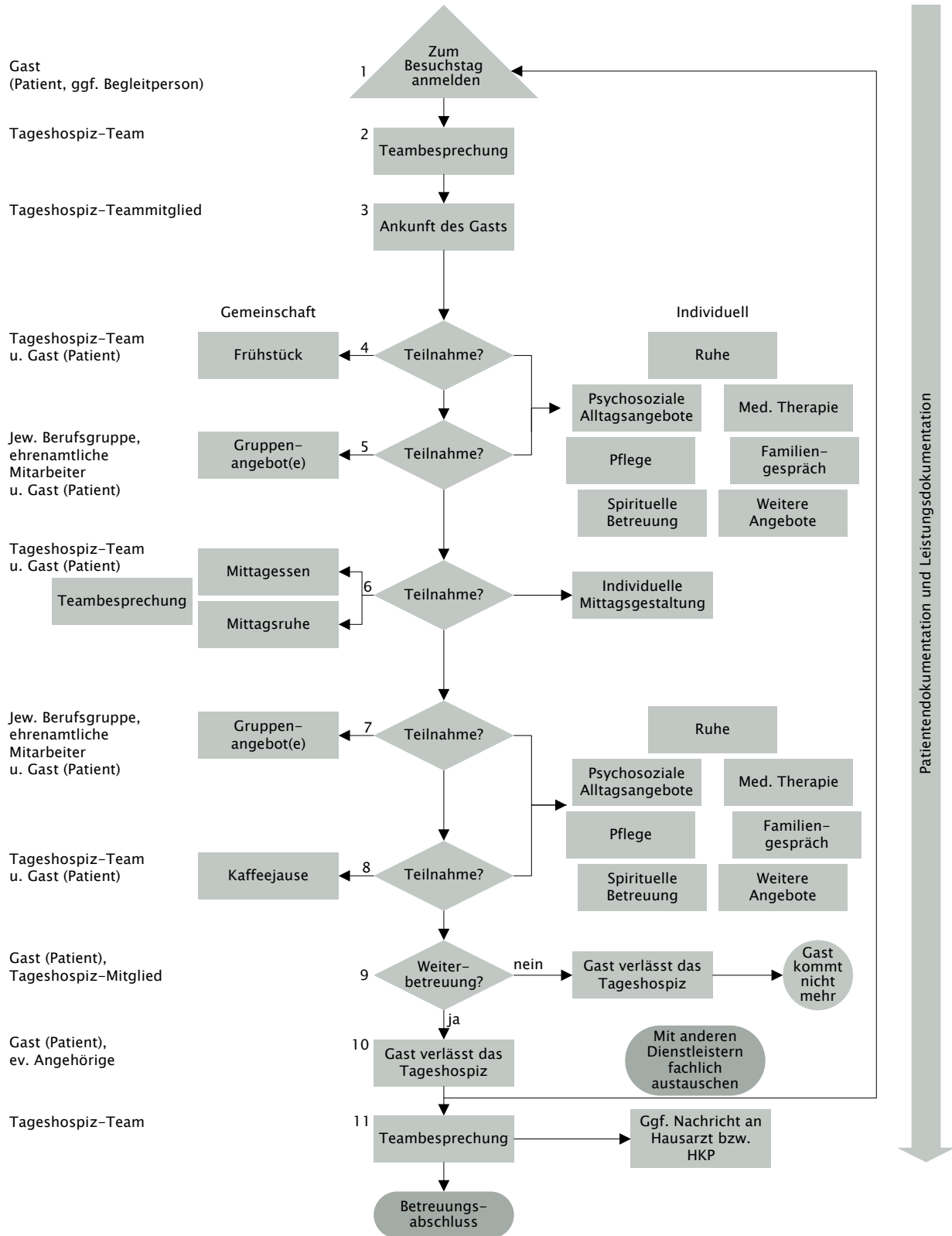
---

#### Mögliche Qualitätskriterien und –indikatoren zur Prozessevaluierung

Kriterium: Treffsicherheit des Leistungsangebotes (bei autonomen Entscheidungen des Patienten)

Indikator: Anzahl bleibender Gäste im Tageshospiz DIVIDIERT DURCH Anzahl aller Erstbesucher

---



HKP = Hauskrankenpflege





Schritte	Anmerkungen
<p>1 Mit persönlicher oder telefonischer Anmeldung des Gastes (Patient) zum Besuchstag startet Betreuungsprozess.</p>	<p>» Tag, Uhrzeit</p>
<p>2 Tageshospiz-Team* strukturiert in morgendlicher Teambesprechung auf Grundlage des Besuchsplans den Tag, erstellt den Dienstplan und teilt Ehrenamtliche Gästen (Patienten) zu.</p> <p>* Arzt und Pflegeperson(en) sowie Ehrenamtliche eines Hospizteams.</p>	<p><b>Besuchsplan:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Liste angemeldeter Gäste (Patienten)</li> <li>» Wünsche u. Bedürfnisse der Gäste (Patienten)</li> </ul> <p><b>Inhalt der Teambesprechung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Planen der Gemeinschaftsaktivitäten</li> <li>» Planen der individuellen Angebote</li> <li>» Tages-Dienstplan</li> <li>» Zuweisen der Ehrenamtlichen zu Gästen</li> </ul>
<p>3 Gast (Patient) trifft ein, Teammitglied empfängt ihn.</p> <p>Gast (Patient) wählt während seiner Anwesenheit zwischen den Gemeinschafts- und Individualangeboten. Er kann sich auch jederzeit für eine Ruhephase entscheiden.</p>	<p><b>Ruhemöglichkeiten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Sitz-, Liegemöglichkeiten</li> <li>» Ruhebereiche, Rückzugsmöglichkeiten</li> </ul>
<p>4 Erster Fixpunkt ist Frühstück, Tageshospiz-Team nimmt jedenfalls teil.</p> <p>Gast (Patient) entscheidet, ob er am Frühstück teilnimmt.</p>	
<p>5 Vormittag: Gast (Patient) wählt zwischen Gruppen- oder individuellen Angeboten.</p>	<p><b>Gruppenangebote:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» gemeinsame Gespräche</li> <li>» Gesellschaftsspiele</li> <li>» kreatives Basteln</li> <li>» Musik-, Kunsttherapie</li> <li>» etc.</li> </ul> <p><b>Individuelle Angebote:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» psychosoziale Alltagsangebote: einkaufen, spazieren gehen, Gespräche etc.</li> <li>» Pflege: Beratung, Intervention (Entspannungsbad, Einreibungen etc.)</li> <li>» medizinische Therapie (ärztlich, physiotherapeutisch, psychotherapeutisch): Beratung, Intervention, Befundbesprechung</li> <li>» spirituelle Betreuung: Gespräche etc.</li> <li>» gemeinsame Beratungsgespräche für Patienten und deren An-/Zugehörige (z. B. Familiengespräch)</li> <li>» weitere Angebote: Friseur etc.</li> </ul> <p><b>Ruhe:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Zurückziehen zum Ruhen, Lesen etc.</li> </ul>

Schritte	Anmerkungen
<p>6 Mittag: gemeinsames Mittagessen, anschließend Mittagsruhe.</p> <p>Gast (Patient) entscheidet, ob gemeinsames Mittagessen oder individuelle Mittagspause.</p> <p>Zweite Teambesprechung des Tages.</p>	<p><b>Inhalt Teambesprechung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Reflexion des Vormittags</li> <li>» Planen des Nachmittags</li> </ul>
<p>7 Nachmittag: Gast (Patient) wählt zwischen Gruppen- oder individuellen Angeboten (Erläuterungen siehe Schritt 5).</p>	
<p>8 Besuchstag endet mit Kaffeepause. Gast (Patient) entscheidet über Teilnahme.</p>	
<p>9 Am Ende des Besuchstages entscheidet Gast (Patient) über weiteren Tageshospiz-Besuch.</p> <p>Kommt Gast (Patient) nicht wieder, endet der Prozess.</p> <p>Entscheidet Gast (Patient) Weiterbetreuung im Tageshospiz, weiter mit Schritt 10.</p>	
<p>10 Gast (Patient) verlässt Tageshospiz (ggf. in Begleitung An-/Zugehöriger) und tritt Heimfahrt an.</p> <p>Ggf. (nur in Absprache mit Patienten) Austausch mit anderen betreuenden Diensten über Besuch bzw. relevante Vorkommnisse.</p>	<p><b>Transportmittel organisiert Gast (Patient) bzw. seine An-/Zugehörigen.</b></p>
<p>11 Team schließt mit abendlicher Teambesprechung Besuchstag ab.</p> <p>Ggf. Hausarzt bzw. Hauskrankenpflege über Besuch des Patienten im Tageshospiz informieren.</p>	<p><b>Inhalt der Teambesprechung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Reflexion des Besuchstages</li> </ul>

---

### Mögliche Qualitätskriterien und -indikatoren zur Prozessevaluierung

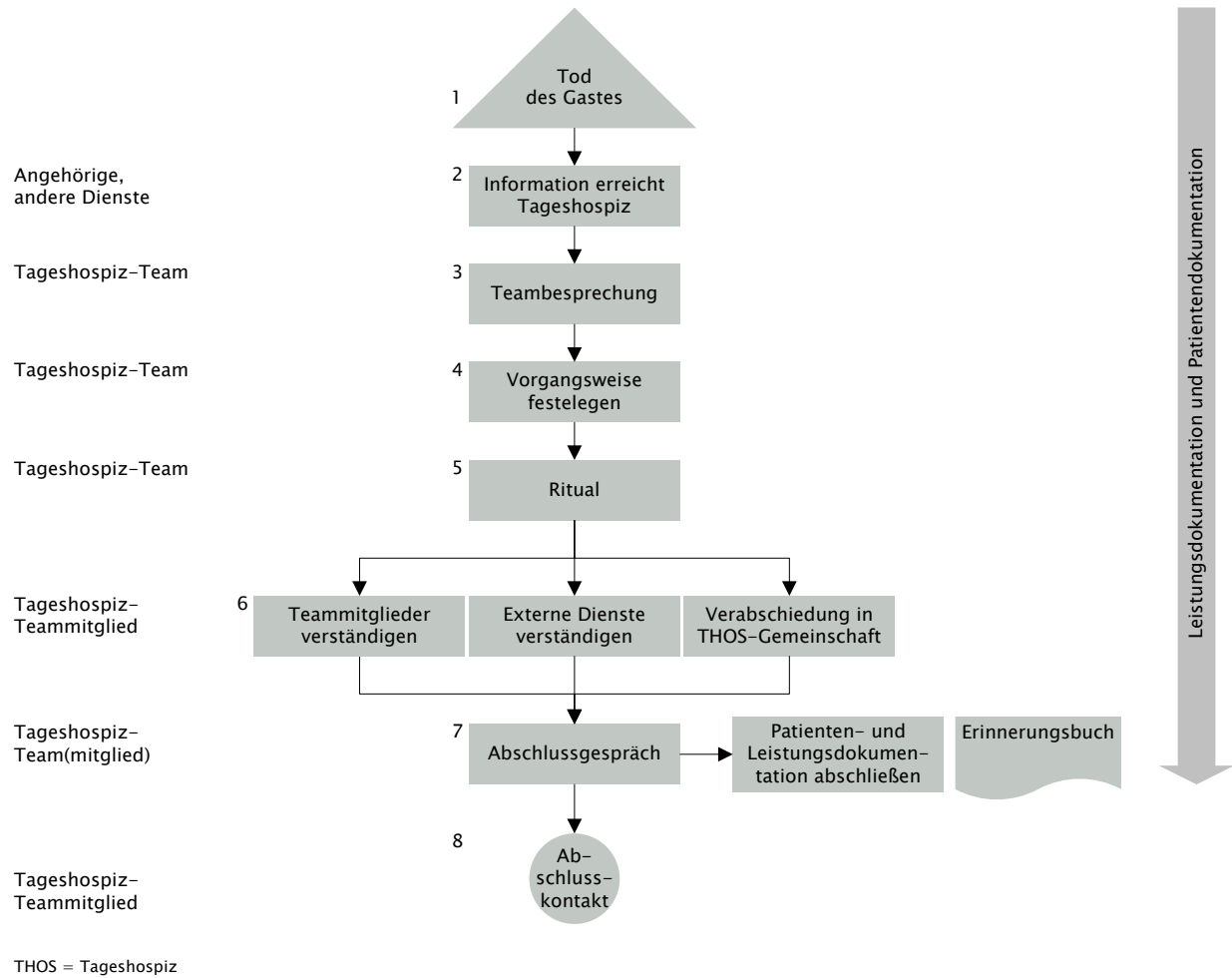
Kriterium 1: Soziale Integration (Gemeinschaft und Zuwendung)

Indikator: "Einzeltherapie" in Std. DIVIDIERT DURCH "Gruppentherapie" in Std. (Betreuung, Gruppenaktivitäten)

Kriterium 2: Krankenhaus-Aufenthaltsstage

Indikator: Anzahl der Krankenhaus-Tage von Tageshospiz-Patienten DIVIDIERT DURCH Gesamtzahl Tageshospiz-Tage

---





Schritte	Anmerkungen
1	Tod des Gastes (Patient) (zu Hause, im Krankenhaus etc.) ist Prozess-Auslöser.
2	An-/Zugehörige oder Vertreter anderer Dienste (Hauskrankenpflege, Krankenhaus, Mobiles Palliativteam etc.) informieren Tageshospiz über Tod des Gastes (Patient).
3, 4	Bei Teambesprechung weiteres Prozedere in Bezug auf den verstorbenen Gast (Patient) festlegen. Dabei Wünsche des Patienten berücksichtigen.
5	<p>Trauerritual abhalten.</p> <p><b>Trauerritual:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» z. B. Kerze anzünden</li> <li>» Gedenkminute</li> </ul>
6	<p>Tageshospiz-Teammitglied verständigt externe Teammitglieder (Ehrenamtliche, Therapeuten etc.) sowie zu Lebzeiten in die Betreuung involvierte Dienste (Hauskrankenpflege etc.).</p> <p>Verstorbenen in Tageshospiz-Gemeinschaft (Team, Gäste/Patienten, An-/Zugehörige) verabschieden.</p>
7	<p>Abschlussgespräch im Team. Dazu auch An-/Zugehörige und externe Betreuer (z. B. Mobiles Palliativteam, Hauskrankenpflege, Hausarzt) einladen.</p> <p>Sind An-/Zugehörige anwesend, ist dies zugleich Abschlusskontakt (Schritt 8).</p> <p><b>Abschlussgespräch im Team:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Feedback zur Betreuung</li> </ul>
8	<p>Prozess endet mit telefonischem oder persönlichem abschließendem Kontakt zu An-/Zugehörigen; dabei Trauerbegleitung anbieten.</p> <p>Patientendokumentation abschließen.</p> <p><b>Abschlusskontakt:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Kondolenz</li> <li>» Wunsch nach Trauerbegleitung</li> </ul> <p><b>Erinnerungsbuch:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Name des Gastes (Patient), Sterbedatum, Sterbebild, Parte</li> </ul>

**Mögliche Qualitätskriterien und -indikatoren zur Prozessevaluierung**

Kriterium: Abschlussgespräche

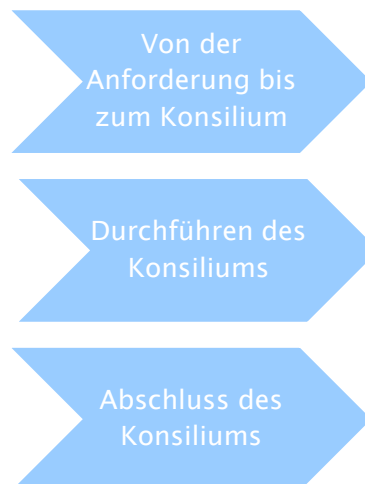
Indikator: Durchgeführte Abschlussgespräche DIVIDIERT DURCH Anzahl an betreuten Patienten



# PALLIATIVKONSILIARDIENST

Angebots- charakter	Multiprofessionell zusammengesetztes Team im Krankenhaus, das sich in erster Linie an betreuendes ärztliches und Pflegepersonal in Stationen und Ambulanzen wendet, in zweiter Linie an Patientinnen/Patienten und An-/Zugehörige. Der Palliativkonsiliardienst (PKD) berät und bietet Know-how in Schmerztherapie, Symptomkontrolle, ganzheitlicher Pflege und psychosozialer Begleitung an. Maßnahmen und Umsetzung entscheiden betreuende Ärzte und ihre Mitarbeiter/innen.
Zielgruppen	<ul style="list-style-type: none"><li>» Betreuendes Personal aller Stationen und Ambulanzen mit Palliativpatienten mit<ul style="list-style-type: none"><li>» komplexer Symptomatik,</li><li>» Erfordernis einer speziellen palliativmedizinischen bzw. -pflegerischen Expertise.</li></ul></li><li>» Palliativpatienten und deren An-/Zugehörige</li></ul>
Versorgungs- ziel	<p>Bestmögliches Lindern vielfältiger Symptome von Palliativpatienten in Abteilungen, Stationen und Ambulanzen durch Unterstützung der professionellen Betreuer/innen sowie der Betroffenen.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>» Betreuung durch spezifische Expertise verbessern und ggf. Entlassung von Patienten aus Akutabteilung im Krankenhaus ermöglichen;</li><li>» gezielte Übernahme von Patienten in eine Palliativstation ermöglichen;</li><li>» Übergang zwischen stationärer und ambulanter Betreuung erleichtern (Brückenfunktion);</li><li>» Verbleiben von Patienten zu Hause / im Pflegeheim ermöglichen (bei Aufgaben-Übernahme des Mobilen Palliativteams).</li></ul> <p>Spezielle palliativmedizinische und -pflegerische Expertise im jeweiligen Umfeld verfügbar machen.</p> <p>Je nach örtlicher und geografischer Gegebenheit berät Palliativkonsiliardienst auch außerhalb des Krankenhauses.</p>
Kriterien für Anforderung	<p>Palliativkonsiliardienst wird auf Anfrage oder Anforderung tätig</p> <ul style="list-style-type: none"><li>» als Hilfestellung in komplexen Betreuungssituationen für die Betreuer/innen vor Ort,</li><li>» in der Betreuung von Patienten und An-/Zugehörigen, wenn spezielle palliativmedizinische bzw. -pflegerische Expertise gefragt ist.</li></ul>

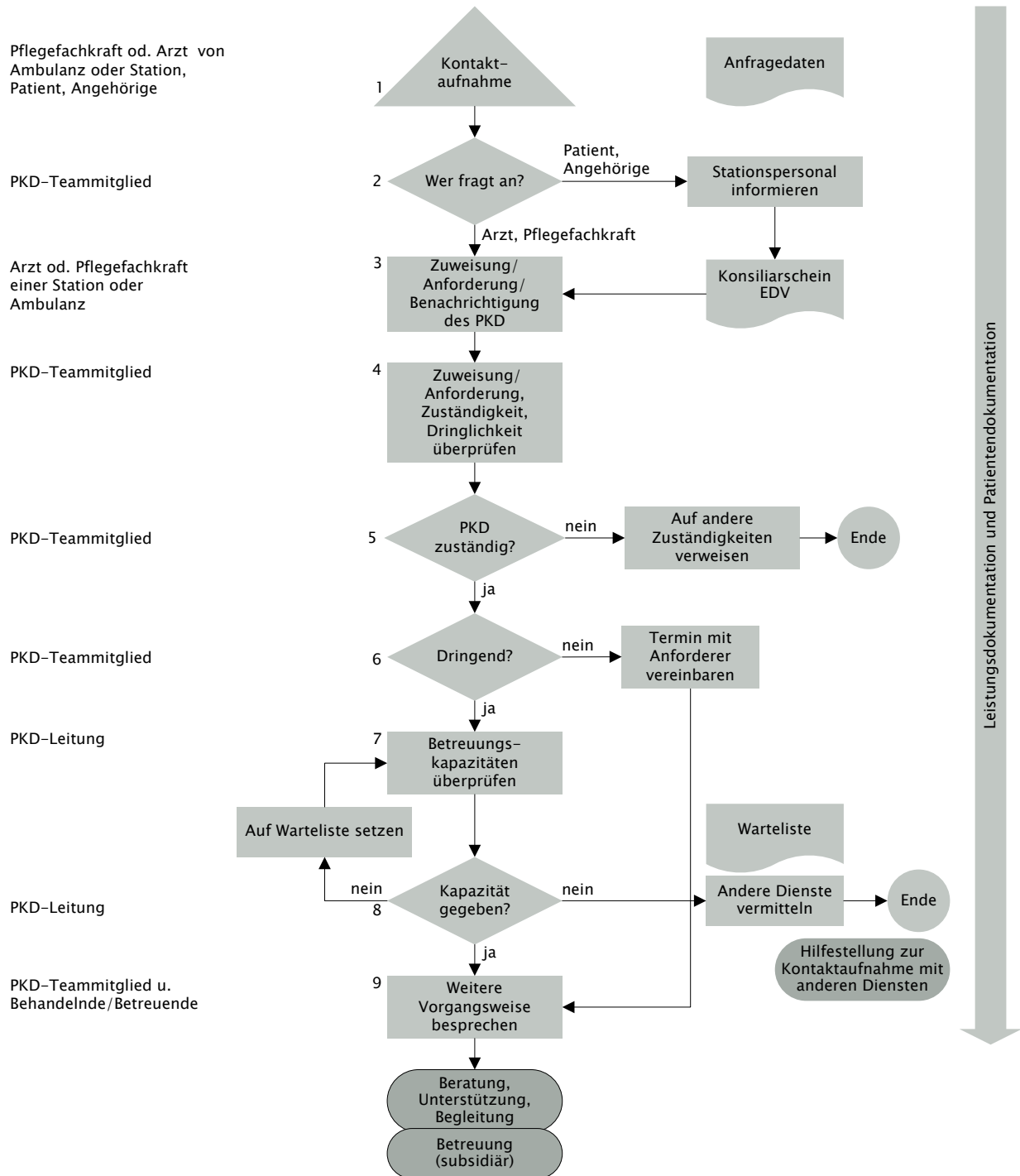
## Musterprozesse



*Aus Platzgründen und für die Lesbarkeit muss in den Musterprozessen auf die gendergerechte Schreibweise verzichtet werden. Ausdrücke wie z. B. „Patient“ und „Arzt“ umfassen daher Frauen und Männer gleichermaßen.*







Leistungsdokumentation und Patientendokumentation

PKD = Palliativkonsiliardienst



Schritte	Anmerkungen
<p>1 Ausgefülltes Anforderungsformular (z. B. Download) langt ein.</p> <p>Ausgefüllter Konsiliarschein langt ein.</p> <p>Bei persönlicher oder telefonischer Anfrage füllt Teammitglied Anfrageformular aus.</p> <p>Kontaktaufnahme möglich durch: Pflegefachkraft, Arzt, Patienten oder An-/Zugehörige.</p>	<p><b>Anfragedaten:</b> Siehe Liste „Anfragedaten“</p> <p>Patientendokumentation beginnt mit Anfrage.</p>
<p>2, 3 Arzt oder Pflegefachkraft einer Station oder Ambulanz (Regelversorgung) tritt mit klarer Problem- und Fragestellung an den Palliativkonsiliardienst heran. Konsilium sollte mit Konsiliarschein angefordert werden.</p> <p>Wird Palliativkonsiliardienst direkt vom Patienten oder An-/Zugehörigen kontaktiert, informiert er Stationspersonal (Pflegefachkraft, Arzt). Station fordert dann Konsil durch Palliativkonsiliardienst an.</p> <p>Station soll den Palliativkonsiliardienst möglichst über erneute stationäre Aufnahme von Patienten, die bereits vom Palliativkonsiliardienst betreut wurden, informieren.</p>	<p><b>Konsiliarschein:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Kontaktdaten behandelnder Arzt</li> <li>» Patientendaten (Name, Alter, Geschlecht, Erstdiagnose mit Datum, aktuelle Diagnose(n), Information zu den letzten Chemotherapien)</li> <li>» Anforderungsgrund/-gründe</li> <li>» Therapie-/Behandlungsstrategie</li> <li>» Aufklärungsstand des Patienten über Diagnose und Prognose</li> <li>» wurde Patient über Leistung des Palliativkonsiliardienstes informiert?</li> <li>» geplante Entlassung</li> </ul>
<p>4 Palliativkonsiliardienst-Mitglied überprüft Zuweisung/Anforderung auf Vollständigkeit und Dringlichkeit. Ggf. Zusatzinformationen über Patienten bei Anforderndem einholen.</p>	<p><b>Ergänzende Informationen/Unterlagen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Basisdaten und Krankheitsbild des Patienten</li> <li>» Dringlichkeit</li> <li>» geplante Maßnahmen</li> </ul>
<p>5 Kontaktiertes Palliativkonsiliardienst-Mitglied überprüft, ob Zuständigkeit gegeben ist.</p> <p>Ist Palliativkonsiliardienst nicht zuständig, Anfragen den auf andere Zuständigkeiten hinweisen. Prozess endet.</p>	<p><b>Kriterien:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» medizinische, pflegerische und psychosoziale Fragestellungen zu Palliativpatienten</li> <li>» Zuständigkeitsbereich ist trägerspezifisch geklärt</li> </ul>
<p>6 Ist Palliativkonsiliardienst zuständig, Dringlichkeit klären.</p> <p>Wenn Konsilium nicht dringlich, mit dem Anfordernden Termin vereinbaren, weiter mit Schritt 8.</p>	<p>hohe Dringlichkeit = besonders belastende Symptome und psychosoziale Situationen, Entlassung zum Sterben nach Hause</p>
<p>7 Wenn Konsilium dringlich, prüft Leitung des Palliativkonsiliardienstes seine Betreuungskapazitäten.</p>	<p><b>Entscheidungskriterien für die Betreuungskapazitäten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» personelle Ressourcen des Palliativkonsiliardienstes</li> </ul>
<p>8 Wenn keine Betreuungskapazitäten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- entweder Vermittlung an andere Dienste, Prozess endet.</li> <li>- oder Anfordernden auf Warteliste setzen.</li> </ul> <p>Wenn Betreuungskapazitäten gegeben, weiter mit Schritt 9.</p>	<p>Nebenprozess: Hilfestellung zur Kontaktaufnahme mit anderen Diensten</p> <p><b>Warteliste</b></p>

Schritte	Anmerkungen
<p>9 Palliativkonsiliardienst-Mitglied bespricht mit Behandlern/Betreuern weitere Vorgangsweise.</p> <p>Im Zuge dessen Dokumentation für statistische Zwecke anlegen.</p>	<p><b>Vervollständigen der Leistungs- und Patientendokumentation:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Patientenstammdaten (Name, Geburtsdatum, Versicherungsnummer, Anschrift, Telefonnummer)</li> <li>» Name, Anschrift, Tel. der Angehörigen</li> <li>» Krankengeschichte (Hauptdiagnose, Nebendiagnosen, Symptome, Therapie)</li> <li>» soziale Anamnese</li> <li>» Bedürfnisse des Patienten</li> </ul>

---

#### Mögliche Qualitätskriterien und -indikatoren zur Prozessevaluierung

Kriterium: Wartezeit bis zum Erstkonsilium

Indikator: Anzahl an innerhalb von 24 Std. (an Werktagen) visitierten Patienten DIVIDIERT DURCH alle Zuweisungen an den Palliativkonsiliardienst an Werktagen

---

**Informationen, die je nach Einrichtung/Angebot abzufragen und zu dokumentieren sind:****Datum** der Anfrage**Art der Kontaktaufnahme**

persönlich – telefonisch – schriftlich  
mit welchem Teammitglied der Einrichtung

**Anmeldung/Anfrage durch ...**

Krankenhaus – Hausarzt – Facharzt – Notarzt – andere Organisation (z. B. Pflegeheim, mobile Dienste, ...)  
Patienten – Angehörige – Betreuungsperson – Sachwalter  
Telefonnummer der anfragenden Person/Institution

**Patientenstammdaten**

Name  
Geburtsdatum, Alter, Sozialversicherungs-Träger, SV-Nr.  
Geschlecht, Nationalität, Sprache, Familienstand  
aktueller Aufenthaltsort  
Wohnadresse  
Telefonnummern (ev. E-Mail-Adresse)  
Ist Patient über die Kontaktaufnahme bzw. Anfrage informiert?  
Wurde Patient über die Leistung des Angebotes informiert?

**Erkrankung, körperlicher Allgemeinzustand, momentane Probleme**

Grunderkrankung  
sonstige Erkrankungen  
bisheriger Krankheitsverlauf  
letzte Therapien (z. B. Chemotherapie, Bestrahlung, Opioide, Steroide usw.)  
Therapie-/Behandlungsstrategie  
Aufklärungsstand des Patienten über Diagnose und Prognose

**Aktuelle Situation**

z. B. Schmerzen u. a. körperliche Symptome, Funktionsstatus (z. B. ECOG), Pflegebedürftigkeit, psychosoziales Umfeld, ...

**Anfragegrund****Dringlichkeit**

ggf. geplante Entlassung aus dem stationären Bereich, geplante Betreuungsdauer

**Betreuung**

Hausarzt  
behandelnder Arzt, Abteilung, Ambulanz  
mobile Dienste  
Betreuung zu Hause

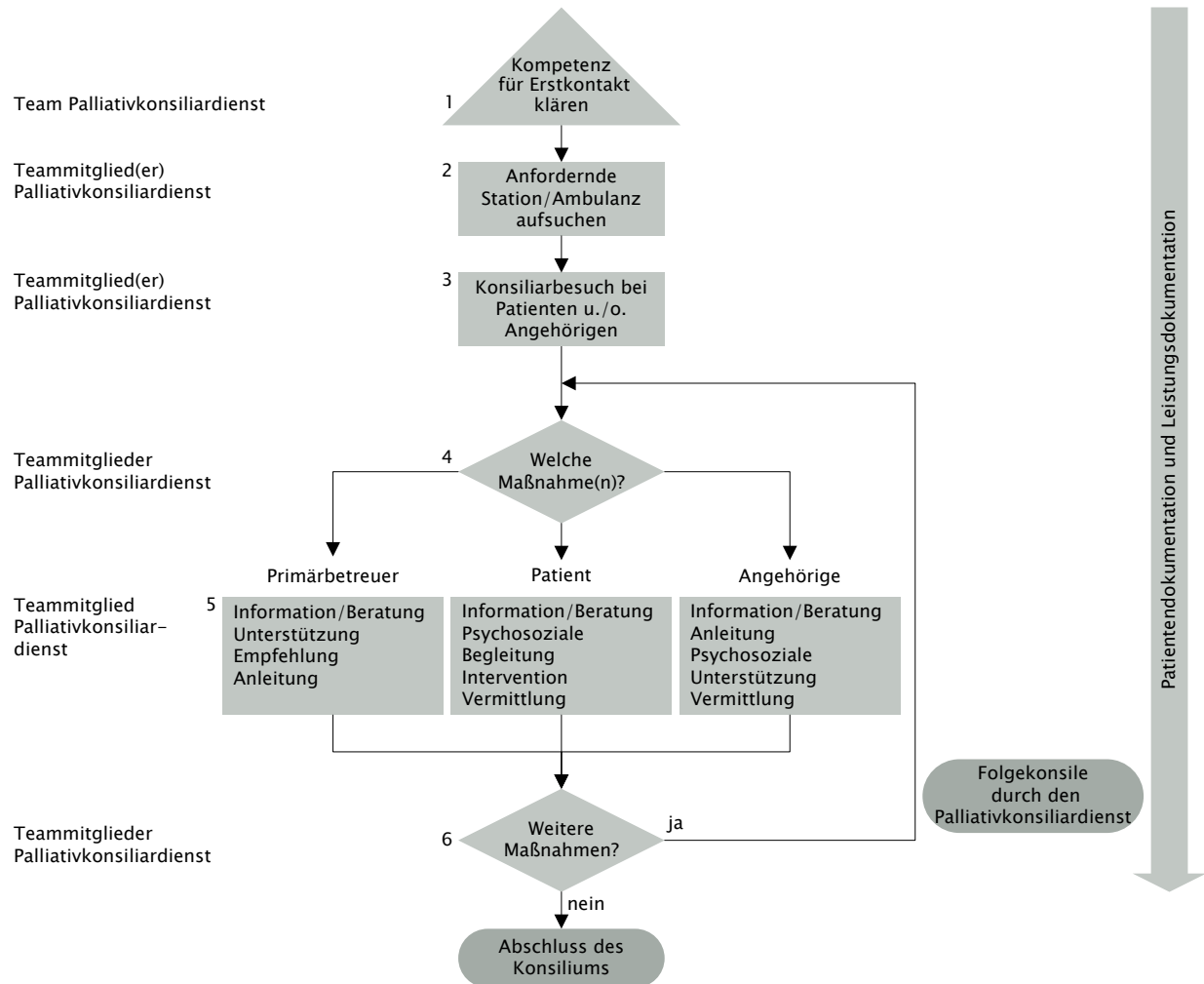
**Kontaktperson**

Name, Telefonnummer u. Verhältnis zum Patienten

**Erwartungen** der Betroffenen (Patienten, An-/Zugehörige, Zuweiser) an die Einrichtung**Weitere Vorgangsweise**

Erstgespräch am ... (Datum und Teilnehmer)  
Aufnahme am ... (Datum)  
bei Absage: Grund der Absage  
Sonstiges









Schritte	Anmerkungen
1 Konsilium beginnt mit Klärung, wer vom Team Erstkontakt übernimmt (wenn möglich Arzt und Pflegefachkraft gemeinsam).	<b>Kriterien:</b> » professionelle Kompetenz » Verfügbarkeit, Ressourcen
2 Palliativkonsiliardienst-Mitglieder suchen anfordernde Stelle (Station, Ambulanz) auf und kontaktieren Primärbetreuer.	Einsichtnahme in Patientendokumentation ggf. Konkretisieren der erwünschten Leistung des Palliativkonsiliardienstes
3 Palliativkonsiliardienst-Mitglieder stellen sich bei Patienten und ggf. An-/Zugehörigen vor. Palliativmedizinische, palliativpflegerische und psychosoziale Probleme von Patienten und An-/Zugehörigen erheben.	<b>Gespräch mit Patient u./o. Angehörigen:</b> » palliative Anamnese (medizinisch, pflegerisch, psychosozial) » biografische Details » (mutmaßlichen) Patientenwillen erkunden ggf. klinische Untersuchung des Patienten
4 Palliativkonsiliardienst-Mitglieder entscheiden in Abstimmung mit Patienten über Maßnahmen.	
5 Mögliche Maßnahmen:  1. Für Primärbetreuer (Stationen, Ambulanzen): a) Information und Beratung b) Unterstützung c) Empfehlung d) Anleitung  2. Für Patienten: a) Information und Beratung b) Psychosoziale Begleitung c) Intervention d) Vermittlung	Eintrag durchgeführter Maßnahmen in Patientendokumentation  <b>Information und Beratung</b> in palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Belangen und ethischen Fragestellungen  <b>Unterstützung</b> in palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Belangen sowie organisatorisch, wie z. B.: Organisation und Betreuung von „Schmerzpumpen“, Port-Nadeln, Patientenverfügung  <b>Empfehlung</b> konkreter Maßnahmen  <b>Anleitung</b> in medizinischen und pflegerischen Tätigkeiten, wie z. B.: Symptomtherapie, Mundpflege, palliative Wundversorgung, Umgang mit Schmerzpumpe etc.  <b>Information/Beratung/Unterstützung:</b> » über weitere Behandlungs- und Betreuungsmöglichkeiten (Hospiz- und Palliativ-einrichtungen, Pflegeheim, mobile Dienste etc.), » Heilbehelfe (z. B. Krankenbett, Sauerstoff, ...) » über Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, » über sozialrechtliche Belange (Pflegegeld, Behindertenpass, Familienhospizkarenz, Familienhilfe etc.)  <b>Psychosoziale Begleitung:</b> » psychosoziales Gespräch (z. B. über den Krankheitsverlauf, ethische Fragestellungen etc.), » Stärken der Autonomie (Empowerment), » Begleiten des Trauerprozesses

## Schritte

## Anmerkungen

### 3. Für An-/Zugehörige:

- a) Information und Beratung
- b) Anleitung
- c) Psychosoziale Unterstützung
- d) Vermittlung

**Intervention:** medizinische, pflegerische, (psycho)therapeutische Maßnahmen durch Teammitglieder des Palliativkonsiliardienstes

#### **Vermittlung:**

- » weiterer Betreuungsmöglichkeiten (Hospiz-/ Palliativeinrichtungen: u. a. Mobiles Palliativteam, Hospizteam, Palliativstation)
- » von therapeutischen, sozialen und spirituellen Angeboten

#### **Information und Beratung:**

- » über Behandlungs- und Betreuungsmöglichkeiten (mobile Dienste, Hospiz- und Palliativeinrichtungen, Pflegeheim, Krankenhaus etc.)
- » bezüglich weiterer Vorgehensweise in speziellen Situationen (z. B. bei Verwirrtheit, in Akutsituationen, bei veränderter Atmung, nach Eintreten des Todes etc.)
- » Beratung in sozialrechtlichen Belangen

**Anleitung:** in medizinischen und pflegerischen Belangen (z. B. Handhabung Schmerzpumpe, Medikamentenplan, Wundversorgung, Lagerung, Mundpflege etc.)

#### **Psychosoziale Unterstützung:**

- » psychosoziales Gespräch,
- » Familiengespräch (z. B. Mut machen und stärken, Wertschätzung entgegenbringen, Sicherheit geben, Ängste ansprechen etc.)

**Vermittlung z. B. eines Hospizteams:** nach Abklärung, ob Begleitung durch ehrenamtliche Mitarbeiter/innen des Hospizteams gewünscht ist, wird Kontakt hergestellt.

- 6 Palliativkonsiliardienst-Mitglieder entscheiden gemeinsam mit Primärbetreuern, ob weitere Maßnahmen erforderlich.

Wenn weitere Maßnahmen des Palliativkonsiliardienstes erforderlich, zurück zu Schritt 4; Patienten in „Dauerbetreuung“ aufnehmen.

Wenn keine weiteren Maßnahmen erforderlich, endet Konsilium.

In jedem Fall entsprechende Maßnahmen dokumentieren.

Vermerk in Patienten- und Leistungsdokumentation

---

**Mögliche Qualitätskriterien und –indikatoren zur Prozessevaluierung**

Kriterium 1: Teamzusammensetzung bei Erstkonsil

Indikator: Anzahl an interprofessionellen Erstkonsilen DIVIDIERT DURCH alle Erstkonsile

Kriterium 2: Dauer des Erstkonsils mind. 45 Minuten

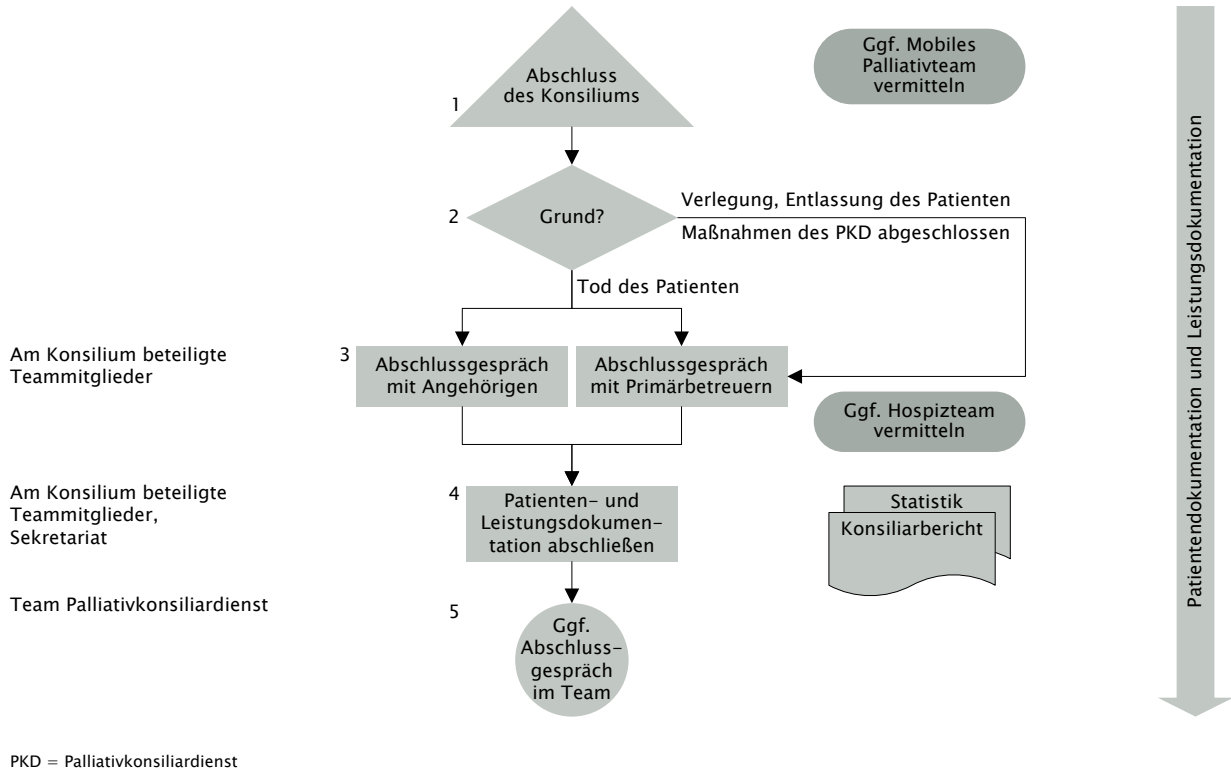
Indikator: Anzahl an Erstkonsilen mit mind. 45 Min. Dauer DIVIDIERT DURCH alle Erstkonsile

Kriterium 3: Abgeleitete Maßnahmen unter Berücksichtigung aller Bedürfnisse

Indikator: Patientenbezogener Eintrag der durchgeführten Maßnahmen, ja/nein

---







Schritte	Anmerkungen
<p>1 Konsil endet bei Verlegung in Palliativstation oder Entlassung aus Krankenhaus (in Stationäres Hospiz, Pflegeheim, nach Hause) und infolge Tod des Patienten.</p> <p>Betreuung endet auch, wenn keine weiteren Maßnahmen durch Palliativkonsiliardienst erforderlich.</p>	
<p>2, 3 Bei Verlegung oder Entlassung des Patienten abschließendes Gespräch mit Primärbetreuern.</p> <p>Bei Tod des Patienten Angehörigen und Primärbetreuern bei Bedarf Abschlussgespräch anbieten.</p> <p>Bei Bedarf Hospizteam für Trauerbegleitung vermitteln.</p>	<p><b>Abschlussgespräch mit den Angehörigen, z. B.:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Trauerberatung</li> <li>» Erarbeiten von Perspektiven</li> <li>» Feedback zur Arbeit des Palliativkonsiliardienstes</li> </ul> <p><b>Abschlussgespräch mit den Primärbetreuern, z. B.:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» durchgeführte Maßnahmen</li> <li>» Evaluation der Zusammenarbeit</li> <li>» Klären offener Fragen</li> </ul>
<p>4 Teammitglieder des Palliativkonsiliardienstes und ggf. Sekretariat schließen Patienten- und Leistungsdokumentation ab.</p>	<p><b>Eintrag in die Dokumentation des Palliativkonsiliardienstes, z. B.:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Anforderungsgrund</li> <li>» durchgeführte Maßnahmen</li> <li>» Betreuungsverlauf</li> <li>» Sterbedaten</li> </ul>
<p>5 Teammitglied informiert das gesamte Team des Palliativkonsiliardienstes über Abschluss des Konsiliums. Bei Bedarf Abschlussgespräch im Team.</p>	<p><b>Abschlussgespräch im Team:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» fachliche und persönliche Reflexion des Konsiliums</li> </ul>

#### Mögliche Qualitätskriterien und -indikatoren zur Prozessevaluierung

Kriterium: Vollständigkeit der Dokumentation

Indikator: Anzahl an Patienten mit vollständig ausgefüllten Abschlussdokumenten DIVIDIERT DURCH alle vom Palliativkonsiliardienst betreuten Patienten

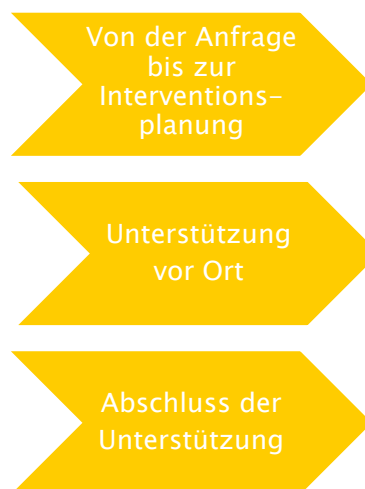




## MOBILES PALLIATIVTEAM

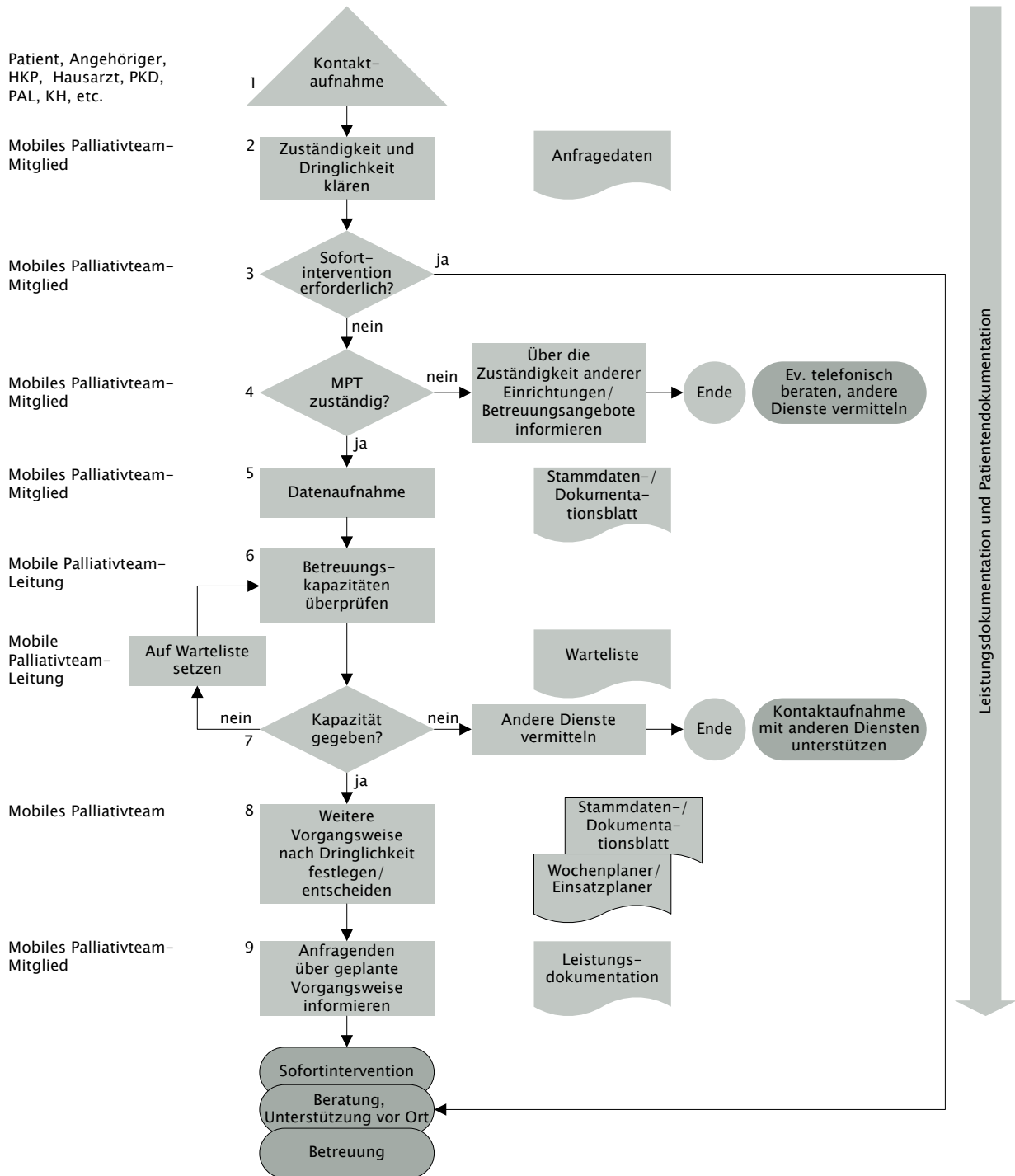
Angebotscharakter	<p>Multiprofessionell zusammengesetztes Team wendet sich in erster Linie an Betreuende zu Hause und im Heim (z. B. ärztliches Personal, Pflegepersonen, Physiotherapeutinnen/-therapeuten, Angehörige). Beratend und anleitend gibt das Team seine Erfahrung in Schmerztherapie, Symptomkontrolle, Palliativpflege und psychosozialer Begleitung weiter. Palliativteam-Beratung können auch Patienten selbst in Anspruch nehmen. In Absprache mit Betreuenden auch gezielte Einbindung in Pflege und Betreuung möglich.</p> <p>Das Mobile Palliativteam (MPT) unterstützt weiters die Übergänge zwischen Krankenhaus und häuslicher Versorgung.</p>
Zielgruppen	<ul style="list-style-type: none"><li>» Professionelle Betreuer/innen und betreuende Dienste vor Ort (zu Hause, im Pflegeheim, im Akutkrankenhaus), d. s. insbes. Hausärztinnen/-ärzte, Pflegepersonen, Behindertenbetreuer/innen, Altenfachbetreuer/innen, mobile Dienste und</li><li>» Palliativpatienten und deren Angehörige.</li></ul>
Versorgungsziel	<p>Bestmögliches Lindern vielfältiger Symptome der Palliativpatienten vor Ort durch Unterstützen professionell Betreuender sowie der Betroffenen, sodass</p> <ul style="list-style-type: none"><li>» Verbleiben der Patienten zu Hause/im Pflegeheim möglich ist,</li><li>» Aufnahme von Patienten in ein Akutkrankenhaus vermieden werden kann,</li><li>» Übergang zwischen stationärer und ambulanter Betreuung erleichtert wird (Brückenfunktion),</li><li>» Entlassung von Patienten aus der Akutabteilung im Krankenhaus möglich wird (bei Übernahme der Aufgaben des Palliativkonsiliardienstes).</li></ul> <p>Spezielle palliativmedizinische und pflegerische Expertise im jeweiligen Umfeld verfügbar machen.</p> <p>Je nach örtlicher und geografischer Gegebenheit kann Mobiles Palliativteam auch als Konsiliarteam im Krankenhaus, in Heimen und in Tageshospizen beratend tätig sein.</p>
Kriterien für Anforderung	<p>Mobiles Palliativteam wird auf Anfrage oder Anforderung tätig</p> <ul style="list-style-type: none"><li>» als Hilfestellung für Betreuer/innen vor Ort in komplexen Betreuungssituationen,</li><li>» in der Betreuung von Patienten und Angehörigen, bei Bedarf an spezieller palliativmedizinischer bzw. -pflegerischer Expertise.</li></ul>

### Musterprozesse



*Aus Platzgründen und für die Lesbarkeit muss in den Musterprozessen auf die gendergerechte Schreibweise verzichtet werden. Ausdrücke wie z. B. „Patient“ und „Arzt“ umfassen daher Frauen und Männer gleichermaßen.*





HKP = Hauskrankenpflege  
 KH = Krankenhaus  
 PAL = Palliativstation  
 PKD = Palliativkonsiliardienst



Schritte	Anmerkungen
<p>1 Kontaktaufnahme durch Patienten, An-/Zugehörige, Betreuer zu Hause, Hausarzt, Krankenhaus, Palliativkonsiliardienst, Palliativstation, Alten- und Pflegeheim etc.</p>	
<p>2 Mitglied des Mobilen Palliativteams überprüft Zuständigkeit und Dringlichkeit.  Kontaktaufnahme für die Leistungserfassung dokumentieren.</p>	<p><b>Anfragedaten:</b> Siehe Liste „Anfragedaten“  Beschreiben der Tätigkeit in der Leistungs- und Patientendokumentation</p>
<p>3 Wenn Sofortintervention erforderlich, Schritte 3–9 überspringen und Sofortintervention starten. Sofortinterventionen grundsätzlich in Kooperation mit den Primärbetreuern (Hausarzt, Pflegefachkraft etc.).</p>	<p><b>Entscheidungskriterium – Sofortintervention:</b> » Dringlichkeit = Akutsituation ja/nein (entsprechende Entscheidungskriterien sind im Team vor Ort festzulegen)</p>
<p>4 Ist Mobiles Palliativteam nicht zuständig, Anfragenden über Zuständigkeit anderer Einrichtungen/Betreuer informieren bzw. ggf. telefonisch beraten. Prozess endet.</p>	<p><b>Entscheidungskriterien – Zuständigkeit:</b> » Palliativpatient » Einsatzort im Einzugsgebiet » Unterstützungsbedarf in palliativer Betreuung bei Primärbetreuern ist gegeben  Nebenprozess: evtl. telefonische Beratung, Vermittlung anderer Dienste</p>
<p>5 Ist Mobiles Palliativteam zuständig, Datenaufnahme im Stammdaten-/Dokumentationsblatt durch Mitglied des Mobilen Palliativteams.</p>	<p><b>Stammdaten-/Dokumentationsblatt:</b> » Patientenstammdaten » bisheriger Krankheitsverlauf » aktuelle Situation » zuständiger Hausarzt » bereits in die Behandlung/Betreuung involvierte andere Einrichtungen</p>
<p>6 Leitung des Mobilen Palliativteams prüft Betreuungskapazitäten oder delegiert diese Aufgabe an kompetentes Teammitglied.</p>	<p><b>Entscheidungskriterium – Kapazität:</b> » personelle Ressourcen des Mobilen Palliativteams</p>
<p>7 Wenn keine Betreuungskapazitäten: – entweder Vermittlung an andere Dienste, Prozess endet – oder Bilden eines Betreuungsnetzwerkes und Anfordernden auf Warteliste setzen.  Wenn Betreuungskapazitäten vorhanden, weiter mit Schritt 8.</p>	<p>Nebenprozess: Hilfestellung zur Kontaktaufnahme mit anderen Diensten  <b>Warteliste</b></p>
<p>8 Team entscheidet gemeinsam entsprechend Dringlichkeit über Vorgangsweise.  Vorgangsweise im Stammdaten-/Dokumentationsblatt und Einsatzplan festhalten.</p>	<p><b>Ergänzung im Stammdaten-/Dokumentationsblatt:</b> Dringlichkeit, Komplexität, Erwartungen an das Mobile Palliativteam, ...  <b>Einsatzplan:</b> Teammitglied nennen, Einsatzzeit, Einsatzort, Leistung, ...</p>

**Schritte****Anmerkungen**

---

- 9 Mitglied des Mobilen Palliativteams informiert Anfragenden über geplante Vorgangsweise (Sofortintervention, telefonische Beratung, Unterstützung vor Ort, Betreuung).
- 

**Mögliche Qualitätskriterien und -indikatoren zur Prozessevaluierung**

Kriterium: Zeitspanne zwischen Kontaktaufnahme und Klärung der Zuständigkeit (Schritt 4)

Indikator: Klärungen am Tag der Anfrage DIVIDIERT DURCH alle Anfragen

---

**Informationen, die je nach Einrichtung/Angebot abzufragen und zu dokumentieren sind:**

**Datum** der Anfrage

**Art der Kontaktaufnahme**

persönlich – telefonisch – schriftlich  
mit welchem Teammitglied der Einrichtung

**Anmeldung/Anfrage durch ...**

Krankenhaus – Hausarzt – Facharzt – Notarzt – andere Organisation (z. B. Pflegeheim, mobile Dienste, ...)  
Patienten – Angehörige – Betreuungsperson – Sachwalter  
Telefonnummer der anfragenden Person/Institution

**Patientenstammdaten**

Name  
Geburtsdatum, Alter, Sozialversicherungs-Träger, SV-Nr.  
Geschlecht, Nationalität, Sprache, Familienstand  
aktueller Aufenthaltsort  
Wohnadresse  
Telefonnummern (ev. E-Mail-Adresse)  
Ist Patient über die Kontaktaufnahme bzw. Anfrage informiert?  
Wurde Patient über die Leistung des Angebotes informiert?

**Erkrankung, körperlicher Allgemeinzustand, momentane Probleme**

Grunderkrankung  
sonstige Erkrankungen  
bisheriger Krankheitsverlauf  
letzte Therapien (z. B. Chemotherapie, Bestrahlung, Opioide, Steroide usw.)  
Therapie-/Behandlungsstrategie  
Aufklärungsstand des Patienten über Diagnose und Prognose

**Aktuelle Situation**

z. B. Schmerzen u. a. körperliche Symptome, Funktionsstatus (z. B. ECOG), Pflegebedürftigkeit, psychosoziales Umfeld, ...

**Anfragegrund**

**Dringlichkeit**

ggf. geplante Entlassung aus dem stationären Bereich, geplante Betreuungsdauer

**Betreuung**

Hausarzt  
behandelnder Arzt, Abteilung, Ambulanz  
mobile Dienste  
Betreuung zu Hause

**Kontaktperson**

Name, Telefonnummer u. Verhältnis zum Patienten

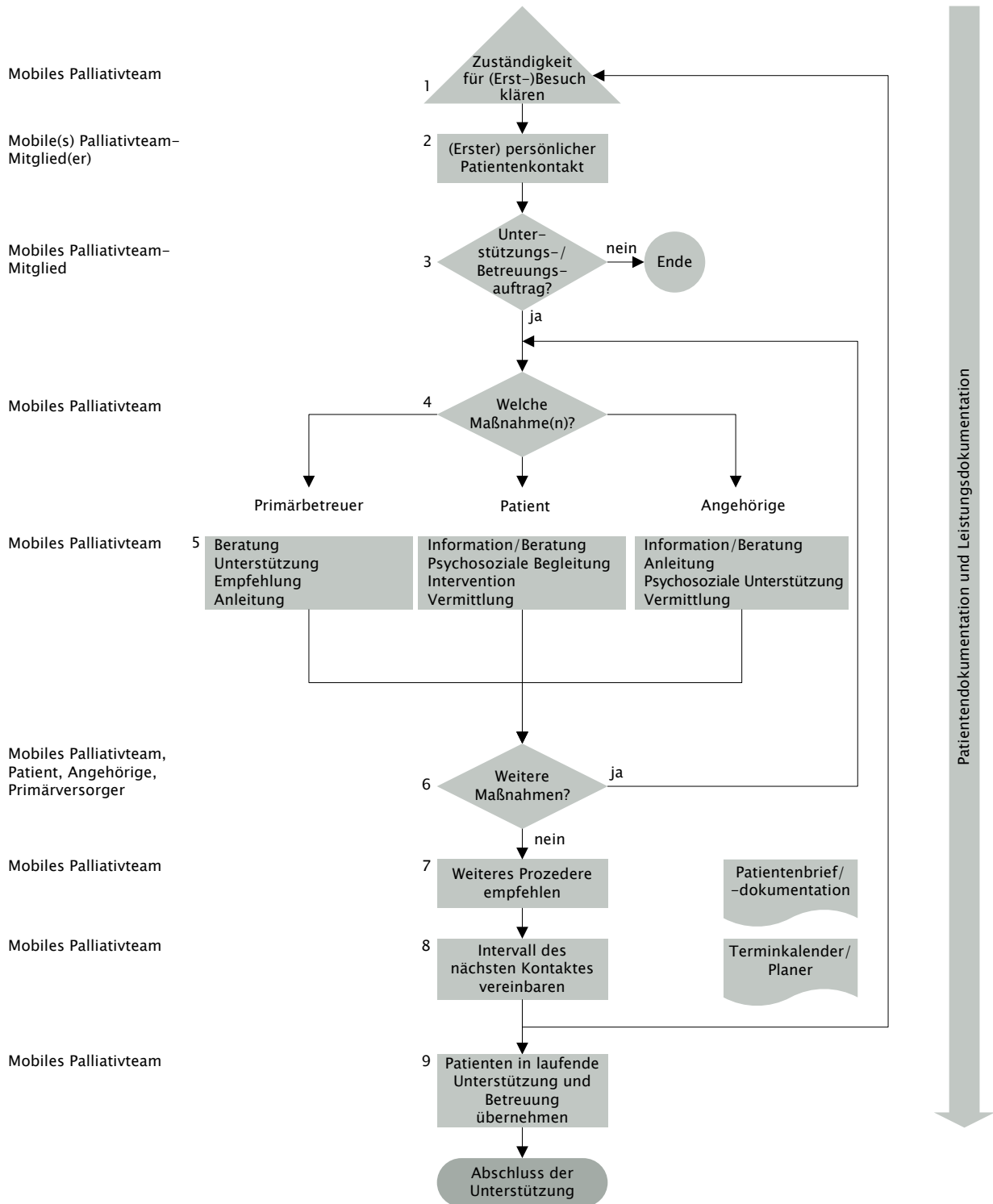
**Erwartungen** der Betroffenen (Patienten, An-/Zugehörige, Zuweiser) an die Einrichtung

**Weitere Vorgangsweise**

Erstgespräch am ... (Datum und Teilnehmer)  
Aufnahme am ... (Datum)  
bei Absage: Grund der Absage  
Sonstiges









Schritte	Anmerkungen
<p>1 Prozessbeginn: Klären, wer vom Team Erstbesuch durchführt (wenn möglich Arzt und Pflegefachkraft gemeinsam).</p> <p>Befindet sich Patient bereits in laufender Betreuung durch Mobiles Palliativteam, vor jedem Patientenkontakt klären, wer vom Team Patienten aufsucht.</p>	<p><b>Kriterien:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» professionelle Kompetenz</li> <li>» Verfügbarkeit/Ressourcen</li> </ul>
<p>2 Mitglied(er) des Mobilen Palliativteams stellen Arbeitsweise dem Patienten und ggf. den involvierten An-/Zugehörigen vor. Palliativmedizinische, palliativpflegerische und psychosoziale Aufgabenstellungen bei Patient und An-/Zugehörigen erheben.</p>	<p><b>Gespräch mit Patient u./o. An-/Zugehörigen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Aufgaben und Tätigkeiten des Mobilen Palliativteams vorstellen</li> <li>» Wünsche und Bedürfnisse des Patienten u. ggf. von An-/Zugehörigen</li> <li>» mutmaßlicher Patientenwille (Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht)</li> <li>» palliative Anamnese und Untersuchung (medizinisch, pflegerisch, psychosozial, spirituell)</li> <li>» biografische Details</li> <li>» ggf. Einsichtnahme in Patientendokumentation</li> </ul>
<p>3 Im Zuge des Gesprächs mit Patienten u./o. An-/Zugehörigen Unterstützungs- und Betreuungsauftrag klären.</p> <p>Sind Wünsche und Bedürfnisse von Patienten und ggf. An-/Zugehörigen nicht mit Tätigkeit des Mobilen Palliativteams vereinbar, keine Unterstützung durch Mobiles Palliativteam, Prozess endet.</p> <p>Kommt auf Basis der Wünsche und Bedürfnisse der Betroffenen Unterstützungs- und Betreuungsauftrag mit Mobilem Palliativteam zustande, weiter zu Schritt 4.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Wünsche und Bedürfnisse des Patienten u. ggf. von Angehörigen</li> <li>» Kriterien für Unterstützung und Betreuung</li> </ul>
<p>4 Mitglieder des Mobilen Palliativteams entscheiden gemeinsam mit Patienten und ggf. An-/Zugehörigen sowie Primärbetreuern, welche Maßnahmen angezeigt sind.</p>	<p><b>Kriterien:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» für Patienten vorrangige Anliegen (Symptomkontrolle, psychosoziale und spirituelle Bedürfnisse, Versorgung im Alltag)</li> </ul>

## Schritte

## Anmerkungen

Mögliche Maßnahmen:

1. Für Primärbetreuer (Hausarzt, mobile Dienste):

- a) Beratung
- b) Unterstützung
- c) Empfehlung
- d) Anleitung

2. Für Patient:

- a) Information und Beratung
- b) Psychosoziale Begleitung
- c) Intervention
- d) Vermittlung: ehrenamtliche Begleitung (Hospizteam) oder stationäre Aufnahme (nach Möglichkeit in eine Hospiz-/Palliativeinrichtung)

3. Für An-/Zugehörige:

- a) Information und Beratung
- b) Anleitung
- c) Psychosoziale Begleitung
- d) Vermittlung

Eintrag durchgeführter Maßnahmen in Patientendokumentation

**Beratung:** in palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Belangen

**Unterstützung:** in palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Belangen sowie organisatorisch, wie z. B.: Organisation und Betreuung von „Schmerzpumpen“, Port-Nadeln, Pflegegeldantrag, Patientenverfügung etc.

**Empfehlung** konkreter Maßnahmen

**Anleitung:** in medizinischen und pflegerischen Tätigkeiten, wie z. B.: Symptomtherapie, Mundpflege, palliative Wundversorgung, Umgang mit Schmerzpumpe etc.

**Information/Beratung/Unterstützung:**

- » über Behandlungs- und Betreuungsmöglichkeiten (mobile Dienste, Hospiz- und Palliativeinrichtungen, Pflegeheim, Krankenhaus etc.),
- » über Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht,
- » über sozialrechtliche Belange (Pflegegeldantrag, Rezeptgebührenbefreiung, Behinderntenpass, Familienhospizkarenz, Familienhilfe,...) etc.

**Psychosoziale Begleitung:**

- » psychosoziales Gespräch (z. B. über den weiteren Krankheitsverlauf, ethische Fragestellungen etc.),
- » Stärken der Autonomie (Empowerment),
- » Trauerprozess begleiten

**Intervention:**

- » medizinisch, pflegerisch, sozialarbeiterisch durch Mitglieder Mobiles Palliativteam
- » (psycho)therapeutische und spirituelle Angebote vermitteln

**Vermittlung ehrenamtlicher Begleitung oder stationärer Aufnahme:** nach Abklären, dass Begleitung durch Hospizteam-Mitarbeiter gewünscht, wird entsprechender Kontakt hergestellt; nach Möglichkeit in Entscheidung über stationäre Aufnahme den Hausarzt einbeziehen.

**Information und Beratung:**

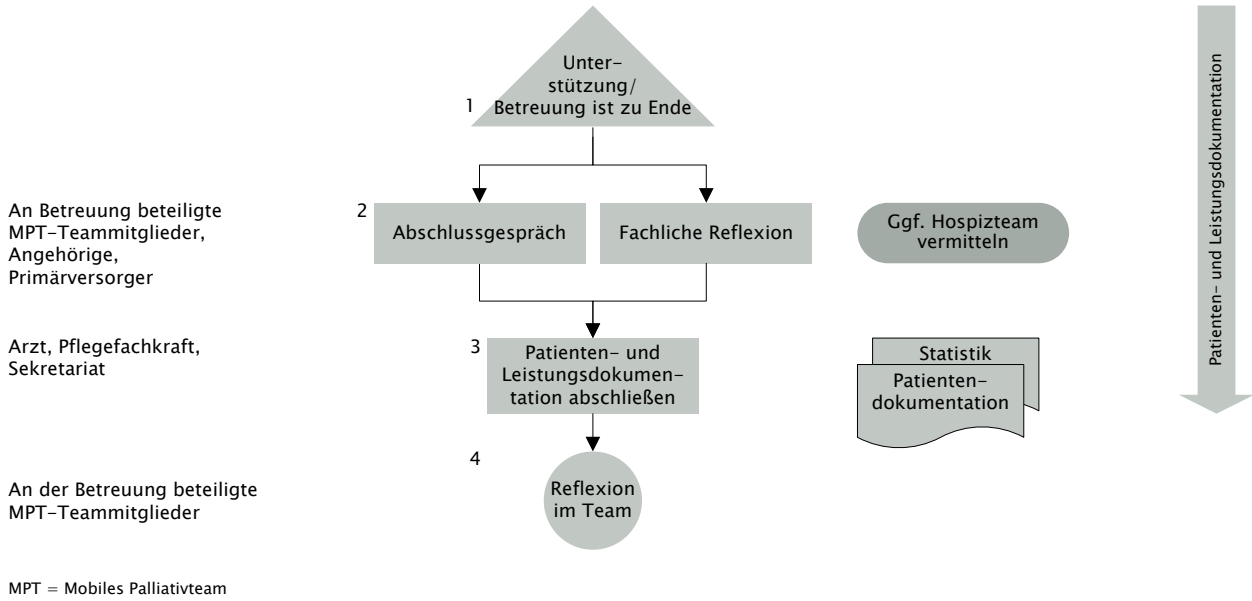
- » über Behandlungs- und Betreuungsmöglichkeiten (mobile Dienste, Hospiz- und Palliativeinrichtungen, Pflegeheim, Krankenhaus etc.)
- » bezüglich weiterer Vorgehensweise in speziellen Situationen (z. B. bei Verwirrtheit, in Akutsituationen, bei veränderter Atmung, nach Eintreten des Todes etc.)
- » Beratung in sozialrechtlichen Belangen

Schritte	Anmerkungen
	<p><b>Anleitung:</b> in medizinischen und pflegerischen Belangen (z. B. Handhabung Schmerzpumpe, Medikamentenplan, Wundversorgung, Lagerung, Mundpflege etc.)</p> <p><b>Psychosoziale Begleitung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» psychosoziales Gespräch (z. B. Mut machen und stärken, Wertschätzung entgegenbringen, Sicherheit geben, Ängste ansprechen etc.)</li> <li>» Trauerbegleitung</li> </ul> <p><b>Vermittlung eines Hospizteams bzw. anderer unterstützender Angebote:</b> nach Abklären, dass Begleitung durch Hospizteam-Mitarbeiter gewünscht, wird entsprechender Kontakt hergestellt.</p>
<p>6 Mitglieder des Mobilen Palliativteams entscheiden gemeinsam mit Patienten und ggf. Angehörigen sowie involvierten Primärbetreuern, ob weitere Maßnahmen nötig.</p> <p>Wenn weitere Maßnahmen des Mobilen Palliativteams erforderlich, zurück zu Schritt 4.</p> <p>Wenn keine weiteren Maßnahmen erforderlich, weiter zu Schritt 7.</p>	
<p>7 Mitglieder des Mobilen Palliativteams formulieren weiteres Prozedere schriftlich und informieren Patienten und Primärbetreuer.</p>	<p><b>Mitteilung an Patienten u. Primärbetreuer:</b> Empfehlungen z. B. zu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Änderung der Medikation</li> <li>» Diagnostik</li> <li>» pflegerischen Maßnahmen</li> <li>» Betreuungs- und Pflegeangeboten</li> </ul> <p>zentrale Anliegen des Patienten dokumentieren.</p>
<p>8 Mitglieder des Mobilen Palliativteams vereinbaren gemeinsam mit Patienten und ggf. An-/Zugehörigen, wann und in welcher Form (telefonisch, Besuch) nächster Kontakt stattfindet. Im Team klären, wer Kontakt durchführt (Schritt 1).</p>	<p><b>Terminkalender, Planer:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Datum und Art nächster Termin</li> </ul>
<p>9 Mobiles Palliativteam übernimmt Patient in laufende Unterstützung und Betreuung.</p>	<p>Vermerk in Patienten- und Leistungsdokumentation.</p>

### Mögliche Qualitätskriterien und -indikatoren zur Prozessevaluierung

Kriterium:	Dauer des ersten Hausbesuchs mind. 45 Minuten vor Ort
	<u>Indikator:</u> Anzahl an ersten Hausbesuchen mit einer Dauer von mind. 45 Minuten vor Ort DIVIDIERT DURCH alle Hausbesuche









Schritte	Anmerkungen
1 Betreuung/Unterstützung endet mit Tod des Patienten oder wenn Kriterien für Unterstützung und Betreuung nicht mehr erfüllt sind.	<b>Kriterien für Abschluss der Unterstützung:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Kriterien gemäß abgestufter Hospiz- und Palliativversorgung</li> <li>» Wünsche und Bedürfnisse des Patienten und ggf. der An-/Zugehörigen</li> </ul>
2 An-/Zugehörigen abschließendes Gespräch nach Betreuungsende anbieten. Kann sofort oder zu späterem Zeitpunkt in Anspruch genommen werden. Ev. Hospizteam zur Trauerbegleitung vermitteln.  Mit Primärbetreuern (mobile Pflege, Hausarzt) bei Bedarf Reflexion durchführen.	<b>Abschlussgespräch mit den Angehörigen:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Trauerberatung</li> <li>» Feedback zur Arbeit des Mobiles Palliativteams</li> <li>» bei erschwerter Trauer ggf. Vermitteln von Psychotherapeuten und/oder Psychiatern</li> <li>» Information über Trauerbegleitungsangebote</li> </ul> <b>Reflexion mit Primärbetreuern:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Verlauf der Betreuung</li> <li>» Zusammenarbeit</li> <li>» offene Fragen</li> </ul>
3 Arzt, Pflegeperson und Sekretariat schließen Dokumentation der Unterstützung und Betreuung inklusive Leistungsdokumentation ab.	<b>Patienten- und Leistungsdokumentation, z. B.:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>» durchgeführte Maßnahmen</li> <li>» Betreuungsverlauf</li> <li>» Anforderungsgrund</li> <li>» Sterbedaten</li> <li>» Nachbetreuungszeit</li> </ul>
4 Teammitglied informiert andere Teammitglieder über Abschluss der Betreuung. Bei Bedarf Abschlussgespräch im Team.	<b>Abschlussgespräch im Team:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>» fachliche und persönliche Reflexion der Unterstützung und Betreuung</li> </ul>

#### Mögliche Qualitätskriterien und -indikatoren zur Prozessevaluierung

Kriterium: Abschlussgespräche

Indikator: Anzahl an durchgeführten Abschlussgesprächen DIVIDIERT DURCH Anzahl an betreuten Patienten



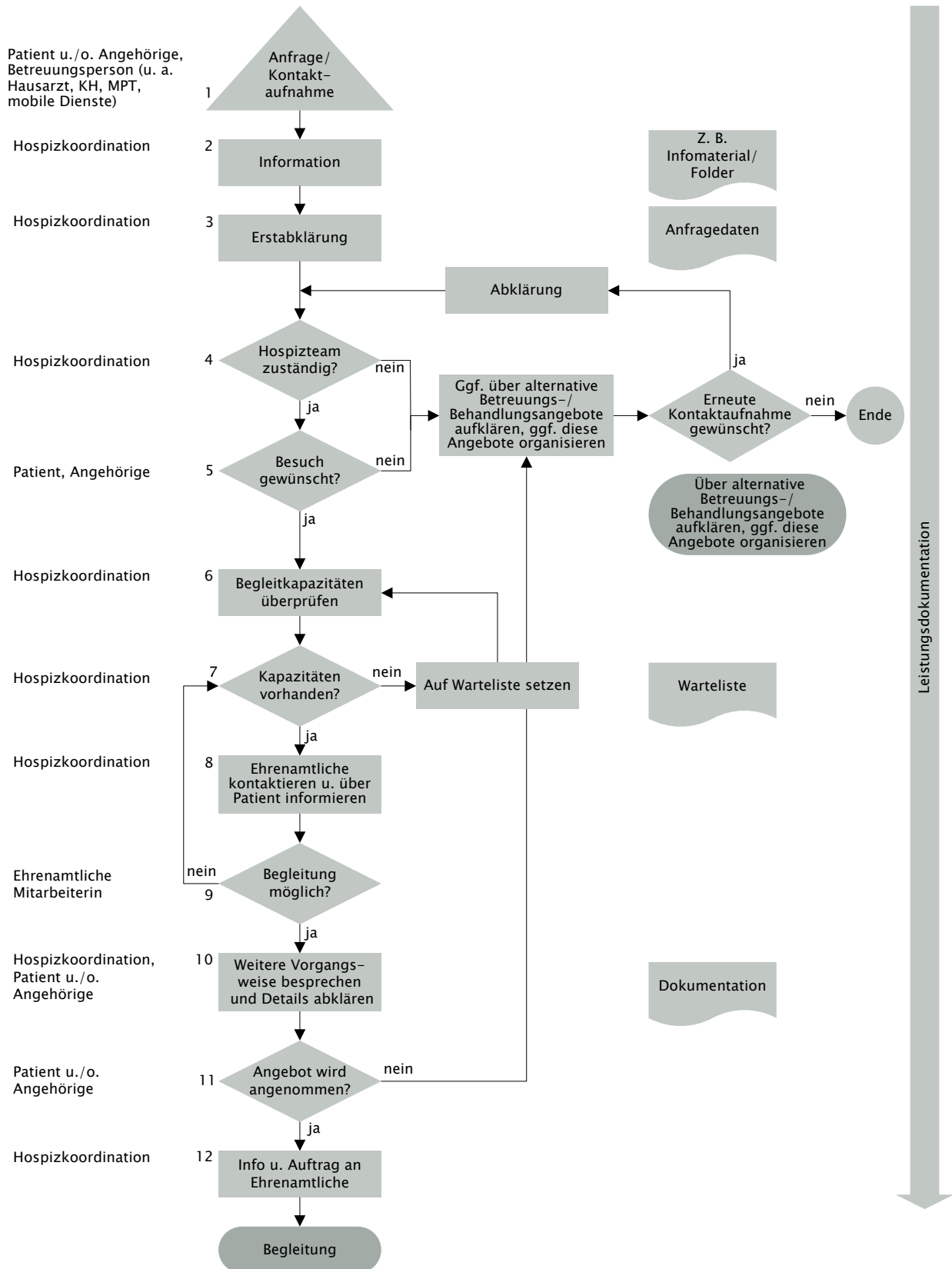
Angebots- charakter	<p>Qualifizierte ehrenamtliche Hospizbegleiter und mindestens eine hauptamtliche koordinierende Fachkraft bieten Palliativpatienten und Angehörigen mitmenschliche Begleitung und Beratung in der Zeit der Krankheit, des Schmerzes, des Abschieds und der Trauer. Hospizteam ist Teil eines umfassenden Betreuungsnetzwerkes und arbeitet eng mit anderen Fachdiensten in palliativer Versorgung zusammen.</p> <p>Das Hospizteam (HOST) trägt in allen Versorgungskontexten – Zuhause, Heim, Krankenhaus – dazu bei, die Versorgungsübergänge reibungsfrei zu gestalten und die Kontinuität in der Betreuung zu sichern.</p>
Zielgruppen	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Palliativpatienten jeder Altersgruppe,</li> <li>» An-/Zugehörige,</li> <li>» Trauernde.</li> </ul>
Versorgungs- ziel	<p>Hospizteam leistet wesentlichen Beitrag zur psychosozialen und emotionalen Entlastung von Patientinnen/Patienten, Angehörigen und betreuenden Berufsgruppen und trägt zur Erhaltung und Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen bei. Angebot für Angehörige auch in der Zeit der Trauer.</p>
Zugangs- kriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Wunsch nach Begleitung seitens der Betroffenen,</li> <li>» Anfrage/Anforderung bei koordinierender Fachkraft.</li> </ul> <p>Hospizeinsatz kann von vornherein auf bestimmte Zeit begrenzt bzw. bei Verbesserung der Ausgangslage wieder ausgesetzt werden.</p>

## Musterprozesse



*Aus Platzgründen und für die Lesbarkeit muss in den Musterprozessen auf die gendergerechte Schreibweise verzichtet werden. Ausdrücke wie z. B. „Patient“ und „Arzt“ umfassen daher Frauen und Männer gleichermaßen.*





KH = Krankenhaus  
MPT = Mobiles Palliativteam



Schritte	Anmerkungen
<p>1 Anfrage/Kontaktaufnahme persönlich oder telefonisch durch Patient, An-/Zugehörige, Betreuungsperson (Hausarzt, mobile Dienste, Krankenhaus, Mobiles Palliativteam etc.).</p>	
<p>2 Hospizkoordination informiert Anfragenden über Grundsätze und Leistungsangebot des Hospizteams und bietet Informationsmaterialien an.</p>	<p><b>Z. B. Informationsmaterial, Folder:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Name des Hospizteams</li> <li>» Adresse</li> <li>» Erreichbarkeiten</li> <li>» angebotene Leistungen</li> </ul>
<p>3 Hospizkoordination nimmt Erstabklärung vor und dokumentiert dabei erhobene Informationen.</p>	<p><b>Anfragedaten:</b> siehe Liste „Anfragedaten“</p>
<p>4 Hospizkoordination überprüft, ob Zuständigkeit des Hospizteams gegeben.</p> <p>Ist Hospizteam nicht zuständig, dann</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Information zu alternativen Betreuungs-/ Behandlungsangeboten. Fallweise alternative Angebote organisieren.</li> <li>- aktive Kontaktaufnahme des Hospizteams mit Patienten u./o. Angehörigen zu einem späteren Zeitpunkt anbieten. Dann erneutes Abklären aktueller Situation, Zuständigkeit des Hospizteams erneut prüfen. Keine neuerliche Kontaktaufnahme gewünscht, Prozess endet.</li> </ul> <p>Ist Hospizteam zuständig, weiter zu Schritt 5.</p>	<p><b>Entscheidungskriterien für die Begleitung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Palliativpatient</li> <li>» An-/Zugehörige von Palliativpatienten</li> <li>» Trauernde</li> </ul>
<p>5 Hospizkoordination klärt mit Patienten u./o. An-/Zugehörigen, ob Besuch Ehrenamtlicher gewünscht.</p> <p>Wünschen Patient u./o. An-/Zugehörige keinen Besuch durch Hospizteam, dann</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Information zu alternativen Betreuungs-/Behandlungsangeboten. Fallweise alternative Angebote organisieren.</li> <li>- aktive Kontaktaufnahme des Hospizteams mit Patienten u./o. Angehörigen zu einem späteren Zeitpunkt anbieten. Dann erneutes Abklären aktueller Situation, Zuständigkeit des Hospizteams erneut prüfen. Keine neuerliche Kontaktaufnahme gewünscht, Prozess endet.</li> </ul> <p>Ist Besuch gewünscht, weiter zu Schritt 6.</p>	
<p>6 Hospizkoordination überprüft aktuelle Begleitkapazitäten.</p>	<p><b>Informationsbedarf:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» personelle und zeitliche Ressourcen</li> </ul>
<p>7 Sind aktuell keine Begleitkapazitäten frei, werden Patient u./o. An-/Zugehörige auf Warteliste in Evidenz gehalten.</p> <p>Sind Begleitkapazitäten vorhanden, weiter zu Schritt 8.</p>	<p><b>Dokumentation:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Notiz</li> </ul>

Schritte	Anmerkungen
<p>8 Hospizkoordination nimmt Kontakt mit in Frage kommender Ehrenamtlichen auf und gibt Grundinformationen über Patienten u./o. An-/Zugehörige weiter.</p>	<p>» Grundinformationen über Patienten u./o. An-/Zugehörige:  » gewünschte Besuchsfrequenz  » Wünsche an Begleitung</p>
<p>9 Kontaktierte Ehrenamtliche entscheidet, ob Übernahme dieser Begleitung möglich.</p> <p>Ist Begleitung nicht möglich, stellt sich erneut die Frage, ob Begleitkapazitäten vorhanden sind (siehe Schritt 7).</p> <p>Ist Begleitung möglich, weiter zu Schritt 10.</p>	
<p>10 Hospizkoordination kontaktiert Patienten u./o. An-/Zugehörige, bespricht weitere Vorgangsweise und klärt Details.</p>	<p><b>Vervollständigen der Anfragedaten:</b>  » Hospizteam: ausgewählte ehrenamtliche Mitarbeiterin, Ressourcen</p>
<p>11 Patient u./o. An-/Zugehörige entscheiden, ob Hospizteam-Angebot angenommen wird.</p> <p>Nehmen Patient u./o. An-/Zugehörige das Angebot nicht an,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Information zu alternativen Betreuungs-/Behandlungsangeboten. Fallweise alternative Angebote organisieren.</li> <li>- aktive Kontaktaufnahme des Hospizteams mit Patienten u./o. Angehörigen zu einem späteren Zeitpunkt anbieten. Dann erneutes Abklären aktueller Situation, Zuständigkeit des Hospizteams erneut prüfen. Keine neuerliche Kontaktaufnahme gewünscht, Prozess endet.</li> </ul> <p>Nehmen Patient u./o. An-/Zugehörige das Angebot an, weiter zu Schritt 12.</p>	<p>Entscheidung wird dokumentiert.</p>
<p>12 Hospizkoordination informiert Ehrenamtliche über Zusage von Patienten u./o. An-/Zugehörigen und beauftragt Begleitung.</p>	

---

### Mögliche Qualitätskriterien und -indikatoren zur Prozessevaluierung

Kriterium: Koordination findet adäquate Begleitung für Patienten

Indikator: Anzahl an Begleitungen DIVIDIERT DURCH Anzahl an Anfragen

---



**Informationen, die je nach Einrichtung/Angebot abzufragen und zu dokumentieren sind:**

**Datum** der Anfrage

**Art der Kontaktaufnahme**

persönlich – telefonisch – schriftlich  
mit welchem Teammitglied der Einrichtung

**Anmeldung/Anfrage durch ...**

Krankenhaus – Hausarzt – Facharzt – Notarzt – andere Organisation (z. B. Pflegeheim, mobile Dienste, ...)  
Patienten – Angehörige – Betreuungsperson – Sachwalter  
Telefonnummer der anfragenden Person/Institution

**Patientenstammdaten**

Name  
Geburtsdatum, Alter, Sozialversicherungs-Träger, SV-Nr.  
Geschlecht, Nationalität, Sprache, Familienstand  
aktueller Aufenthaltsort  
Wohnadresse  
Telefonnummern (ev. E-Mail-Adresse)  
Ist Patient über die Kontaktaufnahme bzw. Anfrage informiert?  
Wurde Patient über die Leistung der Einrichtung informiert?

**Erkrankung, körperlicher Allgemeinzustand, momentane Probleme**

Grunderkrankung  
sonstige Erkrankungen  
bisheriger Krankheitsverlauf  
letzte Therapien (z. B. Chemotherapie, Bestrahlung, Opioide, Steroide usw.)  
Therapie-/Behandlungsstrategie  
Aufklärungsstand des Patienten über Diagnose und Prognose

**Aktuelle Situation**

z. B. Schmerzen u. a. körperliche Symptome, Funktionsstatus (z. B. ECOG), Pflegebedürftigkeit, psychosoziales Umfeld, ...

**Anfragegrund**

**Dringlichkeit**

ggf. geplante Entlassung aus dem stationären Bereich, geplante Betreuungsdauer

**Betreuung**

Hausarzt  
behandelnder Arzt, Abteilung, Ambulanz  
mobile Dienste  
Betreuung zu Hause

**Kontaktperson**

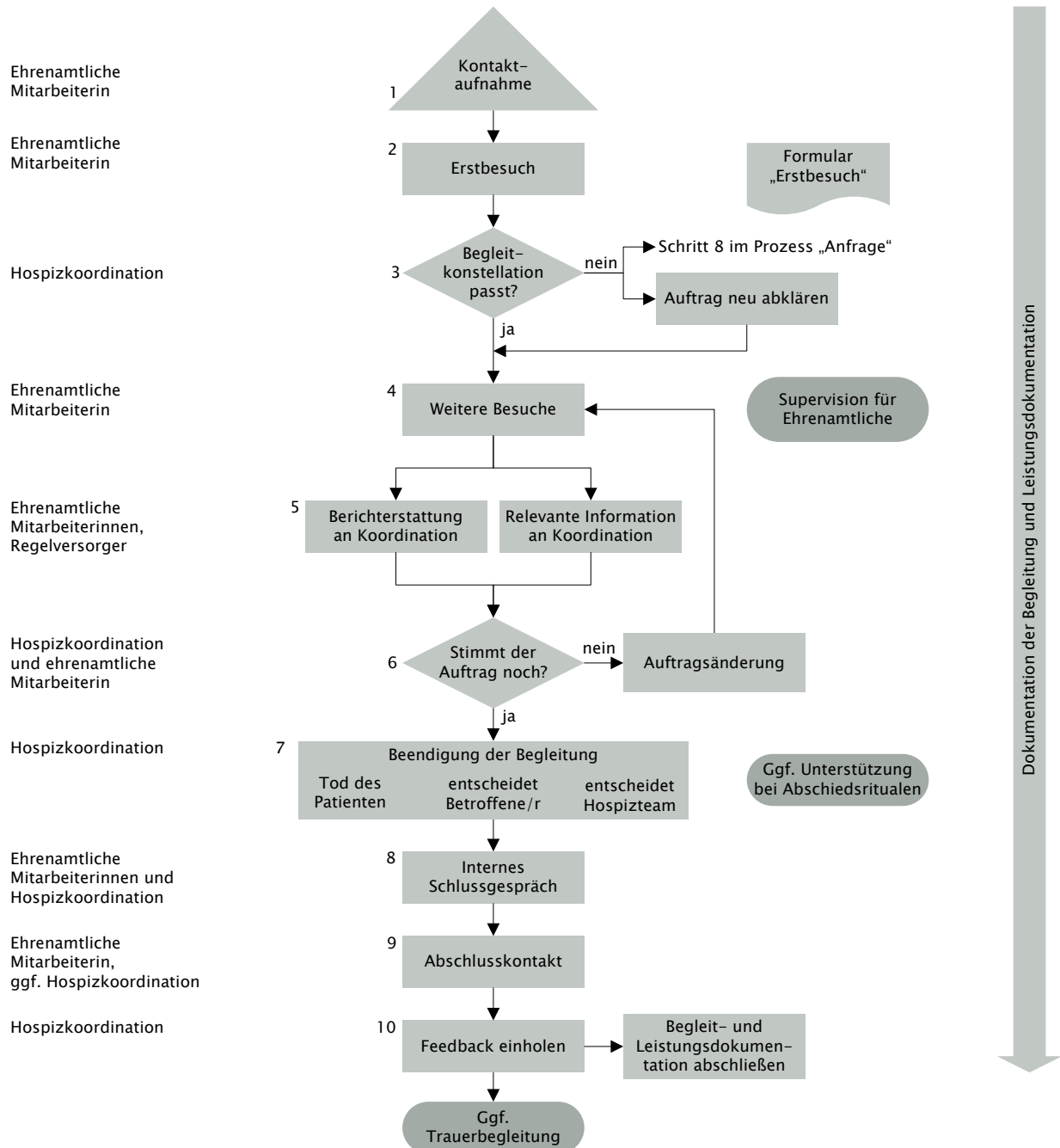
Name, Telefonnummer u. Verhältnis zum Patienten

**Erwartungen** der Betroffenen (Patienten, An-/Zugehörige, Zuweiser) an die Einrichtung

**Weitere Vorgangsweise**

Erstgespräch am ... (Datum und Teilnehmer)  
Aufnahme am ... (Datum)  
bei Absage: Grund der Absage  
Sonstiges







Schritte	Anmerkungen
<p>1 Kontaktaufnahme der ehrenamtlichen Mitarbeiterin mit Patienten oder An-/Zugehörigen. Erstbesuchs-Termin vereinbaren.</p>	<p><b>Termin für Erstbesuch:</b> » Datum, Uhrzeit, Ort</p>
<p>2 Erstbesuch bei Patienten und/oder An-/Zugehörigen durch Ehrenamtliche (ggf. mit Koordination).</p> <p>Findet Besuch in Institution statt (Krankenhaus, Pflegeheim), meldet sich Ehrenamtliche in Station an.</p> <p>Erstbesuch dient gegenseitigem Kennenlernen. Folgende Punkte besprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Begleitsituation (z. B. zeitliche Begrenzung der Begleitung)</li> <li>- Besuchsplan bei Bedarf <u>oder</u> Vereinbaren des nächsten Besuchstermins.</li> </ul> <p>Begleitungs-Auftrag wird präzisiert (zeitlich, örtlich, inhaltlich); nächster Termin vereinbart.</p>	<p><b>Inhalte Erstbesuch:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Vorstellen der Hospizteam-Tätigkeit</li> <li>» Wünsche und Bedürfnisse von Patienten u. Angehörigem/n, die zur Lebensqualität beitragen könnten wie z. B. Gespräch, Entlastung der Angehörigen, Beistand bei Fragen zu Tod, Sterben, Trauer, Spiritualität</li> <li>» Umfang der gewünschten Begleitung (Häufigkeit, Stundenausmaß)</li> </ul> <p><b>Terminvereinbarung:</b> » Datum, Uhrzeit (von – bis), Ort nächster Termin / nächste Termine</p>
<p>3 Koordination vergewissert sich durch Rücksprachen, dass Begleitkonstellation harmoniert (Erwartungen erfüllt, Beziehung zwischen Patienten, An-/Zugehörigen und Ehrenamtlicher, ...).</p> <p>Passt Begleitkonstellation nicht, wählt Koordination andere Ehrenamtliche aus (zurück zu Schritt 8 im Prozess Anfrage) oder klärt Auftrag neu.</p>	<p><b>Rücksprache Koordination mit Patienten und Angehörigen</b></p> <p><b>Rücksprache Koordination mit Ehrenamtlicher</b></p>
<p>4 Ehrenamtliche leistet benötigte gewünschte Dienste für Patient u./o. An-/Zugehörige. Insbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gespräche</li> <li>- Zeit schenken</li> <li>- gemeinsame Aktivitäten (z. B. vorlesen, spazieren gehen)</li> <li>- einfaches „Dasein“ (aufmerksame Präsenz bei Patient z. B. in Form von Sitzwachen).</li> </ul> <p>Bei jedem Zusammentreffen nächsten Besuch vereinbaren (Zeitpunkt und Dauer, Tätigkeit).</p> <p>Ehrenamtliche werden während Begleitung vom Hospizteam unterstützt (Inter-, Supervision).</p>	<p><b>Vereinbarungen innerhalb der Begleitung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Datum, Uhrzeit und Dauer des nächsten Besuchs</li> <li>» Aktivität(en) während nächsten Besuchs</li> </ul> <p><b>Begleitende Unterstützung für Ehrenamtliche:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Gespräche mit Koordination</li> <li>» Teambesprechungen</li> <li>» ev. Rituale</li> <li>» Supervision</li> </ul>
<p>5 Ehrenamtliche berichtet regelmäßig bzw. bei Vorkommnissen innerhalb der Begleitung der Koordination bzw. wenn vereinbart, direkt anderen involvierten betreuenden und behandelnden Personen bzw. Einrichtungen.</p> <p>Koordination erhält Informationen von betreuenden und behandelnden Personen bzw. Einrichtungen und gibt sie an Ehrenamtliche weiter.</p>	<p><b>Relevante Informationen an die Hospizkoordination:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Änderung des Bedarfs in Bezug auf Begleitung</li> <li>» Symptomveränderungen</li> <li>» dramatische Ereignisse</li> <li>» familiäre Belastungssituationen</li> </ul>

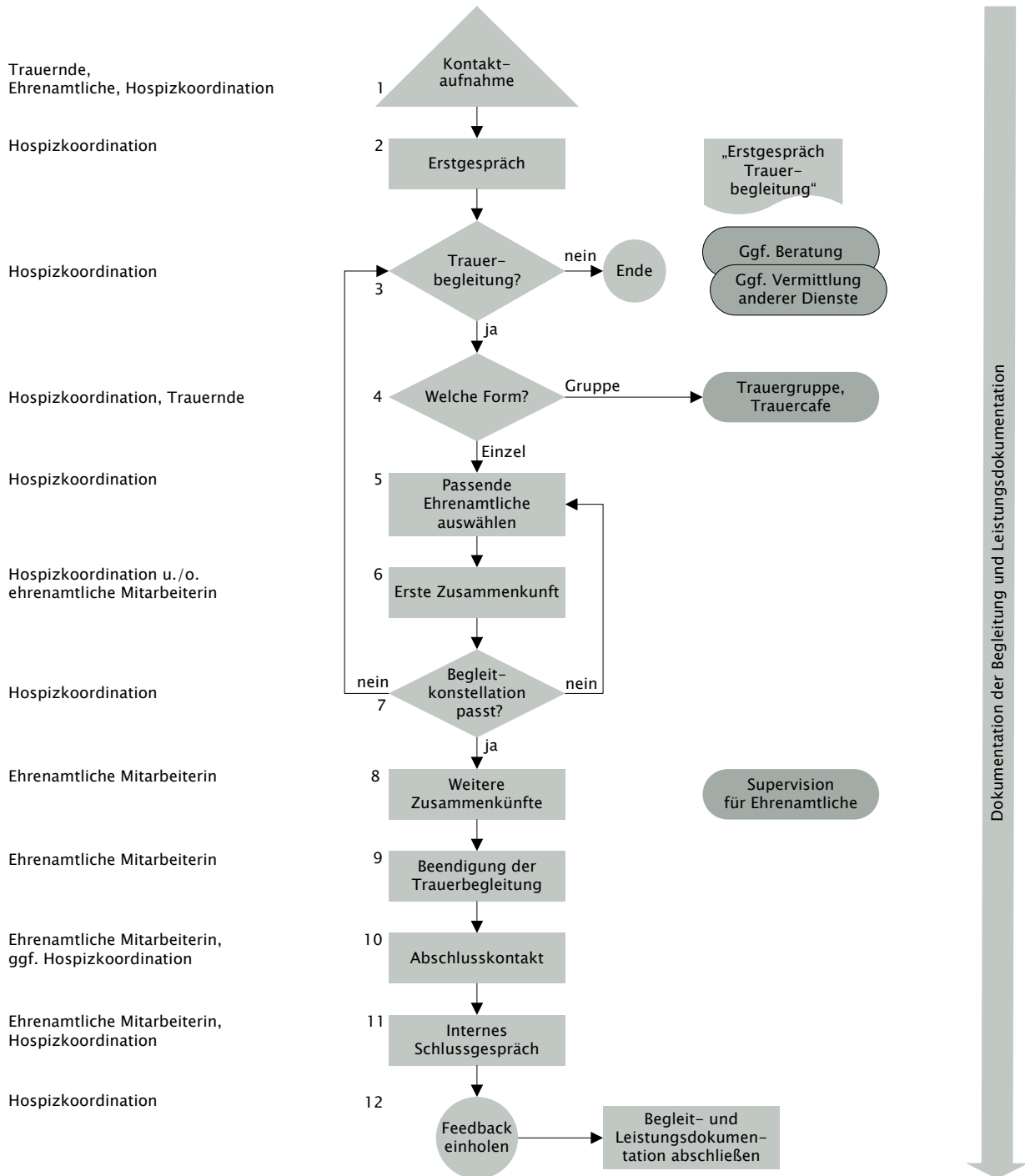
Schritte	Anmerkungen
<p>6 Begleitungsauftrag auf Basis der Informationen (aus Schritt 5) auf Aktualität überprüfen. Wenn notwendig modifiziert Hospizkoordination mit Patienten und/oder An-/Zugehörigen den Begleitauftrag für Ehrenamtliche (zurück zu Schritt 12 im Prozess Anfrage).</p>	
<p>7 Hospizbegleitung endet im Todesfall; Begleitung kann jederzeit von beiden Seiten beendet werden, wenn Bedingungen verändert.</p> <p>Im Todesfall ggf. Unterstützung bei Abschiedsritualen anbieten.</p> <p>Abschlusskontakt-Termin vereinbaren.</p>	<p><b>Termin für Abschlusskontakt:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Datum, Uhrzeit, Ort</li> </ul>
<p>8 Ehrenamtliche informiert Koordination im Schlussgespräch über Beendigung der Begleitung und relevante Vorkommnisse.</p> <p>Hospizkoordination bietet Ehrenamtlicher bei Bedarf zusätzliche Unterstützung an.</p>	<p><b>Inhalte internes Schlussgespräch:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Beendigung der Begleitung</li> <li>» relevante Vorkommnisse während Begleitung</li> </ul>
<p>9 Im Todesfall kontaktiert Ehrenamtliche An-/Zugehörige (telefonisch oder persönlich) abschließend.</p> <p>Wird Begleitung vom Betroffenen oder vom Hospizteam (Ehrenamtliche oder Koordination) beendet, führt Koordination Abschlusskontakt mit Patienten und/oder An-/Zugehörigen durch.</p>	<p><b>Inhalte Abschlusskontakt:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Wie ist es miteinander ergangen?</li> <li>» spätestens hier Angebot der Trauerbegleitung</li> </ul> <p><b>Abschluss der Dokumentation:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Dokumentation ergänzen und Ablage</li> </ul>
<p>10 Koordination holt ggf. bei An-/Zugehörigen Feedback über Prozess der Begleitung ein (Telefonat, persönlich oder Feedbackbogen).</p> <p>Dokumentation der Begleitung und Leistungen abschließen.</p>	<p><b>Feedback:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Zufriedenheit mit Begleitung</li> </ul>

---

### Mögliche Qualitätskriterien und -indikatoren zur Prozessevaluierung

Kriterium 1:	<p>Begleitdokumentation</p> <p><u>Indikator:</u> Aktuelle patientenbezogene Begleitdokumentation vorhanden DIVIDIERT DURCH nicht vorhanden</p>
Kriterium 2:	<p>Interne Schlussgespräche</p> <p><u>Indikator:</u> Anzahl an durchgeführten Schlussgesprächen DIVIDIERT DURCH Anzahl an Begleitungen</p>

---







Schritte	Anmerkungen
<p>1 Prozess beginnt entweder</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» nach Begleitung (Vereinbarung beim Abschlusskontakt – siehe Schritt 9 im Prozess „Begleitung“),</li> <li>» auf Anfrage (telefonisch, persönlich) des Trauernden beim Hospizteam oder</li> <li>» auf Initiative des Hospizteams.</li> </ul> <p>Abschließender Kontakt der Ehrenamtlichen mit An-/ Zugehörigen nach Tod eines begleiteten Menschen ist Teil der Hospiz-Begleitung. Darüber hinausgehende Trauerbegleitung wird gesondert vereinbart.</p> <p>Hospizkoordination vereinbart Termin für Erstgespräch zur Trauerbegleitung.</p>	<p><b>Kalender:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Eintrag des Termins für Erstgespräch (Datum, Uhrzeit, Ort)</li> </ul>
<p>2, 3, 4 Hospizkoordination oder von ihr beauftragte Ehrenamtliche führt Erstgespräch mit Trauernden. Gespräch kann sowohl in Beratungsraum der Organisation, zu Hause bei Trauernden oder an anderem Ort stattfinden. Es werden Bedürfnisse der Trauernden abgeklärt.</p> <p>Reicht Gespräch für Trauernde, keine weiterführende Trauerbegleitung erforderlich; Prozess endet.</p> <p>Erstgespräch kann gleichzeitig Beratungsgespräch sein und ggf. Beratungsprozess nach sich ziehen. Falls andere Dienste nötig (z. B. Psychotherapeuten, Seelsorge), diese vermitteln.</p> <p>Trauerbegleitung gewünscht, Auftrag zur Trauerbegleitung beim Erstgespräch klären und Form der Begleitung festlegen (Einzelbegleitung, Trauergruppe, Trauercafe etc.). Es können mehrere Formen der Trauerbegleitung gleichzeitig in Anspruch genommen werden (z. B. Einzelbegleitung und Trauergruppe).</p>	<p><b>Inhalte für Erstgespräch:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Was ist Trauer/Trauerbegleitung?</li> <li>» Was beinhaltet die Trauerbegleitung durch das Hospizteam?</li> <li>» Auftrag zur Trauerbegleitung: Dokumentation von Rahmenbedingungen, Umfang, Inhalten und Erwartungen bzw. Themen der Trauerbegleitung</li> <li>» soziale Anamnese (soziales Umfeld, Familiensituation etc.)</li> </ul> <p><b>„Erstgespräch Trauerbegleitung“:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Indikatoren für erschwerte Trauer (z. B. multiple Todesfälle in letzten Jahren, besonders dramatische Ereignisse)</li> <li>» Umfang gewünschter Trauerbegleitung (Häufigkeit, Stundenausmaß, Zeitraum be- grenzen)</li> <li>» zu berücksichtigende Einflussfaktoren: aktuelle Therapie (z. B. Psychopharmaka, Psychotherapie), andere Unterstützungsan- gebote</li> </ul>
<p>5 Wenn Trauerbegleitung vereinbart, sucht Koordination passende Ehrenamtliche (vorzugsweise mit Traueraus- bildung) aus und fragt, ob Trauerbegleitung über- nommen werden kann (Ressourcenabklärung). Kann kontaktierte Ehrenamtliche Trauerbegleitung über- nehmen, wird sie beauftragt.</p> <p>Übernimmt kontaktierte Ehrenamtliche Auftrag nicht, wird andere Mitarbeiterin ausgesucht und mit Trauer- begleitung beauftragt.</p> <p>Termin und Ort für erste Zusammenkunft mit Trauern- den vereinbaren.</p>	<p><b>Informationen an beauftragte Ehrenamtliche und Inhalt des Begleitungsauftrags:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Name, Adresse, Telefonnummer Trauernder</li> <li>» für Begleitung relevante Informationen</li> <li>» Begleitungsausmaß (Häufigkeit, zeitlicher Rahmen, Beendigungsmodalitäten)</li> </ul> <p><b>Vereinbarung Termin:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Datum, Uhrzeit (von – bis), Ort für erste Zusammenkunft</li> </ul>

Schritte	Anmerkungen
<p>6 Ehrenamtliche trifft (ggf. mit Mitarbeiterin, die Erstgespräch führte) mit Trauernden zusammen. Auftrag zur Trauerbegleitung präzisieren (zeitlich und inhaltlich), nächsten Termin vereinbaren.</p>	<p><b>Vereinbarung Termin:</b>  » Datum, Uhrzeit (von – bis), Ort für nächsten Termin</p>
<p>7 Koordination vergewissert sich durch Rücksprachen, dass Begleitkonstellation harmoniert (Erwartungen erfüllt, Beziehung zwischen Trauerndem/n und Mitarbeiter/in, ...).</p> <p>Passt Begleitkonstellation nicht, wählt Koordination andere Mitarbeiterin aus (zurück zu Schritt 5) oder klärt Auftrag neu (zurück zu Schritt 3).</p>	<p><b>Rücksprache Koordination mit Trauerndem/n</b>  <b>Rücksprache Koordination mit Ehrenamtlicher</b></p>
<p>8 Trauerbegleitung nimmt auf aktuelle Phase der zu begleitenden Person/en Rücksicht (Verlust als Realität akzeptieren, Schmerz verarbeiten, sich an Welt ohne verstorbene Person anpassen, dauerhafte Verbindung zu verstorbener Person inmitten des Aufbruchs in neues Leben finden).</p> <p>Bei jedem Kontakt (persönliches Treffen/Telefonat) nächsten Termin vereinbaren (Zeitpunkt Dauer, Ort sowie ev. Themen).</p> <p>Ehrenamtliche werden während Trauerbegleitung vom Hospizteam unterstützt (Inter-, Supervision).</p>	<p><b>Unterstützung für Ehrenamtliche:</b>  » Gespräche mit Team oder Koordination  » Teambesprechungen  » Supervision</p>
<p>9 Vereinbarungsgemäß informiert Ehrenamtliche Trauernde rechtzeitig über bevorstehendes Begleitungsende. Termin für Abschlusskontakt vereinbaren.</p> <p>Trauerbegleitung kann auch jederzeit von beiden Seiten beendet werden.</p>	
<p>10 Ehrenamtliche kontaktiert Trauernde (telefonisch oder persönlich) abschließend.</p>	<p><b>Inhalte Abschlusskontakt:</b>  » Wie ist es miteinander ergangen?  » Vorschau auf die Zukunft  » ggf. Trauerbegleitung mit Ritual beenden, dabei Wünsche der Trauernden berücksichtigen</p>
<p>11 In Schlussgespräch informiert Ehrenamtliche Koordination über beendete Trauerbegleitung und relevante Vorkommnisse (z. B. weitere Unterstützungsangebote erforderlich).</p>	
<p>12 Koordination holt ggf. bei begleiteten Personen Feedback über Prozess der Trauerbegleitung per Telefonat, in persönlichem Gespräch oder über Feedbackbogen.</p> <p>Dokumentation über Trauerbegleitung abschließen.</p>	<p><b>Feedback:</b>  » Zufriedenheit</p>

---

**Mögliche Qualitätskriterien und –indikatoren zur Prozessevaluierung**

Kriterium 1: Begleitdokumentation

Indikator: Aktuelle patientenbezogene Begleitdokumentation vorhanden / nicht vorhanden

Kriterium 2: Interne Schlussgespräche

Indikator: Anzahl an durchgeführten Schlussgesprächen DIVIDIERT DURCH Anzahl an Begleitungen

---



# Inhalt

---

- » Entwicklungsschritte zum Prozesshandbuch
- » An der Entwicklung der Prozesse beteiligte Einrichtungen
- » Glossar
- » Institutionen in Österreich
- » Literatur
- » Bundesgesetzblatt Patientenverfügungs-Gesetz
- » Gesundheitsreformgesetz 2005, i. d. F. vom 31. 01. 2011
- » WHO Definition of Palliative Care 2002
- » ECOG-Leistungsstatus – KARNOFSKY-Index
- » Palliative Performance Scale (PPS)
- » Der POS-Fragebogen  
(Palliative care Outcome Scale; zur Beurteilung der Palliativbetreuung)  
Fragebogen für betreuendes Personal
- » Der POS-Fragebogen  
(Palliative care Outcome Scale; zur Beurteilung der Palliativbetreuung)  
Fragebogen für Patienten



# Entwicklungsschritte zum Prozesshandbuch

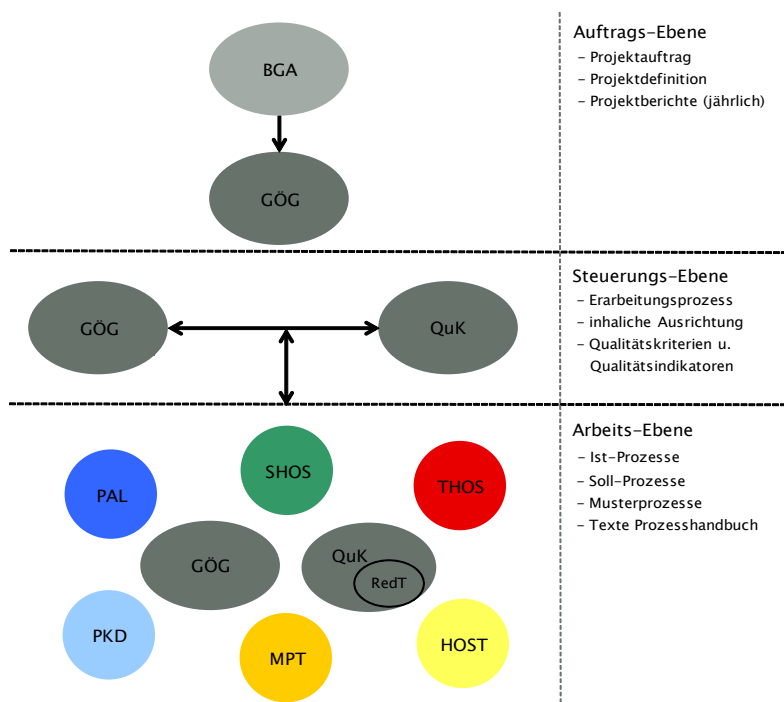
Die Bundesgesundheitsagentur beauftragte 2007 die Gesundheit Österreich (GÖG) mit Arbeiten zum Qualitätsmanagement für den Hospiz- und Palliativbereich.

Die GÖG installierte eine projektbegleitende Expertengruppe (Qualitätskomitee), die maßgeblich an der Konzeption der inhaltlichen Zielrichtung beteiligt war, richtungsweisende Entscheidungen traf und den gesamten Projektverlauf mitgestaltete. Im Qualitätskomitee fanden zentrale inhaltliche Auseinandersetzungen, z. B. zu den Qualitätskriterien und -indikatoren (inkl. deren Festlegung) statt.

Rund 60 Hospiz- und Palliativeinrichtungen (siehe Liste der beteiligten Einrichtungen) lieferten mit Ist- und Sollprozessen die Grundlage für die Prozesse in diesem Handbuch. Das Projektteam der GÖG modellierte gemeinsam mit dem Qualitätskomitee die Musterprozesse für jeden Baustein der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung. Ein aus dem Qualitätskomitee gebildetes Redaktionsteam unterstützte die GÖG bei der Erstellung des vorliegenden Prozesshandbuchs.

Projektstruktur und Projektablauf sind im Überblick grafisch dargestellt.

## Projektstruktur



BGA = Bundesgesundheitsagentur, GÖG = Gesundheit Österreich GmbH, HOST = Hospizteams, MPT = Mobile Palliativteams, PAL = Palliativstationen, PKD = Palliativkonsiliardienste, QuK = Qualitätskomitee, RedT = Redaktionsteam, SHOS = Stationäre Hospize, THOS = Tageshospize

## Entwicklungsschritte zum Prozesshandbuch

	1. Qu.	2. Qu.	3. Qu.	4. Qu.
<b>2007 Vorarbeiten zur Projektdefinition</b>				
Bilden der Arbeitsgruppe (= Qualitätskomitee)	*			
Inhaltliche Konzeption des Projektes		●	●●	●●
Projektbericht an den Auftraggeber				■
<b>2008 Vorarbeiten zu den Prozessen</b>				
Einladung zur Projektteilnahme		★		
Auswahl und Erstellen Ist-Prozesse			★	
Erstellen Soll-Prozesse (51 Darstellungen)			★	
Projektbericht an den Auftraggeber				■
<b>2009 Erstellen des ersten Prozesses in handbuchtuglicher Form</b>				
Festlegen, welche drei Kernprozesse für jeden Baustein in das Handbuch aufgenommen werden sollen				
Modellieren des ersten Kernprozesses für das Handbuch (= „Modellprozess“)	●●	●●		●★
Projektbericht an den Auftraggeber				■
<b>2010 Erstellen der weiteren zwei Kernprozesse für das Handbuch</b>				
Modellieren der Musterprozesse zur „Betreuung“ und „Entlassung“	●	★★	★★★★	●●
Projektbericht an den Auftraggeber				■
<b>2011 Erstellen der publikationsreifen Fassung Prozesshandbuch</b>				
Abschließendes Bearbeiten der insges. 21 Musterprozesse				
Festlegen Kriterien und Indikatoren für die 21 Musterprozesse	●	●		
Bilden Redaktionsteam		*		
Publikationsreife Fassung Prozesshandbuch		○	○○	●
<b>2012 Ausrollen Prozesshandbuch an die Hospiz- und Palliativ-einrichtungen</b>				■

● = Sitzung Qualitätskomitee   ● = Sitzung Redaktionsteam   ★ = Auftaktveranstaltung   ★ = Workshop  
 \* = bausteinbezogene Arbeitssitzung



# An der Entwicklung der Prozesse beteiligte Einrichtungen

Einrichtung	Bundesland
<b>Palliativstationen</b>	
» Palliativstation am KH Oberwart	B
» Palliativstation Klinikum Klagenfurt am Wörthersee	K
» Palliativstation Hl. Johannes von Gott am KH der Barmherzigen Brüder St. Veit/Glan	K
» Geriatrie-Palliativstation am LKH Villach	K
» Palliative Care am KH der Elisabethinen Linz	OÖ
» Palliativstation St. Louise am KH der Barmherzigen Schwestern Linz	OÖ
» Palliativstation LKH Vöcklabruck	OÖ
» Palliativeinrichtung am Krankenhaus der Elisabethinen GmbH Graz	St
» Universitäre Palliativmedizinische Einrichtung (UPE) am LKH – Universitätsklinikum Graz	St
» Hospiz und Palliativstation Innsbruck	T
» Palliativstation am LKH Hohenems	V
» CS-Hospiz Rennweg	W
» Palliativstation am KH St. Elisabeth Wien	W
» Palliativstation Universitätsklinik für Innere Medizin I, AKH Wien	W
» Palliativstation St. Raphael im KH Göttlicher Heiland Wien	W
<b>Stationäre Hospize</b>	
» Hospiz im NÖ LPH Wr. Neustadt	NÖ
» Helga Treichl Hospiz – Haus des Roten Kreuzes	S
» Albert Schweitzer Hospiz	St
<b>Tageshospize</b>	
» Hospiz-Initiative Salzburg Stadt mit Tageshospiz	S
» Caritas Tageshospiz Wien	W
<b>Palliativkonsiliardienste</b>	
» Palliatives Konsiliarteam am LK Waldviertel Gmünd	NÖ
» Palliativ-Supportteam LK Waldviertel Horn	NÖ
» Palliativstation am LK Waldviertel Waidhofen/Thaya	NÖ
» Palliativteam Barmherzige Brüder Linz	OÖ
» Palliativkonsiliardienst KH der Elisabethinen Graz GmbH	St
» Palliativkonsiliardienst LKH Fürstenfeld	St
» Palliativkonsiliardienst LKH Leoben-Eisenerz	St
» Palliativkonsiliardienst LKH Deutschlandsberg	St
» Palliativkonsiliardienst LKH Hartberg	St
» Palliativkonsiliardienst LKH Judenburg-Knittelfeld	St
» Palliativkonsiliardienst Krankenanstaltenverbund Rottenmann – Bad Aussee	St
» Palliativkonsiliardienst LKH – Universitätsklinikum Graz	St
» St. Josef Krankenhaus	W
» Kaiserin Elisabeth Spital der Stadt Wien – Palliativ Konsiliar Dienst	W
» Palliativkonsiliardienst Wilhelminenspital der Stadt Wien	W
<b>Mobile Palliativteams</b>	
» Mobiles Palliativteam Villach	K
» Mobiles Palliativteam Wiener Neustadt	NÖ
» Caritas Mobiles Hospiz Palliative Care Linz, Linz Land, Urfahr Umgebung	OÖ
» Mobiles Palliativteam Salzkammergut	OÖ
» Mobiles Palliativ- & Hospiz-Team Pinzgau	S
» Mobiles Palliativteam Graz / Graz Umgebung	St
» Mobiles Palliativteam Leoben	St
» Mobiles Palliativteam Deutschlandsberg/Voitsberg	St
» Mobiles Palliativteam Fürstenfeld/Feldbach	St
» Mobiles Palliativteam Hartberg/Weiz	St
» Mobiles Palliativteam Judenburg/Knittelfeld/Murau	St
» Palliativteam Liezen	St
» Mobiles Palliativteam Vorarlberg	V
» Mobiles Palliativteam der Caritas der Erzdiözese Wien	W

**Einrichtung****Bundesland****Hospizteams**

---

» Hospizbewegung Kärnten Team Klagenfurt	K
» Mobile Hospizbegleitung Caritas Team Klagenfurt	K
» Mobiles Hospizteam Wolfsberg	K
» Verein Hospiz Melk	NÖ
» Hospizbewegung Bezirk Vöcklabruck	OÖ
» Oberösterreichisches Rotes Kreuz	OÖ
» Hospizverein Steiermark	St
» Hospizbewegung Vorarlberg	V
» Caritas Mobiles Hospiz Wien	W

# Glossar

Geregelte Begriffe zu Qualitätsmanagement und Hospiz- und Palliativversorgung aus folgenden Quellen: Gesundheitsqualitätsgesetz (GQG), Patientenverfügungs-Gesetz (PatVG), Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch (ABGB), Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), ÖNORM K 1910, ÖNORM EN ISO 9000

## Qualitätsmanagement

<b>Begriff</b>	<b>Erläuterung</b>
Bundesqualitätsleitlinien	Von der Bundesministerin / vom Bundesminister für Gesundheit als Orientierungshilfe empfohlene Standards (GQG)
Bundesqualitätsrichtlinien	Von der Bundesministerin / vom Bundesminister für Gesundheit durch Verordnung erlassene und damit verbindlich gemachte Standards (GQG)
Checkliste	Systematisierte Liste der für einen Vorgang bedeutsamen Einzelaspekte, z. B. als Prüfliste vor dem Start eines Flugzeuges oder zur systematisierten Erhebung von Befunden bei der körperlichen Untersuchung (ÖNORM K 1910)
Dokument	Information und ihr Trägermedium (ÖNORM K 1910, ÖNORM EN ISO 9000)
Empfehlung	Vorschlag einer Möglichkeit des Handelns oder Unterlassens (ÖNORM K 1910)
Ergebnisqualität	Messbare Veränderungen des professionell eingeschätzten Gesundheitszustandes, der Lebensqualität und der Zufriedenheit einer Patientin / eines Patienten bzw. einer Bevölkerungsgruppe als Ergebnis bestimmter Rahmenbedingungen und Maßnahmen (GQG)
Evaluation	Bewertung der Wirkungen von Maßnahmen oder Verfahren hinsichtlich vorher festgelegter Kriterien (ÖNORM K 1910) Z. B. Auswirkungen auf die Patientenversorgung, auf das Wohlbefinden von Patient und Arzt, auf das ärztliche Selbstverständnis u. a.
Fehler	Nichterfüllung einer Anforderung (ÖNORM K 1910, ÖNORM EN ISO 9000)
Fehlerrate	Häufigkeit von Fehlern bezogen auf gleiche Maßnahmen bzw. Abläufe oder Häufigkeit von Fehlern in Datenbeständen (ÖNORM K 1910)
Grenzwert	Festgelegter erlaubter Minimal- oder Maximalwert eines bestimmten Parameters (ÖNORM K 1910)
Heilmittel	Zur Krankenbehandlung notwendige Arzneimittel und sonstige Mittel, die zur Beseitigung oder Linderung der Krankheit oder zur Sicherung des Heilerfolges dienen (ÖNORM K 1910)
Hilfsmittel	Gegenstände oder Vorrichtungen, die geeignet sind, die Funktion fehlender oder unzulänglicher Körperteile zu übernehmen oder die mit einer Verstümmelung, Verunstaltung oder einem Gebrechen verbundene körperliche oder psychische Beeinträchtigung mildern oder beseitigen (ÖNORM K 1910)
Indikator	Mess- oder berechenbare Größe, die dazu geeignet ist, den zugrunde liegenden Sachverhalt zahlenmäßig und vergleichbar abzubilden oder anzuzeigen (ÖNORM K 1910)
Information	Daten mit Bedeutung (ÖNORM K 1910, ÖNORM EN ISO 9000)
Konformität	Erfüllung einer Anforderung (ÖNORM K 1910, ÖNORM EN ISO 9000)
Kontinuierliche Verbesserung	Wiederkehrende Tätigkeiten zum Erhöhen der Fähigkeit, Anforderungen zu erfüllen (ÖNORM K 1910, ÖNORM EN ISO 9000)
Korrektur	Maßnahme zur Beseitigung eines erkannten Fehlers (ÖNORM K 1910 ÖNORM EN ISO 9000)
Korrekturmaßnahme	Maßnahme zur Beseitigung eines erkannten Fehlers oder einer anderen erkannten, unerwünschten Situation (ÖNORM K 1910, ÖNORM EN ISO 9000)
Kriterium	Kennzeichen, unterscheidendes Merkmal (ÖNORM K 1910)

Begriff	Erläuterung
Leitlinie	Systematisch entwickelte Handlungsempfehlungen, die Gesundheitsdienstleister und Patienten bei der Entscheidungsfindung über die angemessene Prävention, Diagnostik und Behandlung einer Krankheit unterstützen (ÖNORM K 1910)
Leitung	Person oder Personengruppe, die eine Organisation auf der obersten Ebene leitet und lenkt (ÖNORM K 1910, ÖNORM EN ISO 9000)
Managementsystem	Organisation oder Person, die ein Produkt oder eine Dienstleistung bereitstellt (ÖNORM K 1910, ÖNORM EN ISO 9000)
Mangel	Nichterfüllung einer Anforderung in Bezug auf einen beabsichtigten oder festgelegten Gebrauch (ISO 9001)
Patientenorientierung	Im Sinne der Verbesserung der Lebensqualität sollen die jeweils betroffenen Menschen im Mittelpunkt der Entscheidungen und Handlungen stehen und befähigt werden, als Koproduzenten an diesem Prozess der Verbesserung der Lebensqualität teilzunehmen (GQG)
Patientenzufriedenheit	Kundenzufriedenheit von Patienten (ÖNORM K 1910)
Plausibilitätskontrolle	Überprüfung von Ergebnissen im Kontext mit anderen verfügbaren Angaben aus parallel oder schon früher erstellten Befunden (Befundmusterkontrolle, Trendkontrolle) sowie anhand von Grenzwerttabellen oder nach empirischen Regeln (Extremwertkontrolle, Regelprüfung). Die jeweiligen Entscheidungsgrenzen können nach sachlogischen Gesichtspunkten vorgegeben oder mit Hilfe explorativer Datenanalysen statistisch ermittelt werden (ÖNORM K 1910)
Prozess	Satz von in Wechselbeziehung oder Wechselwirkung stehenden Tätigkeiten, der Eingaben in Ergebnisse umwandelt (ÖNORM K 1910, ÖNORM EN ISO 9000)
Prozessqualität	Arbeitsabläufe und Verfahrensweisen, die nach nachvollziehbaren und nachprüfba- ren Regeln systematisiert erfolgen und dem Stand des professionellen Wissens entsprechen, regelmäßig evaluiert und kontinuierlich verbessert werden (GQG)
Qualifikation	Nachgewiesene Fähigkeit, Wissen und Fertigkeiten anzuwenden (ÖNORM K 1910, ÖNORM EN ISO 9000)
Qualität	Grad der Erfüllung der Merkmale von patientinnen- und patientenorientierter, transparenter, effektiver und effizienter Erbringung der Gesundheitsleistung. Die zentralen Anliegen in diesem Zusammenhang sind die Optimierung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (GQG)
Qualitätsindikator	Messbare Größe, die dazu geeignet ist, die Qualität der Gesundheitsleistung zu beobachten, zu vergleichen und zu evaluieren (GQG)
Qualitätskontrolle	Teil des Qualitätsmanagements, der auf das Erzeugen von Vertrauen darauf gerichtet ist, dass Qualitätsanforderungen erfüllt werden (ÖNORM K 1910, ÖNORM EN ISO 9000)
Qualitätskriterium	Qualitätskriterien für die Bewertung der Qualität der Leistungserbringung bei einzelnen Versorgungsaspekten sind solche Eigenschaften, deren Erfüllen typischerweise bei einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung erwartet wird ( <a href="http://www.aezq.de">www.aezq.de</a> )
Qualitätsmanagement	Aufeinander abgestimmte Tätigkeiten zum Leiten und Lenken einer Organisation bezüglich Qualität (ÖNORM K 1910, ÖNORM EN ISO 9000)
Qualitätsmerkmal	Inhärentes Merkmal eines Produkts, einer Dienstleistung, eines Prozesses oder Systems, das sich auf eine Anforderung bezieht (ÖNORM K 1910)
Qualitätsplanung	Teil des Qualitätsmanagements, der auf das Festlegen der Qualitätsziele und der notwendigen Ausführungsprozesse sowie der zugehörigen Ressourcen zur Erfüllung der Qualitätsziele gerichtet ist (ÖNORM K 1910, ÖNORM EN ISO 9000)
Qualitätspolitik	Übergeordnete Absichten und Ausrichtung einer Organisation zur Qualität, wie sie von der obersten Leitung formell ausgedrückt wurden (ÖNORM K 1910, ÖNORM EN ISO 9000)
Qualitätssicherung	Teil des Qualitätsmanagements, der auf das Erzeugen von Vertrauen darauf gerichtet ist, dass Qualitätsanforderungen erfüllt werden (ÖNORM K 1910, ÖNORM EN ISO 9000)

<b>Begriff</b>	<b>Erläuterung</b>
Qualitätsstandards	Beschreibbare Regelmäßigkeiten bzw. Vorgaben hinsichtlich Ausstattung, Verfahren oder Verhalten (GQG)
Qualitätssystem	Koordinierungs-, Förderungs-, Unterstützungs- und Überwachungssystem des Bundes, mit dem Ziel, die Qualität der Gesundheitsleistungen kontinuierlich zu verbessern (GQG)
Qualitätsverbesserung	Teil des Qualitätsmanagements, der auf die Erhöhung der Fähigkeit zur Erfüllung der Qualitätsanforderungen gerichtet ist (ÖNORM K 1910, ÖNORM EN ISO 9000)
Qualitätsziel	Etwas bezüglich Qualität Angestrebtes oder zu Erreichendes (ÖNORM K 1910, ÖNORM EN ISO 9000)
Qualitätszirkel	Kleine institutionalisierte Gruppe von mehreren Mitarbeitern oder Berufskollegen, die regelmäßig zusammentreffen, um in ihrem Arbeitsbereich auftretende Probleme freiwillig, selbstständig und möglichst systematisch zu bearbeiten (ÖNORM K 1910)
Referenzbereich	Ein Referenzbereich ist jenes Intervall, innerhalb dessen die Ausprägung eines Qualitätsindikators als gut oder als unauffällig definiert wird (GQG)
Referenzwert	Ein Referenzwert ist ein Referenzbereich, dessen Ober- und Untergrenze zusammenfallen (GQG)
Richtlinie	Von einer rechtlich legitimierten Institution konsenterte, schriftlich fixierte und veröffentlichte Regelungen des Handelns oder Unterlassens, die für den Bereich dieser Institution verbindlich sind (ÖNORM K 1910)
Standard	Eine normative Vorgabe qualitativer und/oder quantitativer Art bezüglich der Erfüllung vorausgesetzter oder festgelegter Qualitätsanforderungen (ÖNORM K 1910)
Strukturqualität	Summe sachlicher und personeller Ausstattung in quantitativer und qualitativer Hinsicht (GQG)
Transparenz	Nachvollziehbarkeit durch Dokumentation und Analyse der Leistungen und Ergebnisse und deren systematische Überprüfung; Basis für kontinuierliche und systematische Vergleiche zur Qualitätsverbesserung (GQG)
Validierung	Bestätigung durch Bereitstellen eines objektiven Nachweises, dass die Anforderungen für einen spezifischen beabsichtigten Gebrauch oder eine spezifische beabsichtigte Anwendung erfüllt worden sind (ÖNORM K 1910, ÖNORM EN ISO 9000)
Verfahren	Festgelegte Art und Weise, eine Maßnahme oder einen Prozess auszuführen (ÖNORM K 1910)
Verifizierung	Bestätigen oder Bereitstellen eines objektiven Nachweises, dass festgelegte Anforderungen erfüllt worden sind (ÖNORM K 1910, ÖNORM EN ISO 9000)

## Hospiz- und Palliativversorgung

<b>Begriff</b>	<b>Erläuterung</b>
Patientenverfügung	Eine Patientenverfügung ist eine Willenserklärung, mit der ein Patient eine medizinische Behandlung ablehnt und die dann wirksam werden soll, wenn der Patient zum Zeitpunkt der Behandlung nicht einsichts-, urteils- oder äusserungsfähig ist (PatVG)
Patientenverfügung, beachtliche	Die beachtliche Patientenverfügung ist eine Richtschnur für das Handeln des Arztes und muss in seine Entscheidungsfindung einfließen (PatVG)
Patientenverfügung, verbindliche	Eine Patientenverfügung ist verbindlich, wenn sie schriftlich unter Angabe des Datums vor einem Rechtsanwalt, einem Notar oder einem rechtskundigen Mitarbeiter der Patientenvertretungen errichtet worden ist. Die abgelehnten Maßnahmen sind konkret zu beschreiben, und der Patient muss aufgrund eigener Erfahrung die Folgen der Patientenverfügung zutreffend einschätzen können (PatVG)
Vorsorgevollmacht	Die Vorsorgevollmacht ist eine Vollmacht, die dann gelten soll, wenn der Vollmachtgeber die zur Besorgung der anvertrauten Angelegenheiten erforderliche Geschäfts-, Einsichts- und Urteilsfähigkeit oder seine Äusserungsfähigkeit verliert. Die Angelegenheiten, zu deren Besorgung die Vollmacht erteilt wird, müssen darin bestimmt angeführt sein (ABGB)



# Institutionen in Österreich

## Österreichweit tätige Institutionen

HOSPIZ ÖSTERREICH  
Dachverband von Palliativ- und Hospizeinrichtungen  
Argentinierstraße 3  
1040 Wien  
Tel.: 01/803 98 68  
E-Mail: [dachverband@hospiz.at](mailto:dachverband@hospiz.at)  
Internet: [www.hospiz.at](http://www.hospiz.at)

Österreichische Palliativgesellschaft (OPG)  
Medizinische Universität Wien  
Universitätsklinik für Innere Medizin 1  
Währinger Gürtel 18-20  
1090 Wien  
Tel.: 01/40400-2752  
E-Mail: [office@palliativ.at](mailto:office@palliativ.at)  
Internet: [www.palliativ.at](http://www.palliativ.at)

## Landeskoordinierende Organisationen

Hospizbewegung Burgenland  
Spitalstraße 32/10  
7350 Oberpullendorf  
bzw. Evang. Kirchengasse 8-10  
7400 Oberwart  
Tel.: 02612/424 59  
E-Mail: [hospizbewegung.bgld@aon.at](mailto:hospizbewegung.bgld@aon.at)  
Internet: -

Landeskoordination für Hospiz- und Palliativversorgung im Burgenland  
Angergasse 1  
7210 Mattersburg  
Tel.: 0664/61 24 790  
E-Mail: [hospiz.palliativ@psd-bgld.at](mailto:hospiz.palliativ@psd-bgld.at)  
Internet: -

Kärntner Landesverband von Hospiz und Palliativeinrichtungen (KLvHP)  
Bahnhofstraße 8, 3. Stock  
9020 Klagenfurt  
Tel.: 050/100 30 439  
E-Mail: [klvhp@gmx.at](mailto:klvhp@gmx.at)  
Internet: -

Landesverband Hospiz Niederösterreich  
Parkstraße 4/11  
2340 Mödling  
Tel.: 02236/860 131  
E-Mail: [office@hospiz-noe.at](mailto:office@hospiz-noe.at)  
Internet: [www.hospiz-noe.at](http://www.hospiz-noe.at)

Landesverband Hospiz Oberösterreich  
Steingasse 25  
4020 Linz  
Tel.: 0699/173 47 024  
E-Mail: [hospizoee@direkt.at](mailto:hospizoee@direkt.at)  
Internet: [www.hospiz-ooe.at](http://www.hospiz-ooe.at)

Hospizbewegung Salzburg  
Verein für Lebensbegleitung und Sterbebeistand  
Morzger Straße 27  
5020 Salzburg  
Tel.: 0662/822 310  
E-Mail: [info@hospiz-sbg.at](mailto:info@hospiz-sbg.at)  
Internet: [www.hospiz-sbg.at](http://www.hospiz-sbg.at)

Hospizverein Steiermark  
Albert-Schweitzer-Gasse 36  
8020 Graz  
Tel.: 0316/39 15 70-0  
E-Mail: [dasein@hospiz-stmk.at](mailto:dasein@hospiz-stmk.at)  
Internet: [www.hospiz-stmk.at](http://www.hospiz-stmk.at)

Koordination Palliativbetreuung Steiermark  
Stiftingtalstraße 4-6  
8010 Graz  
Tel.: 0316/340-5583 bzw. -5839  
E-Mail: [johann.baumgartner@kages.at](mailto:johann.baumgartner@kages.at)  
Internet: [www.palliativbetreuung.at](http://www.palliativbetreuung.at)

Tiroler Hospiz-Gemeinschaft  
Heiliggeiststraße 16  
6020 Innsbruck  
Tel.: 0512/7270-38  
E-Mail: [office@hospiz-tirol.at](mailto:office@hospiz-tirol.at)  
Internet: [www.hospiz-tirol.at](http://www.hospiz-tirol.at)

Hospizbewegung Vorarlberg  
Maria-Mutter-Weg 2  
6800 Feldkirch  
Tel.: 05522/200-1100  
E-Mail: [hospiz@caritas.at](mailto:hospiz@caritas.at)  
Internet: [www.hospizbewegung-vorarlberg.at](http://www.hospizbewegung-vorarlberg.at)

Alle angeführten Institutionen verfügen über weiterführende einschlägige Informationen, Adressen, Kontakte und Links.



## Literatur

ÄZQ (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin 2009): Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien von BÄK, KBV und AWMF. Qualitätsindikatoren – Manual für Autoren. Berlin

GÖG (2007): Broschüre Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung. Wien

Bundesgesetz über Patientenverfügungen (Patientenverfügungs-Gesetz – PatVG) BGBl 2006/55

Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG) BGBl I 2004/179 (Gesundheitsreformgesetz 2005)

Deming, W. E. (1986): Out of the Crisis. Massachusetts Institute of Technology. Massachusetts, USA

Donabedian, A. (1966): Evaluating the Quality of Medical Care. In: The Milbank Memorial Fund Quarterly. Nr. 3, Part 2, S. 166–206

Donabedian, A. (1980): The Definition of quality and approaches to its assessment. Explorations in the quality assessment and monitoring. Michigan

Donabedian, A. (1992): The role of outcomes in quality assessment and assurance. Quality review bulletin 18, S. 356–360

KAGes (2007), Koordination Palliativbetreuung Steiermark: Prozessdokumentation Palliativkonsiliardienst. Graz (unveröffentlichtes Papier)

KAGes (2007), Koordination Palliativbetreuung Steiermark: Prozessdokumentation Mobiles Palliativteam. Graz (unveröffentlichtes Papier)

Kaminske, G. F.; Brauer, J.-P. (1995): Qualitätsmanagement von A bis Z. München, Wien

Kaminske, G. F.; Brauer, J.-P. (2008): Qualitätsmanagement von A – Z. 6. Auflage. München

ÖNORM EN ISO 9000 – Qualitätsmanagementsysteme – Grundlagen und Begriffe (ISO 9000:2000)

ÖNORM K 1910 – Terminologie – Festlegung von Definitionen für im Gesundheitswesen relevante Begriffe

Petek, C., et al. (2011): Kompetenzmodell für Pflegeberufe in Österreich. Im Auftrag des ÖGKV Landesverband Steiermark, Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungsgesellschaft, Wien, Juli 2011

## Link

EAPC – European Association for Palliative Care

Internet: [www.eapcnet.eu](http://www.eapcnet.eu)

bietet weiterführende Informationen und Links zu allen einschlägigen europäischen Institutionen



# BUNDESGESETZBLATT

## FÜR DIE REPUBLIK ÖSTERREICH

---

**Jahrgang 2006****Ausgegeben am 8. Mai 2006****Teil I**

---

**55. Bundesgesetz: Patientenverfügungs-Gesetz – PatVG**  
(NR: GP XXII RV 1299 AB 1381 S. 142. BR: AB 7518 S. 733.)

---

### **55. Bundesgesetz über Patientenverfügungen (Patientenverfügungs-Gesetz - PatVG)**

Der Nationalrat hat beschlossen:

#### **1. Abschnitt**

##### **Allgemeine Bestimmungen**

###### **Anwendungsbereich**

§ 1. (1) Dieses Bundesgesetz regelt die Voraussetzungen und die Wirksamkeit von Patientenverfügungen.

(2) Eine Patientenverfügung kann verbindlich oder für die Ermittlung des Patientenwillens beachtlich sein.

###### **Begriffe**

§ 2. (1) Eine Patientenverfügung im Sinn dieses Bundesgesetzes ist eine Willenserklärung, mit der ein Patient eine medizinische Behandlung ablehnt und die dann wirksam werden soll, wenn er im Zeitpunkt der Behandlung nicht einsichts-, urteils- oder äußerungsfähig ist.

(2) Patient im Sinn dieses Bundesgesetzes ist eine Person, die eine Patientenverfügung errichtet, gleichgültig, ob sie im Zeitpunkt der Errichtung erkrankt ist oder nicht.

###### **Höchstpersönliches Recht, Fähigkeit der Person**

§ 3. Eine Patientenverfügung kann nur höchstpersönlich errichtet werden. Der Patient muss bei Errichtung einer Patientenverfügung einsichts- und urteilsfähig sein.

#### **2. Abschnitt**

##### **Verbindliche Patientenverfügung**

###### **Inhalt**

§ 4. In einer verbindlichen Patientenverfügung müssen die medizinischen Behandlungen, die Gegenstand der Ablehnung sind, konkret beschrieben sein oder eindeutig aus dem Gesamtzusammenhang der Verfügung hervorgehen. Aus der Patientenverfügung muss zudem hervorgehen, dass der Patient die Folgen der Patientenverfügung zutreffend einschätzt.

###### **Aufklärung**

§ 5. Der Errichtung einer verbindlichen Patientenverfügung muss eine umfassende ärztliche Aufklärung einschließlich einer Information über Wesen und Folgen der Patientenverfügung für die medizinische Behandlung vorangehen. Der aufklärende Arzt hat die Vornahme der Aufklärung und das Vorliegen der Einsichts- und Urteilsfähigkeit des Patienten unter Angabe seines Namens und seiner Anschrift durch eigenhändige Unterschrift zu dokumentieren und dabei auch darzulegen, dass und aus welchen Gründen der Patient die Folgen der Patientenverfügung zutreffend einschätzt, etwa weil sie sich auf eine Behandlung bezieht, die mit einer früheren oder aktuellen Krankheit des Patienten oder eines nahen Angehörigen zusammenhängt.

### **Errichtung**

§ 6. (1) Eine Patientenverfügung ist verbindlich, wenn sie schriftlich unter Angabe des Datums vor einem Rechtsanwalt, einem Notar oder einem rechtskundigen Mitarbeiter der Patientenvertretungen (§ 11e Kranken- und Kuranstaltengesetz, BGBI. Nr. 1/1957) errichtet worden ist und der Patient über die Folgen der Patientenverfügung sowie die Möglichkeit des jederzeitigen Widerrufs belehrt worden ist.

(2) Der Rechtsanwalt, Notar oder rechtskundige Mitarbeiter der Patientenvertretungen hat die Vornahme dieser Belehrung in der Patientenverfügung unter Angabe seines Namens und seiner Anschrift durch eigenhändige Unterschrift zu dokumentieren.

### **Erneuerung**

§ 7. (1) Eine Patientenverfügung verliert nach Ablauf von fünf Jahren ab der Errichtung ihre Verbindlichkeit, sofern der Patient nicht eine kürzere Frist bestimmt hat. Sie kann unter Einhaltung der Formerfordernisse des § 6 nach entsprechender ärztlicher Aufklärung erneuert werden; damit beginnt die Frist von fünf Jahren neu zu laufen.

(2) Einer Erneuerung ist es gleichzuhalten, wenn einzelne Inhalte der Patientenverfügung nachträglich geändert werden. Dabei sind die Bestimmungen über die Errichtung einer verbindlichen Patientenverfügung entsprechend anzuwenden. Mit jeder nachträglichen Änderung beginnt die in Abs. 1 genannte Frist für die gesamte Patientenverfügung neu zu laufen.

(3) Eine Patientenverfügung verliert nicht ihre Verbindlichkeit, solange sie der Patient mangels Einsichts-, Urteils- oder Äußerungsfähigkeit nicht erneuern kann.

## **3. Abschnitt**

### **Beachtliche Patientenverfügung**

#### **Voraussetzungen**

§ 8. Eine Patientenverfügung, die nicht alle Voraussetzungen der §§ 4 bis 7 erfüllt, ist dennoch für die Ermittlung des Willens des Patienten beachtlich.

#### **Beachtung der Patientenverfügung**

§ 9. Eine beachtliche Patientenverfügung ist bei der Ermittlung des Patientenwillens umso mehr zu beachten, je eher sie die Voraussetzungen einer verbindlichen Patientenverfügung erfüllt. Dabei ist insbesondere zu berücksichtigen, inwieweit der Patient die Krankheitssituation, auf die sich die Patientenverfügung bezieht, sowie deren Folgen im Errichtungszeitpunkt einschätzen konnte, wie konkret die medizinischen Behandlungen, die Gegenstand der Ablehnung sind, beschrieben sind, wie umfassend eine der Errichtung vorangegangene ärztliche Aufklärung war, inwieweit die Verfügung von den Formvorschriften für eine verbindliche Patientenverfügung abweicht, wie häufig die Patientenverfügung erneuert wurde und wie lange die letzte Erneuerung zurückliegt.

## **4. Abschnitt**

### **Gemeinsame Bestimmungen**

#### **Unwirksamkeit**

§ 10. (1) Eine Patientenverfügung ist unwirksam, wenn

1. sie nicht frei und ernstlich erklärt oder durch Irrtum, List, Täuschung oder physischen oder psychischen Zwang veranlasst wurde,
2. ihr Inhalt strafrechtlich nicht zulässig ist oder
3. der Stand der medizinischen Wissenschaft sich im Hinblick auf den Inhalt der Patientenverfügung seit ihrer Errichtung wesentlich geändert hat.

(2) Eine Patientenverfügung verliert ihre Wirksamkeit, wenn sie der Patient selbst widerruft oder zu erkennen gibt, dass sie nicht mehr wirksam sein soll.

#### **Sonstige Inhalte**

§ 11. Der Wirksamkeit einer Patientenverfügung steht es nicht entgegen, dass darin weitere Anmerkungen des Patienten, insbesondere die Benennung einer konkreten Vertrauensperson, die Ablehnung des Kontakts zu einer bestimmten Person oder die Verpflichtung zur Information einer bestimmten Person, enthalten sind.

### **Notfälle**

§ 12. Dieses Bundesgesetz lässt medizinische Notfallversorgung unberührt, sofern der mit der Suche nach einer Patientenverfügung verbundene Zeitaufwand das Leben oder die Gesundheit des Patienten ernstlich gefährdet.

### **Pflichten des Patienten**

§ 13. Der Patient kann durch eine Patientenverfügung die ihm allenfalls aufgrund besonderer Rechtsvorschriften auferlegten Pflichten, sich einer Behandlung zu unterziehen, nicht einschränken.

### **Dokumentation**

§ 14. (1) Der aufklärende und der behandelnde Arzt haben Patientenverfügungen in die Krankengeschichte oder, wenn sie außerhalb einer Krankenanstalt errichtet wurden, in die ärztliche Dokumentation aufzunehmen.

(2) Stellt ein Arzt im Zuge der Aufklärung nach § 5 fest, dass der Patient nicht über die zur Errichtung einer Patientenverfügung erforderlichen Einsichts- und Urteilsfähigkeit verfügt, so hat er dies, gegebenenfalls im Rahmen der Krankengeschichte, zu dokumentieren.

### **Verwaltungsstrafbestimmung zum Schutz vor Missbrauch**

§ 15. Wer den Zugang zu Einrichtungen der Behandlung, Pflege oder Betreuung oder den Erhalt solcher Leistungen davon abhängig macht, dass eine Patientenverfügung errichtet oder dies unterlassen wird, begeht, sofern die Tat nicht mit gerichtlicher Strafe bedroht ist, eine Verwaltungsübertretung und ist mit Geldstrafe bis zu 25 000 Euro, im Wiederholungsfall bis zu 50 000 Euro, zu bestrafen.

## **5. Abschnitt**

### **Schlussbestimmungen**

#### **Personenbezogene Bezeichnungen**

§ 16. Bei allen personenbezogenen Bezeichnungen gilt die gewählte Form für beide Geschlechter.

#### **Verweisungen**

§ 17. Soweit in diesem Bundesgesetz auf andere Bundesgesetze verwiesen wird, sind diese in ihrer jeweils geltenden Fassung anzuwenden.

#### **In-Kraft-Treten**

§ 18. Dieses Bundesgesetz tritt mit dem auf den Monat seiner Kundmachung folgenden Monatsersten in Kraft. Patientenverfügungen, die zu diesem Zeitpunkt bereits errichtet sind, sind hinsichtlich ihrer Wirksamkeit nach diesem Bundesgesetz zu beurteilen.

#### **Vollziehung**

§ 19. Mit der Vollziehung dieses Bundesgesetzes ist die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen im Einvernehmen mit der Bundesministerin für Justiz betraut.

**Fischer**

**Schüssel**



## **Gesamte Rechtsvorschrift für Gesundheitsqualitätsgesetz (Gesundheitsreformgesetz 2005), Fassung vom 31.01.2011**

### **Langtitel**

Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG)

Bundesgesetz, mit dem das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, das Bauern-Sozialversicherungsgesetz, das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, das Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetz, das Ärztegesetz 1998 und das Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen geändert sowie ein Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen und ein Bundesgesetz über Telematik im Gesundheitswesen erlassen werden (Gesundheitsreformgesetz 2005)

(NR: GP XXII RV 693 AB 711 S. 90. BR: AB 7175 S. 717.)

StF: BGBl. I Nr. 179/2004

### **Text**

#### **Artikel 9**

### **Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG)**

#### **Zielsetzung und Grundsätze**

**§ 1.** (1) Zur flächendeckenden Sicherung und Verbesserung der Qualität im österreichischen Gesundheitswesen ist systematische Qualitätsarbeit zu implementieren und zu intensivieren. Dazu ist ein gesamtösterreichisches Qualitätssystem basierend auf den Prinzipien Patientinnen- und Patientenorientierung, Transparenz, Effektivität und Effizienz nachhaltig zu entwickeln, umzusetzen und regelmäßig zu evaluieren. Dabei ist insbesondere die Qualität bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen unter Berücksichtigung der Patientinnen- und Patientensicherheit zu gewährleisten.

(2) Die Bundesministerin / Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen hat sicherzustellen, dass die Arbeiten zum Aufbau, zur Weiterentwicklung, zur Sicherung und Evaluierung eines flächendeckenden österreichischen Qualitätssystems bundeseinheitlich, bundesländer-, sektoren- und berufsübergreifend erfolgen. Dabei sind im Sinne des Qualitätssystems die Ebenen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu berücksichtigen.

(3) Zum Zweck der Sicherstellung der in Abs. 1 und 2 festgeschriebenen Grundsätze hat die Bundesministerin / der Bundesminister für Gesundheit und Frauen für eine entsprechende Abstimmung der am gesamtösterreichischen Qualitätssystem beteiligten Akteurinnen und Akteure Sorge zu tragen. Darüber hinaus hat die Bundesministerin / der Bundesminister für Gesundheit und Frauen die bundesweite Koordinierung von Qualitätsmaßnahmen zum Zweck der nationalen und internationalen Vergleichbarkeit von Gesundheitsleistungen zu gewährleisten.

(4) Die für die kontinuierliche Qualitätsarbeit erforderlichen Daten müssen, sofern sie nicht für konkrete Ziele und Zwecke personenbezogen benötigt werden, im Wege einer Vertrauensstelle zumindest pseudonymisiert werden.

#### **Begriffsbestimmungen**

**§ 2.** Im Sinne dieses Bundesgesetzes bedeuten die Begriffe:

1. "Qualitätssystem": Darunter wird ein Koordinierungs-, Förderungs-, Unterstützungs- und Überwachungssystem des Bundes verstanden, mit dem Ziel, die Qualität der Gesundheitsleistungen kontinuierlich zu verbessern.
2. "Qualität": Grad der Erfüllung der Merkmale von patientinnen- und patientenorientierter, transparenter, effektiver und effizienter Erbringung der Gesundheitsleistung. Die zentralen Anliegen in diesem Zusammenhang sind die Optimierung von Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität.

3. "Patientinnen- und Patientenorientierung": Im Sinne der Verbesserung der Lebensqualität sollen die jeweils betroffenen Menschen im Mittelpunkt der Entscheidungen und Handlungen stehen und befähigt werden, als Koproduzentinnen und Koproduzenten an diesem Prozess der Verbesserung der Lebensqualität teilzunehmen.
4. "Patientinnen- und Patientensicherheit": Umfasst Maßnahmen zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse, die zum Schaden der Patientin / des Patienten führen können.
5. "Transparenz": Nachvollziehbarkeit durch Dokumentation und Analyse der Leistungen und Ergebnisse und deren systematische Überprüfung; Basis für kontinuierliche und systematische Vergleiche zur Qualitätsverbesserung.
6. "Effektivität": Zielerreichungsgrad zwischen einem gesetzten Ziel und dessen Realisierung, wobei das in der Gesundheitsversorgung gesetzte Ziel idealerweise die Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger sowie Patientinnen und Patienten ist.
7. "Effizienz": Verhältnis zwischen dem Einsatz und dem Ergebnis einer Leistung nach dem Wirtschaftlichkeitsprinzip unter Berücksichtigung der Kostendämpfung.
8. "Strukturqualität": Summe sachlicher und personeller Ausstattung in quantitativer und qualitativer Hinsicht.
9. "Prozessqualität": Arbeitsabläufe und Verfahrensweisen, die nach nachvollziehbaren und nachprüfbaren Regeln systematisiert erfolgen und dem Stand des professionellen Wissens entsprechen, regelmäßig evaluiert und kontinuierlich verbessert werden.
10. "Ergebnisqualität": Messbare Veränderungen des professionell eingeschätzten Gesundheitszustandes, der Lebensqualität und der Zufriedenheit einer Patientin / eines Patienten bzw. einer Bevölkerungsgruppe als Ergebnis bestimmter Rahmenbedingungen und Maßnahmen.
11. "Gesundheitsleistung": Jede durch eine Angehörige oder einen Angehörigen eines gesetzlich anerkannten Gesundheitsberufes am oder für den Menschen erbrachte Handlung, die der Förderung, Bewahrung, Wiederherstellung oder Verbesserung des physischen und psychischen Gesundheitszustandes dient.
12. "Qualitätsstandards": Beschreibbare Regelmäßigkeiten bzw. Vorgaben hinsichtlich Ausstattung, Verfahren oder Verhalten.
13. "Bundesqualitätsrichtlinien": Von der Bundesministerin / Vom Bundesminister für Gesundheit und Frauen durch Verordnung erlassene und damit verbindlich gemachte Standards.
14. "Bundesqualitätsleitlinien": Von der Bundesministerin / Vom Bundesminister für Gesundheit und Frauen als Orientierungshilfe empfohlene Standards.
15. "Qualitätsindikator": Messbare Größe, welche dazu geeignet ist, die Qualität der Gesundheitsleistung zu beobachten, zu vergleichen und zu evaluieren.
16. "Referenzwert, Referenzbereich": Ein Referenzbereich ist jenes Intervall, innerhalb dessen die Ausprägung eines Qualitätsindikators als gut oder als unauffällig definiert wird. Ein Referenzwert ist ein Referenzbereich, dessen Ober- und Untergrenze zusammenfallen.
17. "Grundprinzipien der Gesundheitsförderung" im Rahmen der Erbringung von Gesundheitsleistungen: Gesundheitsförderung zielt auf den Prozess ab, den Menschen ein hohes Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.

### **Anwendungsbereich**

§ 3. (1) Die Bestimmungen dieses Gesetzes sind bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen, unabhängig von der Organisationsform der Leistungserbringerin / des Leistungserbringers einzuhalten. Die Gesundheitsleistungen müssen den auf Grund dieses Gesetzes geltenden Vorgaben und dem jeweiligen anerkannten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse und Erfahrungen entsprechen sowie in der fachlich gebotenen Qualität und in einem gesundheitsförderlichen Umfeld erbracht werden.

(2) Bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen ist die Transparenz betreffend Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gegenüber den Patientinnen und Patienten auf deren Nachfrage zu gewährleisten.

### **Qualitätsstandards**

§ 4. (1) Die Bundesministerin / Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen kann die Entwicklung von Qualitätsstandards für die Erbringung bestimmter Gesundheitsleistungen unter Einbeziehung der jeweils Betroffenen, insbesondere der relevanten Gesundheitsberufe sowie der Patientinnen und Patienten, unterstützen.



(2) Die Bundesministerin / Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen kann im Zusammenhang mit der Erbringung von Gesundheitsleistungen Qualitätsstandards als Bundesqualitätsleitlinien empfehlen oder als Bundesqualitätsrichtlinien durch Verordnung erlassen, wobei insbesondere auf Folgendes zu achten ist:

1. Bundeseinheitlichkeit,
2. Bedachtnahme auf sektoren- und berufsübergreifende Vorgehensweise,
3. Patientinnen- und Patientenorientierung,
4. Grundprinzipien der Gesundheitsförderung,
5. Transparenz,
6. gegenwärtiger Stand des Wissens und der Erfahrung bezüglich der Effektivität und der Effizienz.

Die Bundesqualitätsstandards enthalten Vorgaben für eine oder mehrere der in § 5 genannten Dimensionen der Qualitätsarbeit (Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität). Zur Umsetzung der Bundesqualitätsrichtlinien kann der Bund neben verbindlichen Instrumenten auch unverbindliche Instrumente, die durch gleichwertige Maßnahmen – bei Nachweis der Erfüllung der Anforderungen – ersetzt werden können, vorsehen.

(3) An Bundesqualitätsleitlinien oder Bundesqualitätsrichtlinien können Qualitätsindikatoren gekoppelt werden, deren Inhalte auch Elemente der österreichischen Qualitätsberichterstattung darstellen. Bei der Entwicklung von Qualitätsindikatoren ist auf internationale Vergleichbarkeit zu achten.

### **Dimensionen der Qualitätsarbeit**

§ 5. (1) Die Bundesministerin / Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen hat dafür Sorge zu tragen, dass die Qualitätsvorgaben für die Erbringung von Gesundheitsleistungen im Sinne einer systematischen Qualitätsarbeit Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität berücksichtigen. Dabei ist auf die Weiterentwicklung entsprechender Methodenarbeit sowie auf Melde- und Dokumentationsanforderungen Bedacht zu nehmen. Diese Vorgaben haben mit Bedacht auf internationale Entwicklungen zu erfolgen.

(2) Im Bereich der Strukturqualität hat die Bundesministerin / der Bundesminister für Gesundheit und Frauen verbindliche Strukturqualitätskriterien für die Erbringung von Gesundheitsleistungen zu entwickeln. Diese Strukturqualitätskriterien sind bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen einzuhalten, unabhängig davon, in welcher Organisationsform diese erbracht werden. Entsprechende Meldepflichten sind hierzu von der Bundesministerin / vom Bundesminister für Gesundheit und Frauen festzulegen.

(3) Im Bereich der Prozessqualität hat die Bundesministerin / der Bundesminister für Gesundheit und Frauen verbindliche Anforderungen zu entwickeln sowie Unterstützung durch die Zurverfügungstellung geeigneter Instrumente zu gewährleisten. Die Bundesministerin / Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen hat dafür Sorge zu tragen, dass Indikatoren zur Prozessqualität und Meldepflichten zu diesen Prozessqualitätsindikatoren festgelegt werden, unter anderem im Rahmen der österreichischen Qualitätsberichterstattung.

(4) Im Bereich der Ergebnisqualität hat die Bundesministerin / der Bundesminister für Gesundheit und Frauen dafür Sorge zu tragen, dass Indikatoren und Referenzgrößen zur Ergebnisqualität und entsprechende Meldepflichten hierzu festgelegt werden, unter anderem im Rahmen der österreichischen Qualitätsberichterstattung.

### **Qualitätsberichterstattung**

§ 6. (1) Die Bundesministerin / Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen hat im Hinblick auf den Aufbau, die Weiterentwicklung, die Sicherung und die Evaluierung eines flächendeckenden österreichischen Qualitätssystems Vorgaben für den Aufbau einer bundeseinheitlichen, bundesländer-, berufs- und sektorenübergreifenden Qualitätsberichterstattung zu machen. Für die diesbezüglich erforderliche Dokumentation und Datenmeldung sind folgende Grundsätze einzuhalten:

1. Festlegung und Erfassung jener Daten, die für die Überprüfung der Erfüllung der Vorgaben dieses Bundesgesetzes notwendig sind;
2. die Sicherstellung der österreichweiten Erfassung der für die Beobachtung der Qualität des österreichischen Gesundheitswesens relevanten Daten;
3. die Geringhaltung des administrativen Aufwandes bei der Dokumentation und Qualitätsberichterstattung und die weitestgehende Einbeziehung bestehender Dokumentationen.

(2) Die Bundesministerin / Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen kann durch Verordnung nähere Bestimmungen hinsichtlich der Dokumentation bzw. der Qualitätsberichterstattung festlegen. Dazu zählen insbesondere:

1. Datenumfang, Datenqualität, Datenfluss,
2. Berichtszeitpunkt,
3. Berichtszeitraum und
4. Festlegung der zur Dokumentation, Datenmeldung und Qualitätsberichterstattung Verpflichteten.

Dabei ist insbesondere auf die in Abs. 1 genannten Vorgaben Bedacht zu nehmen.

(3) Die Bundesministerin / Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen hat im Sinne der verstärkten Transparenz die Intensität der Mitwirkung der Akteurinnen und Akteure am österreichischen Qualitätssystem für die interessierte Öffentlichkeit in geeigneter Form bekannt zu machen. Sie / Er hat darüber hinaus dafür Sorge zu tragen, dass entsprechende Rückmeldesysteme an die zur Qualitätsberichterstattung Verpflichteten eingerichtet werden.

#### **Fördermaßnahmen und Anreizmechanismen**

§ 7. Die Bundesministerin / Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen kann die Entwicklung von Fördermaßnahmen und Anreizmechanismen im Bereich der Qualitätsarbeit unterstützen. Die Bundesministerin / Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen kann auch selbst Fördermaßnahmen und Anreizmechanismen zur nachhaltigen Verbesserung bzw. Sicherstellung der Qualität von Gesundheitsleistungen setzen.

#### **Kontrolle**

§ 8. (1) Die Bundesministerin / Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen hat im Zusammenhang mit der Sicherung und Verbesserung der Qualität von Gesundheitsleistungen eine bundesweite Beobachtung und Kontrolle sicherzustellen. Diese umfasst jedenfalls

1. die Überprüfung der Mitwirkung an der österreichischen Qualitätsberichterstattung,
2. die Überprüfung der Umsetzung von Bundesqualitätsrichtlinien und
3. die Evaluierung der Umsetzung bzw. Anwendung von Bundesqualitätsleitlinien bzw. des Einsatzes gleichwertiger Instrumente.

(2) Die Bundesministerin / Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen hat sicherzustellen, dass begleitende externe Kontrollen zur Qualitätsarbeit im Gesundheitswesen erfolgen. Zu diesem Zweck haben die Bundesministerin / der Bundesminister für Gesundheit und Frauen sowie die von ihr / ihm beauftragten Personen, Einrichtungen und Behörden das Recht, Auskünfte und Meldungen zu verlangen, in alle für die Qualitätsarbeit relevanten Unterlagen Einsicht zu nehmen, einschließlich der Datenqualität, und bei Bedarf Erhebungen vor Ort durchzuführen, soweit dies zur Wahrnehmung der ihr / ihm obliegenden Aufgaben erforderlich ist. Den Einsicht nehmenden Personen, Einrichtungen und Behörden sind Kopien der eingesehenen Unterlagen kostenlos zur Verfügung zu stellen. Sonstige Beobachtungs- und Kontrollpflichten bzw. –rechte auf Grund anderer Rechtsvorschriften bleiben davon unberührt.

#### **Unterstützung durch das Bundesinstitut für Qualität im**

#### **Gesundheitswesen**

§ 9. (1) Ein “Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen” ist einzurichten. Die Bundesministerin / Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen kann sich bei der Wahrnehmung ihrer / seiner Aufgaben auf Grund dieses Gesetzes dieses “Bundesinstitutes für Qualität im Gesundheitswesen” bedienen.

(2) Dieses Institut hat unter Bedachtnahme auf die Bundeseinheitlichkeit, die bundesländer-, sektoren- und berufsübergreifende Vorgehensweise, die Patientinnen- und Patientenorientierung, die Transparenz, Effektivität, Effizienz und gemäß internationaler Standards insbesondere folgende Aufgaben wahrzunehmen:

1. Mitwirkung bei der Erstellung von allgemeinen Vorgaben und Grundsätzen
  - a) für die Standardentwicklung im Bereich Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität,
  - b) für die Dokumentation zur Qualitätsberichterstattung und für die Qualitätsberichterstattung,
  - c) für Fördermaßnahmen und Anreizmechanismen,
  - d) für die Kontrolle gemäß § 8 Abs. 1;
2. Überprüfung, Empfehlung sowie Erarbeitung von Qualitätsstandards, die von der Bundesministerin / vom Bundesminister für Gesundheit und Frauen erlassen (Bundesqualitätsrichtlinien) oder als Orientierungshilfe (Bundesqualitätsleitlinie) empfohlen werden können;
3. Erstellung des jährlichen Qualitätsberichtes;

4. Durchführung von bzw. Mitwirkung bei der Setzung von Fördermaßnahmen und Anreizmechanismen;
5. Durchführung der bzw. Mitwirkung an der Kontrolle der Einhaltung der Bestimmungen dieses Gesetzes und der auf Grund dieses Gesetzes erlassenen Verordnungen oder sonstiger Vorgaben;
6. Unterstützung der Bundesministerin / des Bundesministers für Gesundheit und Frauen bei der bundesweiten Koordinierung von Qualitätsmaßnahmen zum Zweck der nationalen und internationalen Vergleichbarkeit von Gesundheitsleistungen.

#### **Strafbestimmungen**

**§ 10.** (1) Wer bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen einer auf Grund dieses Gesetzes verbindlich gemachten Bundesqualitätsrichtlinie zuwiderhandelt, begeht, sofern nicht eine gerichtlich strafbare Tat vorliegt, eine Verwaltungsübertretung und ist mit einer Verwaltungsstrafe bis Euro 10.000,-- zu bestrafen, im Wiederholungsfall bis Euro 20.000,--.

(2) Wer den Vorschriften über die Qualitätsberichterstattung oder der Dokumentation nicht entspricht, begeht eine Verwaltungsübertretung und ist mit einer Verwaltungsstrafe bis Euro 3.000,-- zu bestrafen, im Wiederholungsfall bis Euro 5.000,--.

(3) Wer die Kontrollrechte der Bundesministerin / des Bundesministers für Gesundheit und Frauen nach § 8 Abs. 2, zweiter und dritter Satz, oder der von ihr / ihm beauftragten Personen, Einrichtungen oder Behörden behindert, begeht eine Verwaltungsübertretung und ist mit einer Verwaltungsstrafe bis Euro 5.000,-- zu bestrafen, im Wiederholungsfall bis Euro 7.000,--.

(4) Von geahndeten Verwaltungsübertretungen ist die Bundesministerin / der Bundesminister für Gesundheit und Frauen in Kenntnis zu setzen.

#### **Schluss- und In-Kraft-Tretensbestimmungen**

**§ 11.** (1) Mit der Vollziehung dieses Bundesgesetzes ist die Bundesministerin / der Bundesminister für Gesundheit und Frauen betraut.

(2) Dieses Bundesgesetz tritt mit Ausnahme des § 10 am 1. Jänner 2005 in Kraft. § 10 tritt am 1. Jänner 2006 in Kraft.



### **WHO Definition of Palliative Care 2002**

Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problems 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 patient's 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

### **Übersetzung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP):**

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

Palliativmedizin:

- ermöglicht Linderung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen
- bejaht das Leben und erkennt Sterben als normalen Prozess an
- beabsichtigt weder die Beschleunigung noch Verzögerung des Todes
- integriert psychologische und spirituelle Aspekte der Betreuung
- bietet Unterstützung, um Patienten zu helfen, ihr Leben so aktiv wie möglich bis zum Tod zu gestalten
- bietet Angehörigen Unterstützung während der Erkrankung des Patienten und in der Trauerzeit
- beruht auf einem Teamansatz, um den Bedürfnissen der Patienten und ihrer Familien zu begegnen, auch durch Beratung in der Trauerzeit, falls notwendig
- fördert Lebensqualität und kann auch den Verlauf der Erkrankung positiv beeinflussen <sup>1</sup>
- kommt frühzeitig im Krankheitsverlauf zur Anwendung, auch in Verbindung mit anderen Therapien, die eine Lebensverlängerung zum Ziel haben, wie z.B. Chemotherapie oder Bestrahlung, und schließt Untersuchungen ein, die notwendig sind um belastende Komplikationen besser zu verstehen und zu behandeln.

Quelle: [www.dgpalliativmedizin.de](http://www.dgpalliativmedizin.de)

---

<sup>1</sup> Dieser Punkt wurde vom Qualitätskomitee angepasst. Die originale Übersetzung der DGP lautet: „• fördert Lebensqualität und kann möglicherweise auch den Verlauf der Erkrankung positiv beeinflussen „



## ECOG Leistungsstatus - KARNOFSKY Index

ECOG Leistungsstatus	KARNOFSKY Index (%)	
0 Normale uneingeschränkte Aktivität wie vor der Erkrankung.	100	Normalzustand, keine Beschwerden keine Manifeste Erkrankung
	90	Minimale Krankheitssymptome
1 Einschränkung bei körperlicher Anstrengung, aber gehfähig; leichte körperliche Arbeit bzw. Arbeit im Sitzen (z.B. leichte Hausarbeit oder Büroarbeit) möglich.	80	Normale Leistungsfähigkeit mit Anstrengung
	70	Eingeschränkte Leistungsfähigkeit, arbeitsunfähig, kann sich alleine versorgen
2 Gehfähig, Selbstversorgung möglich, aber nicht arbeitsfähig; kann mehr als 50% der Wachzeit aufstehen.	60	Gelegentliche fremde Hilfe
	50	Krankenpflegerische und ärztliche Hilfe, nicht dauernd bettlägrig
3 Nur begrenzte Selbstversorgung möglich; 50% oder mehr der Wachzeit an Bett oder Stuhl gebunden.	40	Bettlägrig, spezielle Pflege erforderlich
	30	Schwer krank, Krankenhauspflege notwendig
4 Völlig pflegebedürftig, keinerlei Selbstversorgung möglich; völlig an Bett oder Stuhl gebunden.	20	Krankenhauspflege und supportive Maßnahmen erforderlich
	10	Moribund, Krankheit schreitet schnell fort
5 Tod	0	Tod

*Karnofsky DA, Burchenal JH. The Clinical Evaluation of Chemotherapeutic Agents in Cancer. In: MacLeod CM (Ed), Evaluation of Chemotherapeutic Agents. Columbia Univ Press, 1949:196.*

*Oken, M.M., Creech, R.H., Tormey, D.C., Horton, J., Davis, T.E., McFadden, E.T., Carbone, P.P.: Toxicity And Response Criteria Of The Eastern Cooperative Oncology Group. Am J Clin Oncol 5:649-655, 1982.*

The ECOG Performance Status is in the public domain therefore available for public use. To duplicate the scale, please cite the reference above and credit the Eastern Cooperative Oncology Group, Robert Comis M.D., Group Chair.





## *Palliative Performance Scale (PPS)*

Palliative Performance Scale (nach Anderson et. al)

<b>Mobilität</b>	<b>Krankheitszeichen</b>	<b>Selbstversorgung</b>	<b>Ernährung</b>	<b>Bewusstsein</b>	<b>in %</b>
voll	normale Aktivität, keine Krankheitszeichen	vollständig	normal	normal	100
voll	normale Aktivität, wenig Zeichen	vollständig	normal	normal	90
voll	normale Aktivität, wenig Zeichen	vollständig	normal oder reduziert	normal	80
reduziert	nicht arbeitsfähig, wenig Zeichen	vollständig	normal oder reduziert	normal	70
reduziert	Haushalt oder Hobby nicht möglich	gelegentlich Hilfe erforderlich	normal oder reduziert	normal oder verwirrt	60
vor allem sitzend od. liegend	keine Tätigkeit möglich, ausgeprägte Zeichen	deutliche Unterstützung erforderlich	normal oder reduziert	normal oder verwirrt	50
vor allem bettlägerig	keine Tätigkeit möglich, ausgeprägte Zeichen	überwiegend Unterstützung	normal oder reduziert	normal, somnolent oder verwirrt	40
vollständig bettlägerig	keine Tätigkeit möglich, ausgeprägte Zeichen	vollständige Pflege erforderlich	reduziert	normal, somnolent oder verwirrt	30
vollständig bettlägerig	keine Tätigkeit möglich ausgeprägte Zeichen	vollständige Pflege erforderlich	minimal schlucken	normal, somnolent oder verwirrt	20
vollständig bettlägerig	keine Tätigkeit möglich, ausgeprägte Zeichen	vollständige Pflege erforderlich	mundvoll schlucken	somnolent oder Koma	10

Diese Skala ist eine Weiterentwicklung des Karnofsky-Index, speziell zur Erfassung des Allgemeinzustandes von Palliativpatientinnen und – patienten und wurde 1996 von kanadischen Wissenschaftlern veröffentlicht (Anderson F. et al, „Palliative Performance Scale ((PPS)): A new tool“, Journal of Palliative Care, 1996; 12(1):5-11). Neben Krankheitszeichen und der Bedürftigkeit nach Pflege und Unterstützung werden auch die Mobilität, die Bewusstseinslage und die Fähigkeit zur Nahrungsaufnahme der Betroffenen beurteilt.



# Der POS

## (Fragebogen zur Beurteilung der Palliativbetreuung) FRAGEBOGEN FÜR BETREUENDES PERSONAL

Initialen des Patienten		Lfd. Nummer		Fragebogennummer	
Ort der Betreuung		hauptamtlicher Betreuer		Datum	

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen durch Ankreuzen des Kästchens neben der Aussage, die den Zustand des Patienten am besten beschreibt. Herzlichen Dank.

1. War der Patient in den vergangenen 3 Tagen durch Schmerzen beeinträchtigt?  
0 Nein, gar nicht  
1 Etwas - musste nichts dagegen unternehmen  
2 Mäßig - geringe Beeinträchtigung durch Schmerzen  
3 Stark - Aktivität oder Konzentration deutlich beeinträchtigt  
4 Außerordentlich stark- konnte an nichts anderes denken
  
2. War das Allgemeinbefinden des Patienten in den vergangenen 3 Tagen durch andere Symptome, wie z.B. Übelkeit, Atemnot, Husten oder Verstopfung, beeinträchtigt?  
0 nein, gar nicht  
1 etwas  
2 mäßig  
3 Stark  
4 Außerordentlich stark
  
3. War der Patient in den vergangenen 3 Tagen wegen seiner Krankheit oder seiner Behandlung besorgt oder beunruhigt?  
0 Nein, gar nicht  
1 Gelegentlich  
2 Manchmal – Konzentration war hin und wieder beeinträchtigt  
3 Meistens – Konzentration war oft beeinträchtigt  
4 Patient scheint an nichts anderes zu denken - ist ganz und gar mit seinen Sorgen und Ängsten beschäftigt
  
4. Waren die Angehörigen oder Freunde in den vergangenen 3 Tagen wegen des Patienten besorgt oder beunruhigt?  
0 Nein, gar nicht  
1 Gelegentlich  
2 manchmal - ihre Konzentration schien beeinträchtigt zu sein  
3 Meistens  
4 Ja, sie schienen ständig besorgt zu sein
  
5. Wie umfassend wurde der Patient, bzw. seine Angehörigen und Freunde, in den vergangenen 3 Tagen informiert?  
0 Umfassend informiert - der Patient weiß, dass er jederzeit nachfragen kann  
1 Hat Informationen erhalten, aber nicht immer verstanden  
2 wurde auf Nachfrage informiert - Patient hätte sich mehr gewünscht  
3 wurde sehr wenig informiert – einige Fragen wurde vermieden  
4 überhaupt nicht

6. Konnte der Patient seine Gefühle in den vergangenen 3 Tagen mit Angehörigen oder Freunden teilen?
- 0 Ja, soviel er wollte
  - 1 Meistens
  - 2 Manchmal
  - 3 Gelegentlich
  - 4 Nein, überhaupt nicht / konnte sich niemandem mitteilen
7. Hatten Sie in den vergangenen 3 Tagen den Eindruck, dass der Patient das Leben lebenswert fand?
- 0 Ja, immer
  - 1 Meistens
  - 2 Manchmal
  - 3 Gelegentlich
  - 4 Nein, überhaupt nicht
8. Hatten Sie in den vergangenen 3 Tagen den Eindruck, dass der Patient ein positives Selbstwertgefühl hatte?
- 0 Ja, immer
  - 1 Meistens
  - 2 Manchmal
  - 3 Gelegentlich
  - 4 Nein, überhaupt nicht
9. Wie viel Zeit wurde Ihrer Ansicht nach in den vergangenen 3 Tagen mit behandlungsbezogenen Terminen vergeudet, z.B. durch Warten auf Transporte, Wiederholung von Untersuchungen?
- 0 Gar keine Zeit
  - 2 Bis zu einem halben Tag
  - 4 mehr als ein halber Tag
10. Wurden in den vergangenen 3 Tagen konkrete Aspekte der Erkrankung, z.B. finanzieller oder persönlicher Art, angesprochen?
- 0 Praktische Probleme wurden in Angriff genommen und zur Zufriedenheit des Patienten geregelt
  - 2 Praktische Probleme werden zur Zeit in Angriff genommen
  - 4 Es gibt praktische Probleme, die nicht in Angriff genommen wurden
  - 0 Der Patient hatte keine praktischen Probleme
11. Welche Probleme des Patienten standen in den vergangenen 3 Tagen im Vordergrund?
- 1 \_\_\_\_\_
- 2 \_\_\_\_\_
- 3 \_\_\_\_\_
12. Wie ist der Funktionsstatus (ECOG) des Patienten?
- 0 Normale Aktivität
  - 1 Gehfähig, leichte Arbeit möglich
  - 2 Nicht arbeitsfähig, kann > 50% der Wachzeit aufstehen
  - 3 Begrenzte Selbstversorgung, >50% Wachzeit bettlägrig
  - 4 Pflegebedürftig, permanent bettlägrig

# Der POS

## (Fragebogen zur Beurteilung der Palliativbetreuung) FRAGEBOGEN FÜR PATIENTEN

Initialen des Patienten		Lfd. Nummer		Alter	
Ort der Betreuung		Datum		Fragebogennummer	

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen durch Ankreuzen des Kästchens neben der Aussage, die Ihren Zustand am besten beschreibt. Durch Ihre Antworten helfen Sie uns, Ihre Betreuung und die anderer Patienten zu verbessern. Herzlichen Dank.

1. Waren Sie in den vergangenen 3 Tagen durch Schmerzen beeinträchtigt?  
0 Nein, gar nicht  
1 Etwas - musste nichts dagegen unternehmen  
2 Mäßig - geringe Beeinträchtigung durch Schmerzen  
3 Stark - Aktivität oder Konzentration deutlich beeinträchtigt  
4 Außerordentlich stark - konnte an nichts anderes denken
  
2. War Ihr Allgemeinbefinden in den vergangenen 3 Tagen durch andere Symptome, wie z.B. Übelkeit, Atemnot, Husten oder Verstopfung, beeinträchtigt?  
0 Nein, gar nicht  
1 Etwas  
2 Mäßig  
3 Stark  
4 Außerordentlich stark
  
3. Waren Sie in den vergangenen 3 Tagen wegen Ihrer Krankheit oder Ihrer Behandlung besorgt oder beunruhigt?  
0 Nein, gar nicht  
1 Gelegentlich  
2 Manchmal - meine Konzentration war hin und wieder beeinträchtigt  
3 Meistens - meine Konzentration war oft beeinträchtigt  
4 Ich kann an nichts anderes denken - bin ganz und gar mit meinen Sorgen und Ängsten beschäftigt
  
4. Waren Ihre Angehörigen oder Freunde in den vergangenen 3 Tagen Ihretwegen besorgt oder beunruhigt?  
0 Nein, gar nicht  
1 Gelegentlich  
2 Manchmal - ihre Konzentration schien beeinträchtigt zu sein  
3 Meistens  
4 Ja, sie waren ständig mit ihren Sorgen um mich beschäftigt
  
5. Wie umfassend wurden Sie, bzw. Ihre Angehörigen und Freunde, in den vergangenen 3 Tagen informiert?  
0 Umfassend informiert - ich weiß, dass ich jederzeit nachfragen kann  
1 Habe Informationen erhalten, aber nicht immer verstanden  
2 Wurde auf Nachfrage informiert - hätte aber gern mehr erfahren  
3 Wurde sehr wenig informiert - einige Fragen wurden vermieden  
4 Überhaupt nicht

6. Konnten Sie Ihre Gefühle in den vergangenen 3 Tagen mit Ihren Angehörigen oder Freunden teilen?

- 0 Ja, soviel ich wollte
- 1 Meistens
- 2 Manchmal
- 3 Gelegentlich
- 4 Nein, überhaupt nicht / konnte mich niemandem mitteilen

7. Empfinden Sie in den vergangenen 3 Tagen Ihr Leben als lebenswert?

- 0 Ja, immer
- 1 Meistens
- 2 Manchmal
- 3 Gelegentlich
- 4 Nein, überhaupt nicht

8. Hatten Sie in den vergangenen 3 Tagen ein positives Selbstwertgefühl?

- 0 Ja, immer
- 1 Meistens
- 2 Manchmal
- 3 Gelegentlich
- 4 Nein, überhaupt nicht

9. Wie viel Zeit wurde Ihrer Ansicht nach in den vergangenen 3 Tagen mit behandlungsbezogenen Terminen vergeudet, z.B. durch Warten auf Transporte, Wiederholung von Untersuchungen?

- 0 Gar keine Zeit
- 2 Bis zu einem halben Tag
- 4 Mehr als ein halber Tag

10. Wurden in den vergangenen 3 Tagen konkrete Aspekte der Erkrankung, z.B. finanzieller oder persönlicher Art angesprochen?

- 0 Praktische Probleme wurden in Angriff genommen und zu meiner Zufriedenheit geregelt
- 2 Praktische Probleme werden zur Zeit in Angriff genommen
- 4 Es gibt praktische Probleme, die nicht in Angriff genommen wurden
- 0 Ich hatte keine praktischen Probleme

11. Welche Probleme standen für Sie in den vergangenen 3 Tagen im Vordergrund?

- 1 \_\_\_\_\_
- 2 \_\_\_\_\_
- 3 \_\_\_\_\_

12. Wie haben Sie diesen Fragebogen ausgefüllt?

- 0 Alleine
- 1 Mit Hilfe eines Freundes oder Familienangehörigen
- 2 Mit Hilfe des Personals

