

Spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung

FÜR ERWACHSENE SOWIE KINDER,
JUGENDLICHE UND JUNGE ERWACHSENE



Spezialisierte
**Hospiz- und
Palliativversorgung**

FÜR ERWACHSENE SOWIE KINDER,
JUGENDLICHE UND JUNGE ERWACHSENE

Broschüre

Neufassung 2025

Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit,
Pflege und Konsumentenschutz (BMASGPK)

Involvierte Expertinnen und Experten seit dem Jahr 2003/2004¹

Projektgruppen im Rahmen der Arbeiten zu Qualitätskriterien (QK) gemäß § 6 HosPalFG im Jahr 2022

Qualitätskriterien Erwachsene

Franziska Angerer, Caritas Salzburg
Erich Baumgartner, Albert Schweitzer Tageshospiz
Karl Bitschnau, Hospiz Vorarlberg
Lisa Buchegger, Hospizbewegung Vöcklabruck
Karin Eder, Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser
Christof S. Eisl, Hospiz-Bewegung Salzburg
Daniela Feregyhazy-Astecker, Hospizbewegung Wels Stadt/Land
Eva Friessenbichler, LGA – Landesgesundheitsagentur Niederösterreich
Otto Gehmacher, Palliativstation Landeskrankenhaus Hohenems
Anneliese Gottwald, Johanniter-Unfall-Hilfe in Österreich
Nadine Guntner, St. Barbara Hospiz GmbH
Sylvia Gutmann, Hospizteam Zwettl
Sabine Janouschek, Hospizverein Steiermark
Christiane Krainz, Landesverband Hospiz NÖ
Gudrun Kreye, Universitätsklinikum Krems
Rudolf Likar, OPG, Zentrum für interdisziplinäre Schmerztherapie und Palliativmedizin,
Klinikum Klagenfurt am Wörthersee
Veronika Mosich, Caritas Socialis
Werner Mühlböck, THG – Tiroler Hospiz-Gemeinschaft
Claudia Nemeth, HOSPIZ ÖSTERREICH
Leena Pelttari, HOSPIZ ÖSTERREICH
Horst Pilgram, Albert Schweitzer Hospiz
Monika Pinzker, Soziale Dienste Burgenland GmbH
Bettina Pusswald, Hilfswerk Steiermark
Petra Richter, LV Hospiz Kärnten (Hospizbewegung Diakonie)
August Rosenkranz, Caritas der Erzdiözese Wien
Petra Schrödl, Soziale Dienste Burgenland GmbH
Theresa Sellner-Pogány, Caritas Socialis
Rainer Simader, HOSPIZ ÖSTERREICH
Sonja Thalinger, HOSPIZ ÖSTERREICH
Ellen Üblagger, Raphael Hospiz Salzburg
Rudolf Wagner, St. Barbara Hospiz GmbH
Manuela Wasl, Universitätsklinikum Krems

¹ Expertinnen und Experten, Institutionen: Es wurden jene Institutionen angeführt, in denen die Expertinnen/Experten zum Zeitpunkt ihrer Einbeziehung tätig gewesen waren.

Christina Wechselberger, LIV – Landesinstitut für Integrierte Versorgung Tirol
Harald Weikl, Caritas der Erzdiözese Wien
Dietmar Weixler, OPG, Landesklinikum Horn
Andrea Zangenfeind, Koordination Palliativbetreuung Steiermark

Qualitätskriterien Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene

Karl Bitschnau, Hospiz Vorarlberg
Christof S. Eisl, Hospiz-Bewegung Salzburg
Christine Haas-Schranzhofer, THG – Tiroler Hospiz-Gemeinschaft
Petra Hellmich, Hilde Umdasch Haus / Malteser Kinderhilfe
Renate Hlauschek, MOKI NÖ – Mobile Kinderkrankenpflege
Regina Jones, PAPAGENO – Mobiles Kinderhospiz und Palliativteam in Salzburg, Kinderklinikum Salzburg
Martina Kronberger-Vollnhofer, MOMO Kinderpalliativzentrum, Kinderhospizbeauftragte HOSPIZ ÖSTERREICH
Patrizia Linzatti, ELKI Klagenfurt, Mobiles Kinderpalliativteam Klagenfurt
Claudia Nemeth, HOSPIZ ÖSTERREICH
Katharina Paier, Mobiles Kinderpalliativteam Graz
Ulrike Pribil, KinderPalliativNetzwerk gGmbH, Kinderhospizbeauftragte HOSPIZ ÖSTERREICH
Rainer Simader, HOSPIZ ÖSTERREICH
Sonja Thalinger, HOSPIZ ÖSTERREICH
Doris Zoder-Spalek, MOKI Burgenland

*nominierte Expertinnen/Experten mit Teilnahme an mindestens einer Sitzung

Arbeitsgruppe Broschüre Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene, Aktualisierung 2014 (BMG 2014)

Karl W. Bitschnau, Hospiz Vorarlberg
Erich Borovnyak, Caritas der Erzdiözese Wien
Christof S. Eisl, Hospiz-Bewegung Salzburg
Christiane Krainz, Landesverband Hospiz NÖ
Leena Pelttari, HOSPIZ ÖSTERREICH
Brigitte Riss, Landesverband Hospiz NÖ
Ernst Matthias Rupacher †, Zentrum für interdisziplinäre Schmerztherapie und Palliativmedizin, Klinikum Klagenfurt am Wörthersee
Michaela Werni-Kourik, Palliativkonsiliardienst Wilhelminenspital Wien

Expertengruppe Experten-Konzept Hospiz- und Palliativversorgung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene (BMG 2013)

Annelies Bleil, Caritas Vorarlberg, HOKI – Hospizbegleitung für Kinder
Christof S. Eisl, Hospiz-Bewegung Salzburg
Maria Haidinger, Hospiz-Bewegung Salzburg
Sabine Grünberger, MOKI Kärnten
Karl Harnoncourt (Vertretung: **Monika Benigni**), Hospizverein Steiermark
Erwin Hauser, Abteilung für Kinder und Jugendliche am Landesklinikum Mödling
Gabriele Hintermayer, MOKI Wien
Harald Jankovits (Vertretung: **Gustav Herincs**), Sterntalerhof, Loipersdorf-Kitzladen
Regina Jones, Station Sonnenschein – Kinderonkologie, LKH Salzburg
Martina Kronberger-Vollnhofer, St. Anna Kinderspital, Kinderhospizbeauftragte HOSPIZ ÖSTERREICH
Werner Mühlböck, Tiroler Hospiz-Gemeinschaft
Leena Pelttari, HOSPIZ ÖSTERREICH
Ulrike Pribil, KinderPalliativNetzwerk Linz, Kinderhospizbeauftragte HOSPIZ ÖSTERREICH
Brigitte Riss, Landesverband Hospiz NÖ

Arbeitsgruppe Konzepterstellung Erwachsene (BMGF 2003/2004)

Johann Baumgartner, Koordination Palliativbetreuung Steiermark
Karl Bitschnau, Hospiz Vorarlberg
Maria Haidinger / Christof S. Eisl, Hospiz-Bewegung Salzburg
Heinrich Kiss, Klinik Oberwart
Ernst Matthias Rupacher † in Vertretung von **Rudolf Likar**, Zentrum für interdisziplinäre Schmerztherapie und Palliativmedizin, Klinikum Klagenfurt am Wörthersee
Brigitte Riss, Landesverband Hospiz NÖ
Arnold Schett, THG – Tiroler Hospiz-Gemeinschaft
Hildegard Teuschl †, HOSPIZ ÖSTERREICH
Wolfgang Wiesmayr †, Hospizbewegung Vöcklabruck
Franz Zdrahal, OPG

Impressum

Zitiervorschlag: Pochobradsky, Elisabeth; Neruda, Thomas; Paretta, Petra; Stoppacher, Andreas (2025): Spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene sowie Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Gesundheit Österreich, Wien

Zl. P6/2/5381

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH,
Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: www.goeg.at

Wien, Neufassung Juli 2025

Titelbild: © a_Taiga - stock.adobe.com

Diese Broschüre trägt zur Umsetzung der Agenda 2030 bei, insbesondere zum Nachhaltigkeitsziel (SDG) 3, „Gesundheit und Wohlergehen“, sowie zu den SDGs 4 und 17.

Abstract

In der vorliegenden Broschüre wird die spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich sowie deren Konzeptualisierung dargestellt. Diese erstreckt sich über die **systematischen Definitionen** der Versorgungsangebote, der **Qualitätskriterien** wie z. B. Personalausstattung, Infrastruktur und Leistungsangebot sowie über Planungsrichtwerte, um eine **bedarfsgerechte** und **qualitätsgesicherte** Versorgungsstruktur sicherzustellen. Die spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung lässt sich in den Erwachsenen- und den Kinderbereich gliedern.

Arbeiten zum Erwachsenenbereich

Mit dem im Jahr 2004 entwickelten Konzept zur abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung im Erwachsenenbereich war ein wichtiger Schritt in Richtung systematische Definitionen, Planungsrichtwerte und Qualitätskriterien in diesem Bereich gesetzt.

Dieses Versorgungskonzept bestehend aus insgesamt **sechs spezialisierten Hospiz- und Palliativangeboten im Erwachsenenbereich** (*Hospizteam, Mobiles Palliativteam, Palliativkonsiliardienst, Tageshospiz, Stationäres Hospiz, Palliativstationen*) wurde im Jahr 2006 von einer Arbeitsgruppe, in der Bund, Bundesländer, Träger der Sozialversicherung und Ärztekammer vertreten waren, bestätigt und war bald beispielgebend im deutschsprachigen Raum: So wurde das Konzept im Jahr 2011 in das Weißbuch der Empfehlungen der Europäischen Gesellschaft für Palliative Care (EAPC) als beispielhaftes Modell für Europa aufgenommen.

Im Jahr 2007 veröffentlichte die Gesundheit Österreich GmbH eine Broschüre, die das Konzept zur abgestuften Versorgung im Erwachsenenbereich weiten Kreisen bekannt machen sollte.

Arbeiten zum Bereich Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene

Ein spezifisches Konzept für die Hospiz- und Palliativversorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen wurde in den Jahren 2012/2013 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit erarbeitet. In diesem bundesweit akkordierten Experten-Konzept wurden **vier spezialisierte Hospiz- und Palliativangebote** für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene (*Kinder-Hospizteam, Mobiles Kinder-Palliativteam, Stationäres Kinder-Hospiz, Pädiatrische Palliativbetten*) charakterisiert und Qualitätskriterien dafür formuliert.

Broschüre 2025

Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz wird nun die Neufassung der Broschüre veröffentlicht. Das im Jahr 2022 in Kraft getretene **Hospiz- und Palliativfondsgesetz (HosPalFG)** und die in diesem Zusammenhang durchgeführten Arbeiten, allen voran jene zu den **Qualitätskriterien und -indikatoren** gemäß § 6 HosPalFG, machten die Erstellung einer Neufassung erforderlich.

Vom HosPalFG sind im Erwachsenenbereich folgende **fünf** spezialisierte Hospiz- und Palliativangebote *Hospizteam, Mobiles Palliativteam, Palliativkonsiliardienst, Tageshospiz* sowie *Stationäres Hospiz* und im Kinderbereich die **drei** spezialisierten Hospiz- und Palliativangebote *Kinder-*

Hospizteam, Mobiles Kinder-Palliativteam sowie *Stationäres Kinder-Hospiz* umfasst. Diese Neufassung enthält nun auch den in dieser Publikation erstmalig aufgenommenen Bereich der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen.

Die beiden spezialisierten Palliativangebote *Palliativstationen* und *Pädiatrische Palliativbetten*, deren **Finanzierung nicht mit Zweckzuschussmitteln des HosPalFG** sondern mittels leistungsorientierter Krankenanstaltenfinanzierung erfolgt, werden zur vollständigen Abbildung der beiden Versorgungskonzepte im Erwachsenen- und im Kinderbereich dargestellt. Die Struktur der Darstellung weicht geringfügig von jener der vom HosPalFG umfassten Angebote ab.

Inhaltsverzeichnis

1	Der Weg zu den beiden Konzepten und zur Neufassung im Jahr 2025.....	14
1.1	Gliederung der Broschüre.....	16
2	Qualitätskriterien und -indikatoren.....	19
2.1	Hospiz- und Palliativfondsgesetz.....	19
2.2	Erarbeitungsprozess.....	20
2.3	Einordnung der HOS/PAL-Qualitätskriterien.....	21
3	Erwachsene.....	23
3.1	Grundsätzliches.....	23
3.2	Internationale und nationale Grundsätze.....	24
3.3	Grundlagen, Inhalte und Charakteristika.....	26
3.3.1	Planungsrichtwerte.....	29
3.4	Qualitätskriterien.....	32
3.4.1	Zugangskriterien.....	32
3.4.2	Qualifikationen.....	34
3.4.3	Hospizteam (HOST).....	37
3.4.4	Mobiles Palliativteam (MPT).....	41
3.4.5	Palliativkonsiliardienst (PKD).....	47
3.4.6	Tageshospiz (THOS).....	52
3.4.7	Stationäres Hospiz (SHOS).....	57
4	Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene.....	64
4.1	Nationale und internationale Grundsätze.....	64
4.2	Besonderheiten bzw. Unterschiede gegenüber dem Erwachsenenbereich.....	66
4.3	Inhalte und Grundsätze pädiatrischer Hospiz- und Palliativversorgung.....	67
4.4	Erkrankungsgruppen.....	68
4.5	Grundlagen, Inhalte und Charakteristika.....	69
4.5.1	Planungsrichtwerte.....	72
4.6	Qualitätskriterien.....	74
4.6.1	Zugangskriterien.....	74
4.6.2	Qualifikationen.....	76
4.6.3	Kinder-Hospizteam (KiHOST).....	80
4.6.4	Mobiles Kinder-Palliativteam (MKiPT).....	85
4.6.5	Stationäres Kinder-Hospiz (SKiHOS).....	91
5	Verwendete Literatur.....	99

Anhang – LKF-finanzierte spezialisierte Palliativangebote

Abkürzungen

ACP	advance care planning
ACT	Association for Children with Life Threatening or Terminal Conditions and their Families (nunmehr Together for Short Lives)
ALS	amyotrophe Lateralsklerose
BMASGPK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
DGKP	diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin / diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger
EAPC	European Association for Palliative Care
ECTS	European Credit Transfer System
ELGA	elektronische Gesundheitsakte
EW	Einwohner:innen
FH	Fachhochschule
FSB-A	Fachsozialbetreuer:in mit Schwerpunkt Altenarbeit
FSB-BA	Fach-Sozialbetreuer:in mit Schwerpunkt Behindertenarbeit
ggf.	gegebenenfalls
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
HOS/PAL	Hospiz- und Palliativbereich
HosPalFG	Hospiz- und Palliativfondsgesetz
ICPCN	International Children's Palliative Care Network
i. d. g. F.	in der geltenden Fassung
IMPaCCT	International Meeting for Palliative Care in Children, Trento
IT	Informationstechnik
KAKuG	Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz
LKF	leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
Mio.	Million
MTD-Gesetz 2024 – MTDG	Bundesgesetz über die gehobenen medizinisch-therapeutisch- diagnostischen Gesundheitsberufe
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
ONK	Onkologie
OPG	Österreichische Palliativgesellschaft
PA	Pflegeassistent:in
PCA	patient-controlled analgesia
PFA	Pflegefachassistent:in
PVE	Primärversorgungseinheit
SIDS	sudden infant death syndrome
SozBezG 2024	Sozialarbeits-Bezeichnungsgesetz 2024
UE	Unterrichtseinheit(en)
VZÄ	Vollzeitäquivalente
WHO	World Health Organization

Spezialisierte Hospiz- und Palliativangebote für Erwachsene

HOST	Hospizteam
MPT	Mobiles Palliativteam
PKD	Palliativkonsiliardienst
THOS	Tageshospiz
SHOS	Stationäres Hospiz
PAL	Palliativstation

Spezialisierte Hospiz- und Palliativangebote für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene

KiHOST	Kinder-Hospizteam
MKiPT	Mobiles Kinder-Palliativteam
SKiHOS	Stationäres Kinder-Hospiz
PPB	Pädiatrische Palliativbetten

1 Der Weg zu den beiden Konzepten und zur Neufassung im Jahr 2025

Arbeiten zum Erwachsenenbereich

Im Jahr 2004 entwickelte die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG - damals ÖBIG) im Auftrag des damaligen Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen gemeinsam mit Vertreterinnen und Vertretern von HOSPIZ ÖSTERREICH² und der Österreichischen Palliativgesellschaft (OPG) sowie mit Expertinnen und Experten aus den Bundesländern das Konzept zur abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung. Mit diesem Konzept war ein wichtiger Schritt in Richtung systematische Definitionen, Planungsrichtwerte und Qualitätskriterien im **Erwachsenenbereich** gesetzt. Spezialisierte Hospiz- und Palliativangebote sollen die etablierten Einrichtungen und Dienstleister:innen des Gesundheits- und Sozialwesens (Grundversorgung) ergänzen.

Dieses Versorgungskonzept, bestehend aus einem Versorgungssystem mit insgesamt **sechs spezialisierten Hospiz- und Palliativangeboten** im Erwachsenenbereich (*Hospizteam, Mobiles Palliativteam, Palliativkonsiliardienst, Tageshospiz, Stationäres Hospiz, Palliativstationen*), wurde im Jahr 2006 von einer Arbeitsgruppe, in der Bund, Bundesländer, Träger der Sozialversicherung und Ärztekammer vertreten waren, bestätigt und war bald beispielgebend im deutschsprachigen Raum: So wurde das Konzept im Jahr 2011 in das Weißbuch der Empfehlungen der Europäischen Gesellschaft für Palliative Care (EAPC) als beispielhaftes Modell für Europa aufgenommen.

Das Positionspapier der EAPC greift u. a. die Konzeption der abgestuften Versorgung aus Österreich auf und hält dazu fest, dass in einem abgestuften System palliativer Versorgungsangebote die verschiedenen Bedürfnisse der Patientinnen/Patienten und deren Angehöriger mit dem am besten geeigneten Versorgungsangebot in Einklang gebracht werden. In einem solchen System kann der oder die richtige Patient:in zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort behandelt werden (Radbruch/Payne 2011).

Die Grundzüge des Konzepts wurden 2010 in den *Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG)* aufgenommen und damit in der integrierten Planung verankert.

Im Jahr 2007 veröffentlichte die GÖG eine Broschüre, die das Konzept zur abgestuften Versorgung im Erwachsenenbereich weiten Kreisen bekannt machen sollte.

Die Entwicklungen in den darauffolgenden Jahren und die Arbeit an einem Prozesshandbuch (*Prozesshandbuch Hospiz- und Palliativeinrichtungen* [BMG 2012]), in dem die zentralen Abläufe in den Hospiz- und Palliativeinrichtungen systematisch beschrieben werden, führten zur 1. Aktualisierung der Broschüre im Jahr 2014, die Erstellung erfolgte auf Grundlage eines Arbeitsauftrags der Bundesgesundheitsagentur (Broschüre *Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene* [BMG 2014]). Die Arbeitsgruppe überarbeitete und aktualisierte Bedarfszahlen und Qualitätskriterien zu den einzelnen Hospiz- und Palliativangeboten. Die Inhalte der Broschüre wurden von der Fachgruppe Planung akkordiert.

² Dachverband der Hospiz- und Palliativeinrichtungen

Arbeiten zum Bereich Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene

Im Rahmen des im April 2010 vom Gesundheitsminister gestarteten Kindergesundheitsdialogs wurde dringender Handlungsbedarf im Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen konstatiert, welcher sich in der im Jahr 2011 publizierten Kindergesundheitsstrategie in der Formulierung eines eigenen Ziels (Ziel 19) niederschlug. Ein spezifisches Konzept für die Hospiz- und Palliativversorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen wurde in den Jahren 2012/2013 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit erarbeitet – unter Einbeziehung einer in Abstimmung mit HOSPIZ ÖSTERREICH einberufenen nominierten Arbeitsgruppe, die aus Expertinnen und Experten aus allen Bundesländern bestand, die in der Betreuung schwerkranker Kinder tätig waren bzw. mit der Thematik befasst und vertraut waren.

In diesem bundesweit akkordierten Experten-Konzept wurden **vier spezialisierte Hospiz- und Palliativangebote** für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene (*Kinder-Hospizteam, Mobiles Kinder-Palliativteam, Stationäres Kinder-Hospiz, Pädiatrische Palliativbetten*) charakterisiert und Qualitätskriterien dafür formuliert, wobei Planungsrichtwerte und quantitative Personalvorgaben in einem geringeren Detaillierungsgrad aufgenommen wurden als im Erwachsenenbereich.

Broschüre 2025

Die **bundesweit akkordierten** (oben erwähnten) **Konzepte** fanden in Österreich Akzeptanz und Anwendung (so fanden etwa die Inhalte Eingang in das HosPalFG, vgl. die Legaldefinitionen gemäß § 2), obwohl sie Empfehlungscharakter und keine Verbindlichkeit aufwiesen. Die beiden entwickelten Versorgungskonzepte, jenes für den Erwachsenen- und jenes für den Kinderbereich, wurden bis auf die beiden im Rahmen der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) finanzierten Palliativangebote (Palliativstationen, Pädiatrische Palliativbetten) in das HosPalFG aufgenommen.

Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz wird nun die Neufassung der Broschüre veröffentlicht. Das im Jahr 2022 in Kraft getretene HosPalFG und die in diesem Zusammenhang durchgeführten Arbeiten, allen voran jene zu den Qualitätskriterien und -indikatoren gemäß § 6 HosPalFG, machten die Erstellung einer Neufassung erforderlich. Diese Fassung enthält nun auch den in dieser Publikation erstmalig aufgenommenen Bereich der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen.

Im März 2025 fand die Reflexionssitzung mit Vertreterinnen und Vertretern der Bundesländer zur Neufassung der Broschüre statt. Darüber hinaus wurde HOSPIZ ÖSTERREICH in die gegenständliche Erstellung der Neufassung einbezogen.

Die Neufassung der Broschüre kann und will mögliche künftige gesetzliche Neuerungen und in der Praxis erfolgende Weiterentwicklungen in der Hospiz- und Palliativversorgung nicht vorwegnehmen.

In der vorliegenden Fassung der Broschüre wurden in Bezug auf die beschlossenen Qualitätskriterien gemäß § 6 HosPalFG (siehe auch Abschnitt 2.2) redaktionelle Anpassungen vorgenommen. Aufgrund der aktuellen Gesetzeslage sowie aktueller Bezeichnung des dreistufigen Masterstudiengangs *Palliative Care* wurden folgende Aktualisierungen durchgeführt:

- *Personal der Sozialen Arbeit* entsprechend dem Sozialarbeits-Bezeichnungsgesetz 2024 (SozBezG 2024) und
- gehobene medizinisch-therapeutisch-diagnostische Gesundheitsberufe entsprechend dem Bundesgesetz über die gehobenen medizinisch-therapeutisch-diagnostischen Gesundheitsberufe (MTD-Gesetz 2024-MTDG) sowie
- PMU – Masterstudiengang *Palliative Care* (vgl. die jeweiligen Abschnitte *Qualifikationen* im Erwachsenen bzw. Kinderbereich)³.

Weitere Änderungen wurden mit entsprechenden Fußnoten gekennzeichnet.

1.1 Gliederung der Broschüre

1 Der Weg zu den beiden Konzepten und zur Neufassung 2025

In diesem Kapitel werden die Arbeiten auf Bundesebene zur Konzepterstellung im Erwachsenenbereich und schließlich im Kinderbereich dargestellt.

2 Qualitätskriterien und -indikatoren

In diesem Kapitel wird im Zusammenhang mit den Qualitätskriterien und -indikatoren (in der Folge Qualitätskriterien) das HosPalFG beschrieben und werden der Erarbeitungsprozess zu den Qualitätskriterien, ihre Einordnung sowie ihre strukturelle Abbildung in den acht vom HosPalFG umfassten Hospiz- und Palliativangeboten skizziert.

Die Qualitätskriterien werden sowohl im Erwachsenen- als auch im Kinderbereich in analoger Weise dargestellt, die Struktur der dargestellten Inhalte ist identisch:

Zu Beginn werden für die Angebote der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene bzw. Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene folgende Informationen dargestellt (im jeweiligen Erwachsenen- und Kinderkapitel):

- Übersicht über alle Planungsrichtwerte zum Bedarf sowie die vorgesehenen Einzugs- und Versorgungsgebiete
 - Zugangskriterien – Grundsätzliches
 - allgemeine Zugangskriterien
 - Qualifikationen: Auflistung der Qualifikationen für die in den Qualitätskriterien angeführten Berufsgruppen

Anschließend werden die Qualitätskriterien pro Hospiz- und Palliativangebot gegliedert nach folgenden Inhalten dargestellt:

- Definition des Angebots
- Zielgruppe

³ <https://www.pmu.ac.at/studium-weiterbildung/pmu-academy/palliative-care> [Zugriff am 31.10.2024]

- Auftrag und Ziel
- spezifische Zugangskriterien für jedes der vom HosPalFG umfassten Hospiz- und Palliativangebote
- Personalausstattung (pro Berufsgruppe)
- Infrastruktur
- Leistungsangebot
- Größe/Kapazität
- Planungsrichtwert
- Einzugs-/Versorgungsgebiet

3 Erwachsene

Hier werden internationale und nationale Grundsätze der Hospiz- und Palliativversorgung im Erwachsenenbereich referiert. Grundlagen, Inhalte und Charakteristika der spezialisierten Hospiz- und Palliativangebote werden dargestellt, eine tabellarische Darstellung der Planungsrichtwerte wird geboten, und schließlich werden die Inhalte der Qualitätskriterien für die **fünf vom HosPalFG umfassten** spezialisierten Hospiz- und Palliativangebote *Hospizteam (HOST)*, *Mobiles Palliativteam (MPT)*, *Palliativkonsiliardienst (PKD)*, *Tageshospiz (THOS)* sowie *Stationäres Hospiz (SHOS)* in der obenstehenden Struktur angeführt.

4 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene

In diesem Kapitel werden grundlegende internationale Arbeiten in der Hospiz- und Palliativversorgung im Kinderbereich referiert und dessen Besonderheiten bzw. Unterschiede zum Erwachsenenbereich dargestellt. Weiters enthält dieses Kapitel Inhalte und Grundsätze der Hospiz- und Palliativversorgung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, Grundlagen, Inhalte und Charakteristika der spezialisierten Hospiz- und Palliativangebote im Kinderbereich sowie die tabellarische Darstellung der Planungsrichtwerte. Schließlich werden die Inhalte der Qualitätskriterien für die **drei vom HosPalFG umfassten** spezialisierten Hospiz- und Palliativangebote *Kinder-Hospizteam (KiHOST)*, *Mobiles Kinder-Palliativteam (MKiPT)* sowie *Stationäres Kinder-Hospiz (SKiHOS)* abgebildet. Die Darstellung der Qualitätskriterien erfolgt in struktureller Hinsicht analog jener im Erwachsenenbereich (siehe oben).

Anhang – LKF-finanzierte spezialisierte Palliativangebote

Die beiden spezialisierten Palliativangebote *Palliativstationen* und *Pädiatrische Palliativbetten* werden zur vollständigen Abbildung der beiden Versorgungskonzepte im Erwachsenen- und im Kinderbereich auf Grundlage von Expertenempfehlungen von 2015 (Broschüre *Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene* [BMG 2014]) und 2013 (Experten-Konzept *Hospiz- und Palliativversorgung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene* [BMG 2013]) dargestellt. Beide Grundlagen wurden auf Bundesebene akkordiert (vgl. Kapitel 1). Die Struktur der Darstellung weicht geringfügig von jener der vom HosPalFG umfassten Angebote ab.

Die Qualitätskriterien wurden getrennt dargestellt, einerseits jene, die im ÖSG 2023 i. d. g. F. enthalten sind, andererseits jene, die für die *Palliativstationen* der Broschüre *Abgestufte Hospiz- und*

Palliativversorgung für Erwachsene und für die *Pädiatrischen Palliativbetten* dem Experten-Konzept *Hospiz- und Palliativversorgung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene* entnommen wurden.

Die im ÖSG 2023 i. d. g. F. enthaltenen Qualitätskriterien sind gemeinsam mit dem jeweils gültigen LKF-Modell als Mindestkriterien Voraussetzung für die Berücksichtigung dieser beiden Angebote in Krankenanstalten in den Regionalen Strukturplänen (RSG) sowie für die Abgeltung der Versorgung von Palliativpatientinnen und -patienten in *Palliativstationen* und *Pädiatrischen Palliativbetten*.

2 Qualitätskriterien und -indikatoren

2.1 Hospiz- und Palliativfondsgesetz

Der österreichische Nationalrat hat am 24. Februar 2022 das Hospiz- und Palliativfondsgesetz (HosPalFG) beschlossen, das rückwirkend per 1. Jänner 2022 in Kraft getreten ist. Mit diesem Bundesgesetz werden durch die Gewährung von Zweckzuschüssen an die Bundesländer der **österreichweite bedarfsgerechte und flächendeckende Auf- und Ausbau** sowie die **Sicherung des laufenden Betriebs** der **spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene** sowie für **Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene** unterstützt. Das Ziel dabei ist, **Palliativpatientinnen und Palliativpatienten** und deren **An- und Zugehörigen** Hospiz- und Palliativversorgung **erreichbar, zugänglich und leistbar** zur Verfügung zu stellen und mittels der spezialisierten Hospiz- und Palliativangebote die Grundversorgung⁴ zu ergänzen.

Es handelt sich hierbei um jene spezialisierten Hospiz- und Palliativangebote, die **nicht** unter die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (= *Palliativstationen* und *Pädiatrische Palliativbetten*) fallen.⁵ In das HosPalFG flossen Arbeiten wie z. B. *Regelfinanzierung in der Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene, Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene* (GÖG 2021), die Broschüre *Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene* (2015), das Expertenkonzept *Hospiz- und Palliativversorgung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene* (2013) sowie die von HOSPIZ ÖSTERREICH veröffentlichten Empfehlungen zur Umsetzung der Hospiz- und Palliativversorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Österreich (2015) ein.

Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMASGPK) erstellte die GÖG gemäß § 6 HosPalFG im Einvernehmen mit den Bundesländern und den Trägern der Sozialversicherung Qualitätskriterien und -indikatoren für die Versorgungsangebote der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung – im **Erwachsenenbereich: *Mobiles Palliativteam, Hospizteam, Palliativkonsiliardienst, Tageshospiz und Stationäres Hospiz***; im Bereich **Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene: *Mobiles Kinder-Palliativteam, Kinder-Hospizteam und Stationäres Kinder-Hospiz***.

⁴ Begriffsbestimmung gemäß § 2 Abs. 4 HosPalFG: Grundversorgung umfasst die im Akutbereich durch Krankenhäuser, im Langzeitpflegebereich durch Alten- und Pflegeeinrichtungen und im Familienbereich durch niedergelassene Allgemeinärzte und -ärztinnen sowie Fachärzte und -ärztinnen, mobile Betreuungs- und Pflegedienste und Therapeutinnen und Therapeuten erbrachte Hospiz- und Palliativversorgung.

⁵ Gemäß § 4 HosPalFG können die Zweckzuschüsse im Bereich der Aus-, Fort- und Weiterbildungen und für die Durchführung von Vorsorge- und Informationsgesprächen (insbesondere dem VSD – Vorsorgedialog®) auch im Rahmen der Grundversorgung verwendet werden. Hierbei ist darauf zu achten, dass die dafür verwendeten Mittel nicht dem Auf- und Ausbau der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgungsangebote entgegenstehen.

Die Qualitätskriterien und -indikatoren (in der Folge Qualitätskriterien) haben zumindest folgende Bereiche zu umfassen:

1. Zugangskriterien für die Inanspruchnahme der spezialisierten Hospiz- und Palliativangebote gemäß § 4 Abs. 2 HosPalFG
2. Personalausstattung und -qualifikation
3. Infrastruktur
4. Leistungsangebot und dessen Größenordnung

Gemäß § 5 HosPalFG wird die Gewährung der Zweckzuschüsse unter anderem an die Einhaltung der Kriterien der Qualitätssicherung und -verbesserung im Rahmen eines Qualitätsmanagements (siehe § 6 HosPalFG) geknüpft.

2.2 Erarbeitungsprozess

Die im Einvernehmen festgelegten vorliegenden Qualitätskriterien (erstmalig veröffentlicht im März 2024) wurden in einem dreistufigen Prozess erarbeitet. Im Vorfeld wurde eine Projektstruktur konzipiert und aufgebaut, die von den Vereinbarungspartnern Bund, Bundesländer und Trägern der Sozialversicherung mitgetragen wurde. Diese Projektstruktur sah für die Erarbeitung der Qualitätskriterien die folgenden drei Projektebenen vor:

Projektgruppen⁶

In fünf angebotsspezifischen Projektgruppen, die aus den beiden einschlägigen Interessenvertretungen (HOSPIZ ÖSTERREICH / landeskoordinierende Hospiz- und Palliativorganisationen und Österreichische Palliativgesellschaft) sowie weiteren Vertreterinnen und Vertretern aus der Praxis aus möglichst allen Bundesländern bestanden, wurden Empfehlungen für Qualitätskriterien erarbeitet. Im Vorfeld der Sitzungen wurden inhaltlich kommentierte und aufbereitete Arbeitsunterlagen inklusive Kriterien sowie Leitfragen zur Bearbeitung zur Verfügung gestellt. Nach Abschluss der Arbeiten in den fünf Projektgruppen wurden auch die Sozialpartner eingeladen, zu den vorgelegten Empfehlungen ihre Stellungnahme abzugeben. Die Empfehlungen der Projektgruppen wurden in zwölf Sitzungen im Zeitraum zwischen Juni und September 2022 erarbeitet.

Arbeitsgruppen

Die Empfehlungen der Projektgruppen wurden in fünf angebotsspezifischen Arbeitsgruppen, bestehend aus den Vertreterinnen und Vertretern der Vereinbarungspartner – Bund, Bundesländer, Träger der Sozialversicherung – diskutiert, bei Bedarf adaptiert und für das Beschlussgremium freigegeben. Vertreter:innen von HOSPIZ ÖSTERREICH waren bei allen Arbeitsgruppensitzungen im jeweils ersten Teil der Sitzung eingeladen, für inhaltlich-fachliche Erläuterungen und auftretende Fragen zur Verfügung zu stehen. Insgesamt fanden sechs Sitzungen im Zeitraum zwischen Oktober und Dezember 2022 statt.

⁶ siehe involvierte Expertinnen und Experten

Beschlussgremium

Die von den Arbeitsgruppen freigegebenen Qualitätskriterien wurden vom Beschlussgremium, bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern der Vereinbarungspartner mit Verhandlungsmandat, am 14. Dezember 2022 einvernehmlich festgelegt.

2.3 Einordnung der HOS/PAL-Qualitätskriterien

Die im Einvernehmen festgelegten Qualitätskriterien stellen Folgendes dar:

- eine Aktualisierung/Präzisierung und inhaltliche Weiterentwicklung bereits vorliegender Qualitätskriterien bzw. deren Neudefinition auf Basis fachlich-inhaltlicher Expertise
- die Kernleistungen/Kerninfrastruktur, durch die das jeweilige spezialisierte Hospiz- und Palliativangebot charakterisiert ist
- den Standard, mit dem eine qualitätsgesicherte Versorgung der Palliativpatientinnen und Palliativpatienten sichergestellt ist⁷

Gemäß § 9 HosPalFG hat jedes Bundesland jährlich einen Bedarfs- und Entwicklungsplan für die Hospiz- und Palliativversorgung im Sinne einer zukunftsorientierten Planung zu erstellen. Die Grundlage für die Festlegung des angebotsspezifischen Auf- und Ausbaus des Versorgungsangebots in den einzelnen Bundesländern bilden die in den Qualitätskriterien definierten Planungsrichtwerte. Die Gewichtung, welche spezialisierten Hospiz- und Palliativangebote (HOS/PAL-Angebote) in welchem Umfang benötigt und daher auf- bzw. ausgebaut werden sollen, obliegt dem jeweiligen Bundesland, das auch als Kontaktstelle für Träger der Hospiz- und Palliativangebote fungiert. Insbesondere bei der zwischen den Vereinbarungspartnern erfolgten Festlegung des Auf- und Ausbaugrades im Sinne des § 7 HosPalFG werden dabei das bereits im jeweiligen Bundesland vorhandene Hospiz- und Palliativangebot sowie regionale Gegebenheiten (demografisch, topo-/geografisch) berücksichtigt (vgl. auch die Erläuterungen zu § 7 HosPalFG).

⁷ Die Qualitätskriterien können grundsätzlich in Richtung der von den Projektgruppen definierten Empfehlungen (= innerhalb der Qualitätskriterien mit „empfohlen“ gekennzeichnet) angehoben bzw. erweitert werden.

Eine etwaige Anhebung/Erweiterung der Qualitätskriterien liegt jedenfalls in der Entscheidungskompetenz der Bundesländer. In einem solchen Fall können die in den Hospiz- und Palliativangeboten *MPT*, *PKD*, *THOS*, *SHOS* sowie *MKiPT* und *SKiHOS* mit dem Vermerk *empfohlen* versehenen Qualitätskriterien angewendet werden, die aber auch überschritten werden können. Die Finanzierung von Hospiz- und Palliativangeboten mit angehobenen/erweiterten Qualitätskriterien ist über das HosPalFG nach Maßgabe der für das Bundesland gemäß § 3 Abs. 3 HosPalFG zur Verfügung stehenden Mittel möglich, da es sich bei diesen um Höchstbeträge handelt⁸.

Die Darstellung der Struktur der Qualitätskriterien für die acht vom HosPalFG umfassten spezialisierten Hospiz- und Palliativangebote erfolgt im Erwachsenen -und im Kinderbereich in identischer Weise und findet sich am Ende von Kapitel 1.

⁸ Der Hospiz- und Palliativfonds wurde von den Vereinbarungspartnern Bund, Bundesländern und Trägern der Sozialversicherung in den Jahren 2022 bis 2024 mit insgesamt 324 Millionen Euro gespeist. Ab dem Jahr 2025 wird der vom Bund bereitgestellt Betrag von 51 Millionen Euro aus dem Jahr 2024 um die Aufwertungszahl gemäß Allgemeinem Sozialversicherungsgesetz erhöht. Der hinzukommende finanzielle Beitrag des Landes entspricht mindestens der Höhe der Bundesmittel, der hinzukommende finanzielle Beitrag der Träger der Sozialversicherung maximal derselben Höhe der Bundesmittel (siehe auch § 3 HosPalFG). In der 21. Sitzung der Bundes-Zielsteuerungskommission vom 1. 7. 2022 bekannten sich Bund, Länder und Träger der Sozialversicherung zur Weiterführung der Drittelfinanzierung wie in der Vorgängerbestimmung des § 2a Pflegefondsgesetzes (PFG).

3 Erwachsene

3.1 Grundsätzliches

Die WHO definiert Palliative Care als *Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patientinnen und 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 2002, Übersetzung: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin).

Im Jahr 2014 empfahl die WHO in der Resolution *Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment within the continuum of care* ihren Mitgliedstaaten, Palliative Care in das nationale Gesundheitssystem zu integrieren und sicherzustellen, dass Palliative Care in der Grundausbildung und weiterführenden Ausbildungen für alle Gesundheitsberufe verankert ist (WHO-Resolution 2014).

2023 veröffentlichte die WHO „key facts“ zur Hospiz- und Palliativversorgung⁹, die den Erwachsenen- und den Kinderbereich miteinschließen und u. a. auf nationale und internationale Hindernisse in der Hospiz- und Palliativversorgung eingehen (WHO 2023).

Die WHO hat die Integration von Rehabilitation in Hospiz- und Palliativangebote als Best-Practice-Modell beschrieben. Im Policy Brief „Integration der Rehabilitation in Hospiz- und Palliativangebote“ (2024)¹⁰ wird evidenzbasiert dargestellt, warum es essenziell ist, einen personenzentrierten Ansatz auch am Lebensende umzusetzen und weshalb Multiprofessionalität und die Erweiterung der spezialisierten Hospiz- und Palliativangebote um Leistungen therapeutischer Berufe anzustreben sind.

Adäquate Betreuung, Behandlung und Begleitung erhalten Palliativpatientinnen und Palliativpatienten idealerweise in einem System modular abgestufter Hospiz- und Palliativversorgung¹¹. Damit wird dem Anspruch, *die richtige Patientin / den richtigen Patienten zur richtigen Zeit am richtigen Ort* zu versorgen, entsprochen. Hospizliche und palliative Grundversorgung soll in allen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialsystems erbracht werden. Dazu ist es erforderlich, die Mitarbeiter:innen in Hospizkultur und Palliative Care zu qualifizieren. Die spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung ergänzt mit ihren Leistungsangeboten die Einrichtungen und Dienstleister:innen im Gesundheits- und Sozialwesen.

⁹ <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/palliative-care> [Zugriff am 07.11.2024]

¹⁰ https://www.hospiz.at/wordpress/wp-content/uploads/2024/04/OPG_WHO_Integration_Rehabilitation_PalliativeCare_FINAL.pdf [Zugriff am 12.09.2024]

¹¹ Das System einer abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung bedeutet, eine den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten angemessene Versorgung sicherzustellen. Das System beruht auf einer palliativen Grundversorgung in den bestehenden Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens und darüber hinaus – bei komplexen Situationen und schwierigen Fragestellungen einer Versorgung – aus eigenen, spezialisierten Hospiz- und Palliativangeboten.

Die spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung stellt darüber hinaus in komplexen Situationen und bei schwierigen Fragestellungen zusätzliche Angebote zur Verfügung, die auf individuelle und unterschiedliche Bedarfs- und Bedürfnislagen abgestimmt sind, und ergänzt so die Angebote der Grundversorgung.

Die sechs verschiedenen Versorgungsangebote (Palliativstation, Stationäres Hospiz, Tageshospiz, Palliativkonsiliardienst, Mobiles Palliativteam, Hospizteam) sind mittlerweile in der österreichischen Versorgungslandschaft etabliert.

Spezialisierte Hospiz- und Palliativangebote, die bereits bestehen, jedoch noch nicht im Rahmen des Versorgungskonzepts definiert und in dieses nicht aufgenommen wurden, sind Kombinierte Teams (bestehend aus den beiden bereits definierten Palliativangeboten Palliativkonsiliardienst und Mobiles Palliativteam) sowie Palliativambulanzen (siehe Abschnitt 1.3).

Die tägliche Praxis in den Alten- und Pflegeheimen macht deutlich, dass geriatrische Versorgung und Palliative Care koordiniert kooperieren bzw. ineinanderfließen müssen. Geriatrische Patientinnen und Patienten bedürfen einer sowohl in palliativer als auch geriatrischer Hinsicht kompetenten Betreuung.

3.2 Internationale und nationale Grundsätze

Die **WHO-Definition/Resolution** (WHO 2002, WHO 2014) und **Empfehlungen der EAPC** (Radbruch et al. 2011, Payne et al. 2022) sowie der **Arbeitsgruppe** (BMG 2014) bilden den Ausgangspunkt zu den nachstehenden Grundsätzen:

- Die ganzheitliche Betreuung des Hospiz- und Palliativversorgungsansatzes berücksichtigt die körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse gleichermaßen.
- Palliative-Care-Approach, der Palliativbetreuungsansatz mit dem Fokus auf Symptomlinderung durch die Behandlung von Schmerzen, die Linderung psychosozialer, spiritueller Leiden, den Einsatz vorausschauender Planung und die Therapiezielbestimmung, um die Lebensqualität zu verbessern und den Krankheitsverlauf nach Möglichkeit positiv zu beeinflussen.
- Bedarf und Bedürfnisse der Palliativpatientin / des Palliativpatienten stehen im Zentrum. Individuelle Zuwendung ist sehr wichtig.
- Die Lebensqualität der Palliativpatientin / des Palliativpatienten wie auch deren/dessen An- und Zugehöriger 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. zu Hause, Wohn- und Pflegeheim, Stationäres Hospiz, Krankenhaus, Palliativstation) wird nach Möglichkeit angestrebt.
- Bei lebensbedrohlicher Grunderkrankung soll Palliativbetreuung möglichst frühzeitig („time-ly integration“¹²) mit spezialisierten Fachkräften einbezogen werden. Kurative und palliative Maßnahmen können ineinandergreifen.

¹² Hui, D., et al. (2022, Übersetzung durch GÖG): Zeitnahe Hospiz- und Palliativversorgung ist eine Hospiz- und Palliativversorgung, die auf die Bedürfnisse von Palliativpatientinnen/-patienten zugeschnitten ist und zum optimalen Zeitpunkt und in der optimalen Umgebung erbracht wird. Ihr liegt ein systematischer Prozess zugrunde, um diese Patientinnen/Patienten mit hohem Bedarf an unterstützender Pflege zu identifizieren und diese Personen auf der Grundlage standardisierter Überweisungskriterien zeitnah zur spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung zu überweisen. Empirische Studien ergaben, dass Palliativpatientinnen/-patienten häufiger und zeitnaher überwiesen werden können, wenn standardisierte Überweisungskriterien verwendet werden.

- Das Selbstbestimmungsrecht der Palliativpatientin / des Palliativpatienten hat Priorität (z. B. Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, VSD® bzw. weitere Vorsorge- und Informationsgespräche, Bevollmächtigung einer Vertrauensperson als Stellvertretung in Gesundheitsangelegenheiten).
- Rehabilitation in der Palliative Care wirkt sich positiv auf Palliativpatientinnen und -patienten sowie Gesundheitssysteme aus.
- Das Vorhandensein palliativer Notfallmedikamente ist in Settings der Grundversorgung und der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung für Palliativpatientinnen/-patienten, deren An- und Zugehörige sowie für das Betreuungspersonal relevant (um in akuten Situationen schnell und effektiv handeln zu können, Symptomlast zu reduzieren und das Betreuungspersonal zu entlasten).¹³
- 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 für die Lebensqualität der Betroffenen.
 - Vermeidung von *Übertherapie*: Von Diagnostik/Untersuchungen ohne therapeutische Konsequenz sowie von Therapien ohne Aussicht auf Lebensqualitätsverbesserung wird Abstand genommen.
 - Entscheidungen treffen Palliativpatient:in, An- und Zugehörige und Team gemeinsam („shared decision making“).
- Die Kontinuität qualifizierter Betreuung zu gewährleisten ist eine Maxime. Bei veränderter Bedarfslage kann aber in Abstimmung mit den Betroffenen die Hospiz- und Palliativbetreuung unterbrochen oder beendet werden.
- Ein interprofessionell arbeitendes Team mit jeweils spezieller Qualifikation und Ausbildung im Bereich Palliative Care (z. B. ärztliches Personal, Pflegepersonal, Personal der Sozialen Arbeit, Fachsozialbetreuer:innen, Therapeutinnen/Therapeuten aus den Bereichen Diätologie, Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie, Psychotherapie sowie spirituelle Begleitung) betreut und versorgt die Palliativpatientinnen und Palliativpatienten sowie deren An- und Zugehörige. Ehrenamtliche Hospizbegleiter:innen werden in die Betreuung mit einbezogen.
- Hospizbegleiter:innen spielen in der Hospiz- und Palliativbetreuung eine tragende Rolle und begleiten als kontinuierliche Bezugspersonen in allen Versorgungsstrukturen.
- Zur Aufgabe der Palliativfachkräfte in der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung gehört auch die Weiterbildung der in der Grundversorgung tätigen Berufsgruppen in Palliative Care.
- Die qualifizierte Betreuung unheilbar kranker Menschen erfordert ein enges Vernetzen der Hospiz- und Palliativeinrichtungen mit anderen Gesundheits- und Sozialbereichen sowie verschiedenen medizinischen Disziplinen.

¹³ Seit dem 1. Februar 2024 (Änderung der Rechtslage) besteht die Möglichkeit, patientenunabhängig suchtgift-haltige Arzneimittel durch ein Depot in der Einrichtung zur Verfügung zu haben bzw. als MPT bei Hausbesuchen mitzuführen. Die OPG veröffentlichte auf der Grundlage eines Konsensusprozesses 2023 eine Liste mit palliativen Notfallmedikamenten, seitens HOSPIZ ÖSTERREICH besteht seit 2024 eine Einreichplattform zur Refundierung der Kosten benötigter palliativer Notfallmedikamente in den Einrichtungen.

- Die Tätigkeit der Hospiz- und Palliativbetreuung endet nicht mit dem Tod der Palliativpatientin / des Palliativpatienten, sondern inkludiert bei Bedarf Hilfestellungen für die An- und Zugehörigen und/oder deren Trauerbegleitung.
- Die Grundhaltung der Hospiz- und Palliativversorgung gesellschafts- und gesundheitspolitisch zu integrieren ist ein zentrales Anliegen.

3.3 Grundlagen, Inhalte und Charakteristika

Im Jahr 2022 wurde das 2004 erarbeitete Konzept der modular abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene in das HosPaIFG aufgenommen. Bereits 2010 wurde das Erwachsenenkonzept im ÖSG verankert. Ein weiterer wichtiger Schritt in Richtung breiter Anerkennung dieses Versorgungsbereichs war die Aufnahme aller spezialisierten Hospiz- und Palliativangebote in umfänglicher und gleichwertiger Form in den Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) 2017 und 2023.

Zielgruppe spezialisierter Hospiz- und Palliativversorgung

Zur Zielgruppe der Hospiz- und Palliativversorgung gehören sowohl Palliativpatientinnen und -patienten als auch deren An- und Zugehörige.

Definition von Palliativpatientinnen und -patienten

Palliativpatientinnen und -patienten sind unheilbar kranke sowie sterbende Menschen, die an einer nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen onkologischen und nichtonkologischen Erkrankung mit die Lebensqualität beeinträchtigenden Symptomen und/oder psychosozialen Problemen leiden. Die Verbesserung von Symptomatik und Lebensqualität sowie die psychosoziale Betreuung stehen im Vordergrund der Versorgung.

Spezialisierte Hospiz- und Palliativangebote im Erwachsenenbereich

Die spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung ergänzt mit ihren Leistungsangeboten die Einrichtungen und Dienstleister:innen im Gesundheits- und Sozialbereich.

Mobile Palliativteams unterstützen Mitarbeiter:innen der Gesundheits- und Sozialversorgung außerhalb des Krankenhauses mit fachlicher Expertise in der Betreuung von Palliativpatientinnen und -patienten.

Hospizteams begleiten Palliativpatientinnen und -patienten sowie deren An- und Zugehörige in allen Versorgungskontexten.

Palliativkonsiliardienste unterstützen Mitarbeiter:innen der Abteilungen und Ambulanzen im Krankenhaus mit fachlicher Expertise in der Betreuung von Palliativpatientinnen und -patienten.

Tageshospize betreuen Palliativpatientinnen und -patienten, die den Großteil der Zeit in ihrer gewohnten Umgebung verbringen können, tagsüber und entlasten damit das betreuende Umfeld.

Stationäre Hospize versorgen rund um die Uhr Palliativpatientinnen und -patienten in besonders komplexen Situationen, in denen die pflegerische und psychosoziale Betreuung im Vordergrund steht.

Palliativstationen übernehmen die Versorgung in besonders komplexen Situationen, die durch andere Einrichtungen oder Dienste nicht bewältigt werden können.

Modular abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung – Erwachsene

	Hospiz- und Palliativversorgung			
	Grundversorgung	spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung		
	Einrichtung/Dienstleister:innen	begleitende/ unterstützende Angebote		betreu- ende Ange- bote
Akut- bereich	Krankenhäuser	Hospiz- teams	Palliativ konsiliar- dienste	Palliativ- stationen
Langzeit- bereich	stationäre Pflege und Betreuung (Wohn- und Pflegeheime, Betreuungseinrichtungen)		Mobile Palliativ- teams	Statio- näre Hospize
Familien- bereich, Zuhause	niedergelassener Bereich (Fach-)Ärztinnen/-Ärzte, Primärversorgungs- einheiten, mobile Betreuungs- und Pflege- dienste, Therapeutinnen/Therapeuten etc.		Tages- hospize	
	einfache Situationen (80 bis 90 Prozent der Sterbefälle)	komplexe Situationen, schwierige Fragestellungen (10 bis 20 Prozent der Sterbefälle)		

Angebote, die bereits bestehen, jedoch noch nicht im Rahmen der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung definiert und in diese aufgenommen wurden:

- **Kombinierte Teams:** In der Praxis kommen auch kombinierte Teams zum Einsatz, die aus den beiden spezialisierten Hospiz- und Palliativangeboten PKD und MPT gebildet werden. Kombinierte Teams agieren im und außerhalb des Krankenhauses entsprechend dem Tätigkeitsspektrum beider spezialisierter Hospiz- und Palliativangebote. Kombinierte Teams werden in den Erläuterungen zum HosPalFG erwähnt.
- **Palliativambulanzen:** Entsprechend der internationalen Entwicklung (allen voran in Deutschland und der Schweiz; [AWMF 2021, Payne et al. 2022]) bestehen in Österreich vereinzelt und in ausgewählten Bundesländern (2024: drei) Palliativambulanzen. In Österreich sind die bestehenden Palliativambulanzen an Palliativstationen angeschlossen und mit einer Fach- oder Spezialambulanz vergleichbar. Die Angebote und Leistungen der Palliativambulanzen umfassen Aufklärungs-, Informations- und Beratungsgespräche sowie Interventionen hinsichtlich der Symptomvielfalt im Symptom- und Medikamentenmanagement. Die ambulante Betreuung wird im multiprofessionellen Team und im Nahtstellenmanagement durchgeführt (Anderwald, 2024).

Quellen: HOSPIZ ÖSTERREICH, ÖBIG 2004, adaptiert durch GÖG 2025

Die adäquate Betreuung betroffener Palliativpatientinnen und Palliativpatienten entlastet den Akutbereich – sowohl was Dauer als auch Häufigkeit von Akutaufenthalten betrifft.

3.3.1 Planungsrichtwerte

Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die Planungsrichtwerte zum Bedarf an allen sechs Angeboten der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene sowie über die vorgesehenen Einzugs- und Versorgungsgebiete. Gegebenenfalls sind auch empfohlene Inhalte wiedergegeben, die sich einerseits auf die Ergebnisse aus den Projektgruppen (siehe Prozess zu den *Projektgruppen*) im Rahmen der Arbeiten zum HosPalFG (2022) und andererseits hinsichtlich der *Palliativstationen* auf die Empfehlung aus der Broschüre zur HOS/PAL-Versorgung Erwachsener (BMG 2014) beziehen. Relevante Inhalte zu *Palliativstation* und *Palliativkonsiliardienst* wurden auch aus dem ÖSG i. d. g. F. entnommen.

Planungsrichtwerte zum Bedarf an Angeboten der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene

HOS/PAL-Angebot	Planungsrichtwerte	Einzugs-/Versorgungsgebiet
Hospizteam (HOST)	1 Team in der Regel mit 10 bis 20 ehrenamtlichen Hospizbegleiterinnen/-begleitern und einer hauptamtlichen Koordinationsperson mit 0,5 VZÄ für je 35.000 EW	35.000 Einwohner:innen (abhängig von den regionalen Gegebenheiten ist für ein Team sowohl ein kleineres als auch ein größeres Versorgungsgebiet möglich)
Mobiles Palliativteam (MPT)	1 Team mit mind. 4,5 VZÄ (Ärztinnen/Ärzte, DGKP, Personal der Sozialen Arbeit) (empfohlen: 5,75 VZÄ ¹⁴) je 140.000 EW exklusive Rufbereitschaft	140.000 Einwohner:innen (abhängig von geografischen Gegebenheiten ist für ein Team auch ein kleineres/größeres Versorgungsgebiet möglich) ¹⁵
Palliativkonsiliardienst (PKD)	• 2 VZÄ (Ärztinnen/Ärzte, DGKP, Personal der Sozialen Arbeit) für 150 bis 250 Betten in einem oder mehreren Krankenhäusern • 1 zusätzl. VZÄ je weitere 250 Betten • (empfohlen: 2,5 VZÄ¹⁶) • bei Onkologieschwerpunkt gemäß ÖSG: 1 VZÄ zusätzlich)	PKD können auch krankenhaus- und strukturenübergreifend (z. B. in einem regionalen Krankenhausverbund) tätig sein. PKD gemäß ÖSG 2023 i. d. g. F. Teil jeder bettenführenden Palliativeinheit; in jedem Akutkrankenhaus verfügbar (PKD krankenhausübergreifend tätig)

¹⁴ zusätzlich 0,75 VZÄ für gehobene medizinisch-therapeutisch-diagnostische Gesundheitsberufe (Physiotherapeutinnen/-therapeuten, Ergotherapeutinnen/-therapeuten, Logopädinnen/Logopäden, Diätologinnen/Diätologen) und psychologisches/psychotherapeutisches Personal; 0,5 VZÄ für Teamassistenten

¹⁵ Das Einzugsgebiet soll in Abhängigkeit von der Bevölkerungsdichte und den räumlichen Entfernungen eine Erreichbarkeit in angemessener Zeit gewährleisten, wobei Zeiten innerhalb von 30 bis 45 Minuten anzustreben sind.

¹⁶ zusätzlich 0,5 VZÄ für psychologisches/psychotherapeutisches Personal

HOS/PAL-Angebot	Planungsrichtwerte	Einzugs-/Versorgungsgebiet
Tageshospiz (THOS)	mind. 150.000 EW ¹⁷	mind. 150.000 Einwohner:innen (auch bundesländerübergreifend)
Stationäres Hospiz (SHOS)	25 bis 30 Betten je Mio. EW (<u>empfohlen</u> : 30 Betten je Mio. EW ¹⁸)	geografisch zusammengehörige Regionen (auch bundesländerübergreifend)
Palliativstation (PAL)	ÖSG: - Palliativstation im Rahmen einer Abteilung mit hohen Anteilen an Palliativpatientinnen/-patienten und Palliativinteresse; Einrichtung durch Umwidmung von Akutbetten¹⁹ 50 bis 80 Betten je Mio. EW²⁰ - Mindestbettenanzahl: 8 Betten (<u>empfohlen</u>: 50 Betten je Mio. EW)²¹	Erreichbarkeitsfrist: 60 Minuten ²² (<u>empfohlen</u> : mind. 200.000 Einwohner:innen) ²³

EW = Einwohner:innen

ÖSG = Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2023 i. d. g. F.

VZÄ = Vollzeitäquivalent (auf Basis einer 40-Stunden-Woche). Flexible Beschäftigungsmöglichkeiten (z. B. angestellt, Honorarkraft, Werkvertragsnehmer:in) sind möglich.

¹⁷ Die Grundlage für die Arbeiten zu § 7 HosPalFG (quantitativer Auf- und Ausbau) bildete eine idealtypische Standortplanung als Vorschlag für insgesamt 27 SHOS in ganz Österreich. Ausgangspunkt sind die in der ÖSG-Verordnung publizierten Eignungsstandorte für die ambulante Erwachsenen-Rehabilitation der Phase II. Darauf aufbauend erfolgte eine iterative Simulation der potenziellen THOS-Standorte, bis 90 Prozent der österreichischen Wohnbevölkerung ein THOS in maximal 45 Minuten erreichen. Lediglich zwei der insgesamt 27 THOS-Standorte haben einen kleineren natürlichen Einzugsbereich als die in den Qualitätskriterien des HosPalFG definierten 150.000 Einwohner:innen.

¹⁸ parallele Umsetzung aller spezialisierten HOS/PAL-Angebote im Erwachsenenbereich

¹⁹ gemäß ÖSG 2023 i. d. g. F.: Tabelle *Ausgewählte Versorgungsbereiche*

²⁰ gemäß ÖSG 2023 i. d. g. F.: Planungsrichtwertetabelle: Bettenmessziffer-Sollintervall (BMZvs[min, max]) = 0,05 bis 0,08 Betten pro 1.000 EW

²¹ gemäß Empfehlung in der HOS/PAL-Broschüre 2014 (BMG 2014)

²² gemäß ÖSG 2023 i. d. g. F.: Planungsrichtwertetabelle: Erreichbarkeitsfrist in Minuten für die jeweils nächstgelegene bettenführende Einheit (Err.[Min.]) = 60; zu erfüllen für 90 % der Wohnbevölkerung jedes Bundeslandes (unter Berücksichtigung auch bundesländerübergreifender Versorgungsbeziehungen)

²³ gemäß Empfehlung in der HOS/PAL-Broschüre 2014 (BMG 2014)

Quellen: ÖSG 2023 i. d. g. F., Broschüre *Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene* (BMG 2014); Projektgruppen, Arbeitsgruppe, Beschlussgremium (eingesetzt im Rahmen der Arbeiten zum HosPalFG); Er-/Bearbeitung und Darstellung: GÖG 2025

3.4 Qualitätskriterien

Nachfolgend werden die grundsätzlichen und allgemeinen Zugangskriterien für die spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung angeführt.

3.4.1 Zugangskriterien

Grundsätzliches

- Die spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung ergänzt mit ihren Leistungsangeboten die Einrichtungen und Dienstleister:innen im Gesundheits- und Sozialwesen.
- Grundsätzlich ist eine parallele Inanspruchnahme mehrerer spezialisierter Hospiz- und Palliativangebote möglich und auch zielführend (auch entsprechend der Konzeption der Angebote).
- Alle spezialisierten Hospiz- und Palliativangebote agieren hinsichtlich des Beginns und des Endes der Betreuung/Begleitung autonom.
- Der/Die Palliativpatient:in ist bestmöglich über die unheilbare Erkrankung aufgeklärt und stimmt der spezialisierten Hospiz- und Palliativbetreuung zu.
- Die WHO definiert Palliative Care als Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Palliativpatientinnen/-patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch Vorbeugung und Lindern von Leiden durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art (WHO 2002, Übersetzung: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin).

Allgemeine Zugangskriterien

- „timely integration of palliative care“²⁴
- Palliativpatientinnen/-patienten sind unheilbar kranke sowie sterbende Menschen, die an einer nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen onkologischen und nichtonkologischen Erkrankung mit die Lebensqualität beeinträchtigenden Symptomen und/oder psychosozialen Problemen leiden. Die Verbesserung von Symptomatik und Lebensqualität sowie die psychosoziale Betreuung stehen im Vordergrund der Versorgung.

²⁴ Hui, D., et al. (2022, Übersetzung durch GÖG): Zeitnahe Hospiz- und Palliativversorgung ist eine Hospiz- und Palliativversorgung, die auf die Bedürfnisse von Palliativpatientinnen/-patienten zugeschnitten ist und zum optimalen Zeitpunkt und in der optimalen Umgebung erbracht wird. Ihr liegt ein systematischer Prozess zugrunde, um diese Patientinnen/Patienten mit hohem Bedarf an unterstützender Pflege zu identifizieren und diese Personen auf der Grundlage standardisierter Überweisungskriterien zeitnah zur spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung zu überweisen. Empirische Studien ergaben, dass Palliativpatientinnen/-patienten häufiger und zeitnaher überwiesen werden können, wenn standardisierte Überweisungskriterien verwendet werden.

- Anhaltspunkt für die Betreuung in der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung ist das Vorliegen eines komplexen Symptomgeschehens und/oder psychosozialer/spiritueller Bedürfnisse, dessen Behandlung bzw. deren Befriedigung spezifische palliativmedizinische und/oder palliativpflegerische Kenntnisse und Erfahrungen sowie ein interprofessionell abgestimmtes Konzept voraussetzt.

Ein Symptomgeschehen ist in der Regel komplex, wenn mindestens eines der nachstehenden Kriterien erfüllt ist:

- ausgeprägte Schmerzsymptomatik
- ausgeprägte Fatigue
- ausgeprägte neurologische/psychiatrische/psychische Symptomatik
- ausgeprägte respiratorische/kardiale Symptomatik
- ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik
- ausgeprägte ulzerierende/exulzierende Wunden oder Tumoren
- ausgeprägte urogenitale Symptomatik
- ausgeprägte soziale oder psychosoziale Indikation

3.4.2 Qualifikationen

Mobile Palliativteams, Palliativkonsiliardienste, Tageshospize, Stationäre Hospize

Berufsgruppen	Qualifikationen
ärztliches Personal, diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger:innen, Personal der Sozialen Arbeit ^A	• mehrjährige Berufserfahrung im Sozial- und Gesundheitswesen sowie • Zusatzqualifikation in Palliative Care: • Interprofessioneller Palliativ-Basislehrgang^B (Level I, 168 UE Theorie, 40 Stunden Praktikum, 30 ECTS) bzw. vergleichbarer Bildungsabschluss oder • für ärztliches Personal die Spezialisierung in Palliativmedizin gemäß Verordnung über Spezialisierungen (SpezV) aufgrund der §§ 11a und 117c Abs. 2 Z 12 Ärztegesetz 1998 i. d. g. F. innerhalb von 3 Jahren ab Einstellung anzustreben • UND MINDESTENS FÜR 50 % der Mitarbeiter:innen dieser Professionen im Team Fachspezifischer Vertiefungslehrgang Palliativmedizin bzw. Palliativpflege bzw. Palliative Care für medizinisch-therapeutisch-diagnostische Gesundheitsberufe bzw. psychosozial-spirituelle Palliative Care^D (Level II, 184 UE Theorie, 40 Stunden Praktikum, 30 ECTS) bzw. vergleichbarer Bildungsabschluss Der Richtwert ist in 7 Jahren zu evaluieren. <u>Empfehlung:</u> mind. 50 % DGKP mit: • Spezialisierung Hospiz- und Palliativversorgung (gemäß GuKG § 17; entspricht 60 ECTS gemäß GuKG-Novelle 2024 § 65b Abs. 1)^C oder • <i>Master Professional</i> (MPr, insgesamt 120 ECTS, Level I + Level II + Level III) • bzw. vergleichbarer Bildungsabschluss innerhalb von 5 Jahren ab Einstellung anzustreben
Pflegefachassistentinnen/-fachassistenten (PFA) und Pflegeassistentinnen/-assistenten (PA) mit Zusatzqualifikation in Palliative Care:	• Interprofessioneller Palliativ-Basislehrgang (Level I, 168 UE Theorie, 40 Stunden Praktikum, 30 ECTS)^B bzw. vergleichbarer Bildungsabschluss, innerhalb von 3 Jahren ab Einstellung anzustreben

Berufsgruppen	Qualifikationen
leitendes Personal (Teamleitung):	Aus- und Weiterbildung für Führungs- und Managementaufgaben im Sozial- und Gesundheitsbereich <u>Empfohlen</u> wird, dass mindestens ein:e Mitarbeiter:in pro Team zusätzlich über einen <i>Master Professional</i> (MPr, insgesamt 120 ECTS, Level I + Level II + Level III) verfügt bzw. einen vergleichbaren Bildungsabschluss haben soll.
weitere in der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung tätige Berufsgruppen wie z. B. Physiotherapeutinnen/-therapeuten und weitere Angehörige der gehobenen medizinisch-therapeutisch-diagnostischen Gesundheitsberufe (MTDG), Fachsozialbetreuer:innen mit dem Schwerpunkt Altenarbeit (FSB-A), psychologisches/psychotherapeutisches Personal ^E sowie Personen in der spirituellen Begleitung	<u>Empfehlung:</u> Interprofessioneller Palliativ-Basislehrgang (Level I, 168 UE Theorie, 40 Stunden Praktikum, 30 ECTS) bzw. vergleichbarer Bildungsabschluss für Beschäftigte dieser Berufsgruppen in der Patientenbehandlung im Ausmaß von ≥ 20 Wochenstunden innerhalb von 3 Jahren ab Einstellung anzustreben

Hospizteams

Berufsgruppe / ehrenamtlich Tätige	Qualifikationen
hauptamtlich tätige Hospizkoordinatorinnen/-koordinatorinnen	- abgeschlossene Ausbildung und Berufserfahrung oder mehrjährige Erfahrung im Ehrenamt vorrangig im Sozial- oder Gesundheitsbereich mit Führungs- und Sozialkompetenz und Zusatzqualifikation in Palliative Care: - Interprofessioneller Palliativ-Basislehrgang (Level I, 168 UE Theorie und 40 Stunden Praktikum, 30 ECTS) bzw. vergleichbarer Bildungsabschluss innerhalb von 2 Jahren ab Einstellung abgeschlossen, bzw. die betreffende Person ist in Ausbildung, ggf. mit Weiterbildung in Management- und Führungsaufgaben
ehrenamtlich tätige Hospizbegleiter:innen	- abgeschlossener Lehrgang zur Befähigung ehrenamtlich tätiger Hospizbegleiter:innen (mind. 80 UE Theorie) entsprechend den Standards von HOSPIZ ÖSTERREICH sowie - absolviertes Praktikum über mind. 40 Stunden im Hospiz- und Palliativbereich - bzw. vergleichbarer Bildungsabschluss

UE = Unterrichtseinheit(en), ECTS-(„European Credit Transfer System“-)-Punkte = 25 Echtstunden an tatsächlichem Arbeitsaufwand für Studierende

Sind mehrere spezialisierte Angebote in einer Einrichtung organisatorisch zusammengefasst, ist darauf zu achten, dass die Anzahl der Mitarbeiter:innen den hier definierten Größen der einzelnen Module entspricht, damit die jeweiligen Aufgaben ausreichend wahrgenommen werden können.

- ^A empfohlene Berufsgruppen bei Neueinstellung: ausschließlich Sozialarbeiter:innen, Sozialpädagoginnen/-pädagoginnen gemäß § 1, § 2 Abs. 1 Abs. 2 Z. 1, 3, 4, Abs. 3 SozBezG 2024
- ^B Level 1 – Interprofessioneller Palliativ-Basislehrgang – des Masterstudiengangs *Palliative Care* entspricht dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz gemäß § 64 (Weiterbildung) und berechtigt diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen zum Führen der Zusatzbezeichnung *Palliativpfleger:in*.
- ^C Mit dem Abschluss zur *Akademischen Expertin in Palliative Care* / zum *Akademischen Experten in Palliative Care* erwerben diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen theoretisch gleichzeitig (siehe nächster Satz) die Spezialisierung (zuvor Sonderausbildung) entsprechend GuKG § 17 Hospiz- und Palliativversorgung (entspricht 60 ECTS gemäß GuKG-Novelle 2024 § 65b Abs. 1). Derzeit liegt noch keine Durchführungsverordnung vor; daher können diese Abschlüsse vom Masterstudiengang *Palliative Care* (noch) nicht verliehen werden.
- ^D Der fachspezifische Vertiefungslehrgang Palliativmedizin bzw. Palliativpflege bzw. Palliative Care für medizinisch-therapeutisch-diagnostische Gesundheitsberufe bzw. psychosozial-spirituelle Palliative Care (Level II, 184 UE, 40 Stunden Praktikum, 30 ECTS) kann auch OHNE vorherigen Abschluss des *Interprofessionellen Palliativ-Basislehrgangs* (Level I, 168 UE Theorie, 40 Stunden Praktikum, 30 ECTS) absolviert werden.
- ^E empfohlene Berufsgruppen bei Neueinstellungen: ausschließlich klinische Psychologinnen/Psychologen, Psychotherapeutinnen/-therapeuten

Der Masterstudiengang *Palliative Care* ist **modular** aufbauend konzipiert, für den Abschluss *Master Professional* (MPPr) müssen alle Levels (I, II und III) absolviert werden.

Die Lehrgänge in Level I und Level II können auch einzeln absolviert werden; für jedes Level wird ein Zeugnis, für den Abschluss von Level I & Level II ein Zertifikat ausgestellt.

Level I des dreistufigen Masterstudiengangs wird entweder als *Interprofessioneller Basislehrgang Palliative Care* in Kooperation mit der Paracelsus Universität Salzburg oder von einer anderen Einrichtung in Österreich mit in Umfang und Lernzielen gleichzuhaltendem Bildungsangebot angeboten. Prinzipiell können auch die Bildungsinhalte des Experten- und Masterlehrgangs von anderen Einrichtungen, nach Erfüllung der entsprechenden Kriterien und behördlichen Voraussetzungen, durchgeführt werden.²⁵

Aufgrund der Novelle 2021 des Universitäts- und Privathochschulgesetzes (UG, PrivHG, 2002) können Personen zu einem Masterlehrgang (seit Wintersemester 2023/24) nur mit einem abgeschlossenen Medizinstudium, Diplomstudium oder Bachelorstudiengang zugelassen werden. Die Durchführung des Masterstudiengangs zur Weiterbildung (Abschluss *Master Professional*) ist mit der Bekanntgabe an das Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung (BMWF, Juni 2025) ab dem Wintersemester 2026/27 möglich.

Quellen: BMG 2014, BMSGPK 2021, HOSPIZ ÖSTERREICH, Österreichische Palliativgesellschaft, Paracelsus Medizinische Privatuniversität – Masterstudiengang *Palliative Care*; Projektgruppen, Arbeitsgruppe, Beschlussgremium (eingrichtet im Rahmen der Arbeiten zum HosPalFG); Erhebung, Be-/Erarbeitung und Darstellung: GÖG 2025

²⁵ Dieser Inhalt wurde – ergänzend zu den beschlossenen Qualitätskriterien – im Zuge der Erstellung der vorliegenden Broschüre aufgenommen.

3.4.3 Hospizteam (HOST)

Definition

Hospizteams sind Versorgungsangebote, in deren Rahmen erwachsene Palliativpatientinnen/-patienten und deren An- und Zugehörige von qualifizierten ehrenamtlichen Hospizbegleiterinnen/-begleitern in allen Versorgungskontexten individuell begleitet werden – mit dem Ziel der Verbesserung der Lebensqualität und der Sicherung der kontinuierlichen Betreuung. Die Koordination im Hospizteam erfolgt über hauptamtlich tätige Fachkräfte.

Hospizteams bieten den Palliativpatientinnen und -patienten und deren An- und Zugehörigen mitmenschliche Begleitung in der Zeit der Krankheit, des Schmerzes, des Abschieds und der Trauer.

Zielgruppe

- potenzielle Palliativpatientinnen/-patienten
- An- und Zugehörige, unabhängig vom Alter (die Zielgruppe der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist in die Angebote eines Hospizteams miteinzubeziehen)
- Trauernde

Auftrag und Ziel

Hospizteams leisten einen Beitrag zur bestmöglichen Lebensqualität der Palliativpatientinnen/-patienten und unterstützen die kontinuierliche Betreuung sowie die Übergänge zwischen verschiedenen Versorgungsangeboten. Dabei bieten sie den Palliativpatientinnen/-patienten und deren An- und Zugehörigen mitmenschliche Begleitung in der Zeit der Krankheit, des Schmerzes, des Abschieds und der Trauer. Hospizteams tragen wesentlich zur psychosozialen und emotionalen Entlastung von Palliativpatientinnen/-patienten, deren An- und Zugehörigen und den sie betreuenden Berufsgruppen bei. Eine weitere, eigenständige Aufgabe der Hospizteams ist die Begleitung Trauernder.

spezifische Zugangskriterien

Hospizteams stellen ein niederschwelliges Angebot – auch im Sinne von „timely integration of palliative care“²⁶ – dar und richten sich an (potenzielle) Palliativpatientinnen/-patienten, deren An- und Zugehörige sowie Trauernde in allen Betreuungskontexten (mobil, teilstationär, stationär) mit

- dem Wunsch nach qualifizierter ehrenamtlicher Hospiz- und/oder Trauerbegleitung sowie
- sozialen und/oder psychosozialen und/oder spirituellen Belastungen, Sinnkrisen, existenzieller Not.

Wenn ein:e Palliativpatient:in bereits in/von einem mobilen bzw. (teil)stationären spezialisierten Hospiz- und Palliativangebot betreut wird, können die Zugangskriterien jedenfalls als erfüllt angesehen werden.

Personalausstattung

Berufsgruppen	beschlossen*	empfohlen**
hauptamtliche Koordination Teamgröße: in der Regel 10–20 Hospizbegleiter:innen	0,5 VZÄ für 35.000 EW ^A	—
ehrenamtliche Hospizbegleiter:innen	nach Bedarf	—
weitere Ehrenamtliche (z. B. in der Administration)	nach Bedarf	—

^A abhängig von den regionalen Gegebenheiten ist für ein Team sowohl ein kleineres als auch ein größeres Versorgungsgebiet möglich.

*beschlossen = vom Beschlussgremium, bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern der Vereinbarungspartner (Bund, Bundesländer, Träger der Sozialversicherung) am 14. Dezember 2022 einvernehmlich festgelegt

**empfohlen = von der Projektgruppe (siehe Prozess zu den Projektgruppen, Abschnitt 2.2) im Rahmen der Arbeiten zum HosPalFG definierte Empfehlungen, die vom Beschluss der Vereinbarungspartner abweichen. Im HOST entspricht die empfohlene Personalausstattung jener, die beschlossen wurde.

VZÄ = Vollzeitäquivalente auf Basis einer 40-Stunden-Woche. Flexible Beschäftigungsmöglichkeiten (z. B. angestellt, Honorarkraft, Werkvertragsnehmer:in) sind möglich.

²⁶ Hui, D., et al. (2022, Übersetzung durch GÖG): Zeitnahe Hospiz- und Palliativversorgung ist eine Hospiz- und Palliativversorgung, die auf die Bedürfnisse von Palliativpatientinnen/-patienten zugeschnitten ist und zum optimalen Zeitpunkt und in der optimalen Umgebung erbracht wird. Ihr liegt ein systematischer Prozess zugrunde, um diese Patientinnen/Patienten mit hohem Bedarf an unterstützender Pflege zu identifizieren und diese Personen auf der Grundlage standardisierter Überweisungskriterien zeitnah zur spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung zu überweisen. Empirische Studien ergaben, dass Palliativpatientinnen/-patienten häufiger und zeitnaher überwiesen werden können, wenn standardisierte Überweisungskriterien verwendet werden.

Infrastruktur

Räumliche Ausstattung

barrierefrei gestaltet

- Infrastruktur für Koordination
- Räumlichkeiten (mit nach Möglichkeit barrierefreiem Zugang) für Einzelgespräche und Gruppennutzungen

Technische Ausstattung

- Gewährleisten von Mobilität und Kommunikation für die Koordination
- ggf. Aufwandsentschädigung für Mobilität und Kommunikation für die Hospizbegleiter:innen (inkl. Haftpflichtversicherung)
- ggf. geeignete Schutzausrüstung gemäß Hygienestandard im Bedarfsfall
- Büro-, IT-Ausstattung für Koordination
- Identifikationsnachweis für Hospizbegleiter:innen

Leistungsangebote

Hospizbegleitung

- Begleiten, Unterstützen und Entlasten (insbesondere psychosozial) von (potenziellen) Palliativpatientinnen/-patienten (in Präsenz, telefonisch, online)
- Begleiten, Unterstützen und Entlasten (zeitlich, psychosozial) An- und Zugehöriger (in Präsenz, telefonisch, online)
- Da-Sein – achtsame Präsenz bei (potenziellen) Palliativpatientinnen/-patienten, Gespräche, gemeinsame Aktivitäten (z. B. Spazierengehen, Vorlesen, Spielen)
- Trauerbegleitung (Einzel- und Gruppenbegleitung)

Koordination

- Erheben der Situation und Führen des Erstgesprächs
- Information/Beratung über mögliche weitere und ergänzende Versorgungsangebote (auch im Fall der Nichtbegleitung)
- Beratung von (potenziellen) Palliativpatientinnen/-patienten, deren An- und Zugehöriger sowie Trauernder in der individuellen Situation (in Präsenz, telefonisch, online)

- individuelles Vermitteln der Hospizbegleiter:innen und laufende Einsatzverantwortung (vgl. HOSPIZ ÖSTERREICH: Standards für ehrenamtlich tätige Hospizbegleiter:innen²⁷)
- Beratung der Systempartner des Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereichs (in Präsenz, telefonisch, online)
- Beratung zu den Themen Sterben, Tod, Trauer
- Information über Vorsorgeinstrumente (z. B. Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, VSD – Vorsorgedialog®), Familienhospizkarenz und Ähnliches
- Information über andere Einrichtungen/Dienste des Gesundheits- und Sozialbereichs und Vermitteln dorthin
- Öffentlichkeits- und Bildungsarbeit zu den Themen Krankheit, Tod, Trauer
- Gewinnung von Hospizbegleiterinnen/-begleitern
- Qualitätsentwicklung und -sicherung (z. B. Supervision, Intervention, Mitarbeiterfortbildung)
- vorzugsweise digitale Dokumentation
- regelmäßige Vernetzung innerhalb der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung
- regelmäßige regionale Vernetzung mit Systempartnern

Größe/Kapazität

- Ein Team wird in der Regel aus 10 bis 20 ehrenamtlichen Hospizbegleiterinnen/-begleitern und einem/einer hauptamtlichen Koordinator:in gebildet.

Planungsrichtwert

1 Team mit 0,5 VZÄ hauptamtlicher Koordination für je 35.000 Einwohner:innen

Einzugs-/Versorgungsgebiet

35.000 Einwohner:innen (abhängig von den regionalen Gegebenheiten ist für ein Team sowohl ein kleineres als auch ein größeres Versorgungsgebiet möglich)

Quellen: BMG 2014, BMSGPK 2021, GKV-Spitzenverband 2016, Projektgruppe, Arbeitsgruppe, Beschlussgremium (eingrichtet im Rahmen der Arbeiten zum HosPalFG); Be-/Erarbeitung und Darstellung: GÖG 2025

²⁷ https://www.hospiz.at/wordpress/wp-content/uploads/2017/03/Standard-f%C3%BCr-ehrenamtlich-t%C3%A4tige-Hospizbegleiterinnen-6_08-offiziell-neu_logo_neu_80Std.pdf [Zugriff am 31.10.2024]

3.4.4 Mobiles Palliativteam (MPT)

Definition

Mobile Palliativteams sind mobile Unterstützungsangebote vorwiegend für die Betreuenden erwachsener Palliativpatientinnen/-patienten, welche ihnen in allen Versorgungskontexten mit fachlicher Expertise in der Palliativversorgung zur Verfügung stehen.

Das multiprofessionell zusammengesetzte Team unterstützt mit fachlicher Expertise in der Palliativversorgung (Schmerztherapie, Symptomkontrolle, Palliativpflege und psychosoziale Begleitung) und ergänzt die bereits bestehende Grundversorgung durch Anleitung und Beratung in allen Versorgungskontexten. Das Angebot wendet sich in erster Linie an die Betreuenden von Palliativpatientinnen/-patienten, unterstützt aber auch die Palliativpatientinnen/-patienten selbst. Die unterstützten Betreuenden können An- und Zugehörige, aber auch Mitarbeiter:innen der Gesundheits- und Sozialversorgung (Hausärztinnen/-ärzte, Pflege- und Betreuungspersonen) außerhalb, aber auf Anfrage auch innerhalb des Krankenhauses sein.

Das Ziel Mobiler Palliativteams ist es, den Verbleib der Palliativpatientinnen/-patienten in der vertrauten Umgebung (zu Hause, im Stationären Hospiz oder auch in [teil]stationären Betreuungs- und Pflegeeinrichtungen) zu ermöglichen, Krankenhausaufenthalte so weit wie möglich zu reduzieren, bei Übergängen zwischen Krankenhaus und häuslicher Betreuung oder Betreuung in (teil)stationären Einrichtungen zu helfen und die Lebensqualität zu erhalten.

Zielgruppe

- Primärbetreuer:innen: professionelle Betreuer:innen und betreuende Dienste vor Ort (zu Hause, im Pflegeheim), das sind insbesondere Hausärztinnen/-ärzte, Pflegepersonen in Hauskrankenpflege, Pflege- und Betreuungspersonen, mobile Betreuungs- und Pflegedienste
- Palliativpatientinnen/-patienten und ihre An- und Zugehörigen
- Palliativpatientinnen/-patienten, die auf eine krankheitsspezifische Therapie verzichten

Auftrag und Ziel	Der Auftrag Mobiler Palliativteams ist, vor Ort spezielle Palliative-Care-Expertise zur Verfügung zu stellen und Entscheidungsprozesse zu unterstützen. In Absprache mit den Betreuenden kann das Team gegebenenfalls auch medizinische, pflegerische, therapeutische und/oder psychosoziale Maßnahmen bei Palliativpatientinnen/-patienten durchführen.
spezifische Zugangskriterien	- Anfrage beim MPT durch die Primärbetreuende vor Ort oder durch Palliativpatientinnen/Palliativpatienten bzw. deren An- und Zugehörige - Palliativpatientinnen/Palliativpatienten, die möglichst in ihrem Zuhause leben möchten - Palliativpatientinnen/Palliativpatienten, die zu Hause sterben möchten

Personalausstattung

Berufsgruppen	beschlossen*	empfohlen**
Ärztinnen/Ärzte Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin und/oder Fachärztinnen/-ärzte vorzugsweise mit Spezialisierung in Palliativmedizin DGKP dipl. Gesundheits- und Krankenpfleger:innen vorzugsweise mit Spezialisierung in Hospiz- und Palliativversorgung gemäß § 17 GuKG Personal der Sozialen Arbeit Sozialarbeiter:innen, Sozialpädagoginnen/-pädagogen (§§ 1 und 2 SozBezG) <u>empfohlene Berufsgruppen bei Neueinstellung:</u> Sozialarbeiter:innen, Sozialpädagoginnen/-pädagogen gemäß § 1, § 2 Abs. 1 Abs. 2 Z. 1, 3, 4, Abs. 3 SozBezG 2024	4,5 VZÄ (exkl. Rufbereitschaft); die Berufsgruppen Ärztinnen/Ärzte, DGKP, Personal der Sozialen Arbeit sollen im Team vertreten sein, die Zusammensetzung ist frei wählbar.	—
Rufbereitschaft (telefonische Erreichbarkeit) eines Teammitglieds (DGKP und/oder Ärztin/Arzt) für Palliativpatientinnen/-patienten, deren An- und Zugehörige und betreuendes Personal	16 Stunden / 7 Tage	24 Stunden / 7 Tage und ggf. Ausfahrt

Berufsgruppen	beschlossen*	empfohlen**
medizinisch-therapeutisch-diagnostische Gesundheitsberufe Physiotherapeutinnen/-therapeuten, Ergotherapeutinnen/-therapeuten, Logopädinnen/Logopäden, Diätologinnen/Diätologen	verfügbar	0,75 VZÄ
psychologisches/psychotherapeutisches Personal (klinische) Psychologinnen/Psychologen, Psychotherapeutinnen/-therapeuten, Gesundheitspsychologinnen/-psychologen		
<u>empfohlene Berufsgruppen bei Neueinstellung:</u> klinische Psychologinnen/Psychologen, Psychotherapeutinnen/-therapeuten		
Teamassistentenz (inkl. Administration)	verfügbar	zusätzlich: 0,5 VZÄ
spirituelle Begleitung	verfügbar	—

*beschlossen = vom Beschlussgremium, bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern der Vereinbarungspartner (Bund, Bundesländer, Träger der Sozialversicherung) am 14. Dezember 2022 einvernehmlich festgelegt

**empfohlen = von der Projektgruppe (siehe Prozess zu den Projektgruppen, Abschnitt 2.2) im Rahmen der Arbeit zum HosPalFG definierte Empfehlungen, die vom Beschluss der Vereinbarungspartner abweichen.

VZÄ = Vollzeitäquivalente auf Basis einer 40-Stunden-Woche. Flexible Beschäftigungsmöglichkeiten (z. B. angestellt, Honorarkraft, Werkvertragsnehmer:in) sind möglich.

Infrastruktur

Räumliche Ausstattung

barrierefrei gestaltet

- Arbeitsraum mit Arbeitsplätzen für diensthabendes Personal
- ggf. Büroräumlichkeiten für Administration
- Räumlichkeiten, multifunktionell nutzbar für Teambesprechungen / ambulante Kontakte und dem Team zugeordnet
- Depot für Heilbehelfe, Medikamente (inkl. Aufbewahrung von Suchtmitteln gemäß Suchtmittelgesetz)

Technische Ausstattung

- Gewährleisten von Mobilität und Kommunikation/IT-Ausstattung
- Schmerzpumpe(n)
- Sicherstellung einer palliativen Notfallausstattung

- Medikamentenvorrat zur Symptomkontrolle (inkl. Opioiden)
 - medizinische und pflegerische Grundausstattung
 - ggf. mobiles Ultraschallgerät
 - Eine digitale interprofessionelle Dokumentation und der Zugang zu ELGA und e-Medikation sind anzustreben.
- Anmerkung: Die digitale interprofessionelle Dokumentation ist um alle anderen Gesundheitsdiensteanbieter:innen zu erweitern.

Leistungsangebot

Erstkontakt und ggf. Beginn der (Mit-)Betreuung

- Erheben der Patientensituation
- im Fall der Betreuung: Gespräch mit Palliativpatient:in und dessen/deren An- und Zugehörigen
- im Fall der Nichtbetreuung: Information/Beratung über mögliche Versorgungsangebote

Medizinische, pflegerische, therapeutische und psychosoziale Leistungen

- Symptom-Assessment
- Erstellen des interprofessionellen Konzepts zur Betreuung von Palliativpatientinnen/-patienten in Zusammenarbeit mit der Primärversorgung (ggf. Konsilium vor Ort)
- Beratung, Unterstützung und Durchführung vorausschauender Planung („advance care planning“)
- Beraten und Anleiten bei medizinischen, pflegerischen, therapeutischen und/oder psychosozialen Interventionen im palliativen Kontext und ggf. auch deren Durchführung – wenn möglich, in Abstimmung mit den Primärbetreuenden oder den wohnortnahen Betreuungsinstitutionen
- 16 Stunden / 7 Tage telefonische Erreichbarkeit (Rufbereitschaft) eines Teammitglieds (DGKP und/oder Ärztin/Arzt) für Palliativpatientinnen/-patienten, deren An- und Zugehörige und betreuendes Personal sind anzustreben.
- Schmerzmanagement und Symptomkontrolle
- funktionserhaltende und funktionsverbessernde therapeutische Maßnahmen entsprechend der Patientensituation
- Beraten, Anleiten und ggf. Hilfestellung bei Schmerztherapie, Symptomkontrolle und -linderung, ganzheitlicher Pflege und psychosozialen Belastungssituationen
- in Absprache mit den Primärbetreuenden Durchführung medizinischer, pflegerischer, therapeutischer und/oder psychosozialer Maßnahmen
- Hilfestellung in komplexen Betreuungssituationen und Unterstützung in der Entscheidungsfindung bei ethischen Fragestellungen
- interprofessionelle Krisenintervention
- ggf. Telekonsil

Beratung, Unterstützung, Organisation in Bezug auf (weitere) Betreuung

- Beratung hinsichtlich palliativer Weiterbetreuung von Palliativpatientinnen/-patienten im Anschluss an einen stationären Aufenthalt
- Beratung und Unterstützung in sozialrechtlichen Fragen (Pflegegeld, Familienhospizkarenz, Pflegekarenz, Erwachsenenschutz)
- telefonische Beratung/Unterstützung für nichtbetreute Palliativpatientinnen/-patienten, deren An- und Zugehörige
- Unterstützung und Organisation an den Nahtstellen zwischen stationärer und mobiler Betreuung (Brückenfunktion)
- Indikationsstellung für die Anmeldung in Palliativstation, Stationärem Hospiz, Tageshospiz und das Vermitteln dorthin
- Zusammenarbeit mit und Vermitteln von Hospizteams (hauptamtliche Koordination / ehrenamtliche Hospizbegleitung)

Beratung und Begleitung An- und Zugehöriger

- An- und Zugehörigenarbeit (z. B. Entlastungsgespräche, „end-of-life discussions“, soziale Absicherung, Krankheitsbewältigung)
- Beraten und Anleiten An- und Zugehöriger z. B. in Schmerztherapie, Symptomkontrolle sowie in pflegerischen, psychosozialen, existenzsichernden und sozialrechtlichen Fragestellungen (Pflegegeld, Familienhospizkarenz, Pflegekarenz)

Spirituelle Begleitung und Trauerbegleitung

- spirituelle Begleitung
- Begleiten in der Lebensend- und Sterbephase
- Trauergespräch und Vermittlung von Trauerbegleitung, ggf. Verabschiedung von Verstorbenen

Indirekt patientenbezogene Leistungen

- regelmäßige Vernetzung innerhalb der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung
- regelmäßige regionale Vernetzung mit Systempartnern
- Anleiten und Schulen von Praktikantinnen/Praktikanten
- Zusammenarbeit mit Studierenden
- Erbringen externer Bildungstätigkeit
- Qualitätsentwicklung und -sicherung (z. B. Supervision, Intervention, Mitarbeiterfortbildung)
- interprofessionelle digitale Dokumentation
- Öffentlichkeitsarbeit

Größe/Kapazität

1 Team mit mind. 4,5 VZÄ (empfohlen: 5,75 VZÄ) exklusive Rufbereitschaft

Planungsrichtwert

1 Team mit mind. 4,5 VZÄ (empfohlen: 5,75 VZÄ) je 140.000 Einwohner:innen exklusive Rufbereitschaft

Einzugs-/Versorgungsgebiet

Abhängig von geografischen Gegebenheiten ist für ein Team auch ein kleineres/größeres Versorgungsgebiet möglich. Das Einzugsgebiet soll in Abhängigkeit von der Bevölkerungsdichte und den räumlichen Entfernungen eine Erreichbarkeit in angemessener Zeit gewährleisten, wobei Zeiten innerhalb von 30 bis 45 Minuten anzustreben sind.

Quellen: BMG 2014, Gemeinsamer Bundesausschuss 2021, BMSGPK 2021, Projektgruppe, Arbeitsgruppe, Beschlussgremium (eingerichtet im Rahmen der Arbeiten zum HosPalFG); Be-/Erarbeitung und Darstellung: GÖG 2025

3.4.5 Palliativkonsiliardienst (PKD)

Definition

Palliativkonsiliardienste sind Unterstützungsangebote vorwiegend für das betreuende ärztliche und pflegerische Personal in Krankenanstalten, die diesem mit fachlicher Expertise in der Palliativversorgung zur Verfügung stehen. Der Dienst ist als eigenständiges Angebot entweder einer Palliativstation zugeordnet oder bildet eine eigene Organisationseinheit, die auch krankenhausübergreifend tätig sein kann. In der Praxis kommen auch kombinierte Teams zum Einsatz, die aus den beiden spezialisierten Angeboten *Palliativkonsiliardienst* und *Mobiles Palliativteam* gebildet werden. Kombinierte Teams agieren im und außerhalb des Krankenhauses entsprechend dem Tätigkeitsspektrum beider spezialisierter Hospiz- und Palliativangebote.

Zielgruppe

- betreuendes Personal für Palliativpatientinnen/-patienten aller Stationen und Ambulanzen
- Palliativpatientinnen/-patienten mit komplexer Symptomatik und/oder dem Erfordernis einer speziellen palliativmedizinischen bzw. -pflegerischen Expertise und Patientinnen/Patienten, die auf eine krankheitsspezifische Therapie verzichten, sowie ihre An- und Zugehörigen

Auftrag und Ziel

Der Auftrag des Palliativkonsiliardienstes ist, durch multiprofessionelle Teams spezielle palliativmedizinische, -pflegerische, psychosoziale und kommunikative Expertise und Kompetenzen den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Abteilungen und Ambulanzen der Krankenhäuser zur Verfügung zu stellen und Entscheidungsprozesse vor Ort zu unterstützen. Erst in zweiter Linie wendet sich der Palliativkonsiliardienst an die Palliativpatientinnen/-patienten und ihre An- und Zugehörigen. In Abstimmung mit den Primärbetreuenden kann der Palliativkonsiliardienst medizinische, pflegerische, therapeutische und/oder soziale Maßnahmen bei der Palliativpatientin / dem Palliativpatienten durchführen.

Je nach örtlicher und geografischer Gegebenheit kann der Palliativkonsiliardienst auch in mehreren Krankenhäusern beratend tätig sein.

**spezifische
Zugangskriterien**

Anforderung durch medizinische/pflegerische Primärbetreuende in der Krankenanstalt (auch über Tumorboard, Ethikkommission etc.); ggf. auf Wunsch der Palliativpatientin / des Palliativpatienten bzw. ihrer/seiner An- und Zugehörigen

Personalausstattung

Berufsgruppen	beschlossen*	empfohlen**
Ärztinnen/Ärzte Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin und/oder Fachärztinnen/-ärzte vorzugsweise mit Spezialisierung in Palliativmedizin	2* VZÄ für 150 bis 250 Betten, 1 zusätzliches VZÄ je weitere 250 Betten (= 0,004 VZÄ pro Bett)	2 VZÄ für 150 bis 250 Betten, 1 zusätzliches VZÄ je weitere 250 Betten; im Fall eines Onkologischeschwerpunkts gemäß ÖSG i. d. g. F.: 1 VZÄ zusätzlich
diplomierte Gesundheits -und Krankenpfleger:innen dipl. Gesundheits- und Krankenpfleger:innen vorzugsweise mit Spezialisierung in Hospiz- und Palliativversorgung gemäß § 17 GuKG		
Personal der Sozialen Arbeit - Sozialarbeiter:innen, Sozialpädagoginnen/-pädagogen (§§ 1 und 2 SozBezG) <u>empfohlene Berufsgruppen bei Neueinstellung:</u> - Sozialarbeiter:innen, Sozialpädagoginnen/-pädagogen gemäß § 1, § 2 Abs. 1, Abs. 2 Z 1, 3 und 4, § 2 Abs. 3 SozBezG 2024		
psychologisches/psychotherapeutisches Personal - klinische Psychologinnen/Psychologen, Psychotherapeutinnen/-therapeuten, Gesundheitspsychologinnen/-psychologen <u>empfohlene Berufsgruppen bei Neueinstellung:</u> - klinische Psychologinnen/Psychologen, Psychotherapeutinnen/-therapeuten	verfügbar	0,5 VZÄ für 150 bis 250 Betten
gehobene medizinisch-therapeutisch-diagnostische Gesundheitsberufe: Physiotherapeutinnen/-therapeuten, Ergotherapeutinnen/-therapeuten, Logopädinnen/Logopäden, Diätologinnen/Diätologen	verfügbar	—
Teamassistenten (inkl. Administration)	verfügbar	—
spirituelle Begleitung	verfügbar	—

*Jede Berufsgruppe soll im Team vertreten sein, die Zusammensetzung ist frei wählbar.

VZÄ = Vollzeitäquivalente auf Basis einer 40-Stunden-Woche. Flexible Beschäftigungsmöglichkeiten (z. B. angestellt, Honorarkraft, Werkvertragsnehmer:in) sind möglich.

*beschlossen = vom Beschlussgremium, bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern der Vereinbarungspartner (Bund, Bundesländer, Träger der Sozialversicherung) am 14. Dezember 2022 einvernehmlich festgelegt

**empfohlen = von der Projektgruppe (siehe Prozess zu den Projektgruppen, Abschnitt 2.2) im Rahmen der Arbeiten zum HosPalFG definierte Empfehlungen, die vom Beschluss der Vereinbarungspartner abweichen.

Infrastruktur

Räumliche Ausstattung

barrierefrei gestaltet

- Räumlichkeiten, multifunktionell nutzbar für Teambesprechungen / ambulante Kontakte und dem Team zugeordnet
- Arbeitsraum mit Arbeitsplätzen für diensthabendes Personal (gemeinsam nutzbare Räume für Gesundheits- und Administrationspersonal)
- Büroräumlichkeiten für Administration (gemeinsam nutzbare Räume für Gesundheitspersonal und Administration)

Technische Ausstattung

- Gewährleisten von Mobilität und Kommunikation/IT-Ausstattung
- Schmerzpumpe(n)
- digitale interprofessionelle Dokumentation und Integration der Palliativbefundung in den Entlassungsbrief sowie Zugang zu ELGA

Leistungsangebot

Erstkontakt und ggf. Beginn der (Mit-)Betreuung

- Erheben der Patientensituation
- Anamnese mit dem oder der Primärbetreuer:in
- Gespräch mit Palliativpatient:in und dessen/deren An- und Zugehörigen

Medizinische, pflegerische, therapeutische und psychosoziale Leistungen

- Symptom-Assessment
- Erstellen einer Behandlungs- und Betreuungsempfehlung mit dem behandelnden Personal
- Empfehlungen für funktionserhaltende und -verbessernde therapeutische Maßnahmen entsprechend der Patientensituation

- Beraten, Anleiten und ggf. Hilfestellung bei Schmerztherapie, Symptomkontrolle und -linderung, ganzheitlicher Pflege und psychosozialen Belastungssituationen
- Hilfestellung in komplexen Betreuungssituationen und Unterstützung in der Entscheidungsfindung bei ethischen Fragestellungen
- Hilfestellung für das Behandlungsteam bei der psychosozialen Betreuung der Palliativpatientinnen/-patienten und deren An- und Zugehöriger (ggf. ab Diagnosestellung)
- Im Auftrag der Primärbetreuenden Durchführung medizinischer, pflegerischer, therapeutischer und/oder psychosozialer Palliativmaßnahmen
- Indikationsstellung für die Anmeldung bei MPT, Palliativstation, Stationärem Hospiz, Tageshospiz und das Vermitteln dorthin

Beratung, Unterstützung, Organisation in Bezug auf (weitere) Betreuung

- Beratung in Hinblick auf die palliative Weiterbetreuung von Palliativpatientinnen/-patienten im Anschluss an deren Krankenhausaufenthalt
- Beratung und Unterstützung in sozialrechtlichen Fragen (Pflegegeld, Familienhospizkarenz, Pflegekarenz, Erwachsenenschutz)
- Zusammenarbeit mit und Vermitteln von Mobilen Palliativteams und Hospizteams (hauptamtliche Koordination / ehrenamtliche Hospizbegleitung)
- telefonische Beratung und Information der Primärbetreuenden im Zuständigkeitsbereich (Krankenanstalt[en]) des PKD
- Unterstützung und Organisation an den Nahtstellen zwischen stationärer und mobiler Betreuung (Brückenfunktion)

Beratung und Begleitung An- und Zugehöriger

- Miteinbeziehen und Mitbetreuen der An- und Zugehörigen (Entlastungsgespräche, „end-of-life discussions“, soziale Absicherung, Krankheitsbewältigung)
- Beraten, Anleiten und Einschulen pflegender An- und Zugehöriger

Spirituelle Begleitung und Trauerbegleitung

- spirituelle Begleitung

Indirekt patientenbezogene Leistungen

- regelmäßige Vernetzung innerhalb der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung
- regelmäßige regionale Vernetzung mit Systempartnern
- Anleiten und Schulen von Praktikantinnen/Praktikanten
- Zusammenarbeit mit Studierenden
- Bildungsarbeit innerhalb der Krankenanstalt(en)
- interprofessionelle digitale Dokumentation
- Öffentlichkeitsarbeit

Größe/Kapazität

- Team, bestehend aus mind. 2 VZÄ für 150 bis 250 Betten in einem oder mehreren Krankenhäusern, 1 zusätzliches VZÄ je weitere 250 Betten (= 0,004 VZÄ pro Bett); Teammindestgröße: 2 VZÄ
- empfohlen: Team, bestehend aus mind. 2,5 VZÄ für 150 bis 250 Betten in einem oder mehreren Krankenhäusern, 1 zusätzliches VZÄ je weitere 250 Betten (= 0,004 VZÄ pro Bett); im Fall eines Onkologieschwerpunkts gemäß ÖSG i. d. g. F.: 1 VZÄ zusätzlich

Planungsrichtwert

2 VZÄ für 150 bis 250 Betten (empfohlen: 2,5 VZÄ), 1 zusätzliches VZÄ je weitere 250 Betten, empfohlen: Onkologieschwerpunkt: 1 VZÄ zusätzlich

Einzugs-/Versorgungsgebiet

PKD können auch krankenhaus- und strukturenübergreifend (z. B. in einem regionalen Krankenhausverbund) tätig sein.

empfohlen: Jeder Palliativstation soll ein PKD angegliedert sein.

Quellen: BMG 2014, BMSGPK 2021, Projektgruppe, Arbeitsgruppe, Beschlussgremium (eingesetzt im Rahmen der Arbeiten zum HosPalFG); Be-/Erarbeitung und Darstellung: GÖG 2025

3.4.6 Tageshospiz (THOS)

Definition	Tageshospize sind Einrichtungen, die Palliativpatientinnen/-patienten und deren An- und Zugehörigen tagsüber Behandlung, Beratung und Begleitung anbieten. Bei den Tageshospizen handelt es sich um Einrichtungen, die mobilen bzw. transportfähigen Palliativpatientinnen/-patienten tagsüber Behandlung, Beratung und Begleitung anbieten. Sie dienen dazu, den Tag psychosozial und therapeutisch zu gestalten, die Gemeinschaft gleichermaßen Betroffener zu erleben und damit gleichzeitig soziale Isolation zu verhindern. Überdies werden An- und Zugehörige der Palliativpatientinnen/-patienten entlastet. Das Tageshospiz ist ein eigenständiges Angebot.
Zielgruppe	Palliativpatientinnen/-patienten, die mobil bzw. transportfähig sind, und deren An- und Zugehörige
Auftrag und Ziel	Der Auftrag von Tageshospizen ist, Symptome bei Palliativpatientinnen und -patienten zu kontrollieren, den Tag psychosozial und therapeutisch zu gestalten, Palliativpatientinnen und -patienten die Gemeinschaft gleichermaßen Betroffener zu ermöglichen und damit gleichzeitig sozialer Isolation entgegenzuwirken. Überdies werden An- und Zugehörige der Palliativpatientinnen/-patienten entlastet. Weiters wird die mobile häusliche Betreuung entlastet und werden Krankenhausaufenthalte reduziert.
spezifische Zugangskriterien	• Mobilität/Transportfähigkeit • auch länger prognostizierte Lebenserwartung (z. B. ALS-Erkrankung) • Maßnahmen, die zu Hause nicht durchgeführt werden können, aber keinen stationären Aufenthalt erfordern

Personalausstattung

Berufsgruppen	beschlossen*	empfohlen**
Ärztinnen/Ärzte Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin und/oder Fachärztinnen/-ärzte	0,02 VZÄ pro Öffnungstag und Betreuungsplatz ^A	—
diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger:innen	0,05 VZÄ pro Öffnungstag und Betreuungsplatz ^B	—
Hospizteam Hospizbegleiter:innen anwesend		—
Physiotherapeutinnen/-therapeuten psychologisches/psychotherapeutisches Personal - klinische Psychologinnen/Psychologen, Psychotherapeutinnen/-therapeuten, Gesundheitspsychologinnen/-psychologen <u>empfohlene Berufsgruppen bei Neueinstellung:</u> - klinische Psychologinnen/Psychologen, Psychotherapeutinnen/-therapeuten Personal der Sozialen Arbeit - Sozialarbeiter:innen, Sozialpädagoginnen/-pädagogen (§§ 1 und 2 SozBezG) <u>empfohlene Berufsgruppen bei Neueinstellung:</u> - Sozialarbeiter:innen, Sozialpädagoginnen/-pädagogen gemäß § 1, § 2 Abs. 1, Abs. 2 Z 1, 3 und 4, § 2 Abs. 3 SozBezG 2024	0,02 VZÄ pro Öffnungstag und Betreuungsplatz ^B	—
Ergotherapeutinnen/-therapeuten, Logopädinnen/Logopäden, Diätologinnen/Diätologen, Kreativtherapeutinnen/-therapeuten, Heilmasseurinnen/-masseure	verfügbar	—
spirituelle Begleitung	verfügbar	—
Administrationspersonal	verfügbar	—
Hauswirtschaft (z. B. Küche, Reinigung)	verfügbar in Abhängigkeit von der konkreten räumlichen Situation	—

*beschlossen = vom Beschlussgremium, bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern der Vereinbarungspartner (Bund, Bundesländer, Träger der Sozialversicherung) am 14. Dezember 2022 einvernehmlich festgelegt

**empfohlen = von der Projektgruppe (siehe Prozess zu den Projektgruppen, Abschnitt 2.2) im Rahmen der Arbeiten zum HosPalFG definierte Empfehlungen, die vom Beschluss der Vereinbarungspartner abweichen. Im THOS entspricht die empfohlene quantitative Personalausstattung jener, die beschlossen wurde.

^A bei 5 Öffnungstagen pro Woche: 0,6 VZÄ für 6 Plätze

^B bei 5 Öffnungstagen pro Woche: 1,5 VZÄ für 6 Plätze

VZÄ = Vollzeitäquivalente auf Basis einer 40-Stunden-Woche. Flexible Beschäftigungsmöglichkeiten (z. B. angestellt, Honorarkraft, Werkvertragsnehmer:in) sind möglich.

Infrastruktur

Räumliche Ausstattung

barrierefrei gestaltet (die Mitnutzung von Räumlichkeiten eines ortsnahen Angebots ist möglich)

- wohnliche Atmosphäre, barrierefreie Ausstattung der Patientenbereiche
- Patientenräume mit bequemen Sitzmöglichkeiten, die multifunktional nutzbar sind (z. B. Ruhesessel)
- multifunktional nutzbare Räumlichkeiten für Behandlungen und Therapien
- Räumlichkeiten für Personal und Teambesprechungen
- Depot für Heilbehelfe/Medikamente
- Raucherzone
- optional: Pflegebad oder barrierefreies Badezimmer oder einschlägige Nutzung in einem ortsnahen Angebot
- (Wohn-)Küche und Gemeinschaftsbereich

Technische Ausstattung

Die Mitnutzung der technischen Ausstattung eines ortsnahen Angebots ist möglich.

- Sauerstoff bzw. Sauerstoffkonzentratoren
- Absauger
- optional Perfusoren und Infusomaten
- palliative Notfallausstattung
- optional Hebebadewanne mit Patientenliegelifter
- weitere Ausstattung je nach Leistungsangebot, z. B. PCA-Pumpe, mobiles Ultraschallgerät
- Patientenheber
- medizinische, pflegerische und therapeutische Grundausstattung
- Medikamentenvorrat zur Symptomkontrolle (inkl. Opioiden) und Heilbehelfe

Leistungsangebot

Beginn der (Mit-)Betreuung

- Erstgespräch mit Patient:in sowie seinen/ihren An- und Zugehörigen vor Aufnahme
- erforderliche Diagnostik

Medizinische, pflegerische, therapeutische und psychosoziale Leistungen

- qualifizierte Betreuung und Aktivierung
- ganzheitliche patientenorientierte Behandlung, (Bezugs-)Pflege und Betreuung
- Schmerzmanagement und Symptomkontrolle
- therapeutische Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung von Funktion, Aktivität und sozialer Partizipation
- psychosoziale Betreuung und Beratung der Palliativpatientinnen/-patienten
- Bereitstellen von Raum und Zeit für Begegnung und Kommunikation
- Aktivitäten (z. B. Ausflüge, Kochen, Feiern, Feste)
- Krisenintervention
- optional Kreativtherapie

An- und Zugehörigenbegleitung/-arbeit

- Miteinbeziehen und Mitbetreuen der An- und Zugehörigen
- psychosoziale Betreuung und Beratung der An-/Zugehörigen
- Anleiten und Einschulen pflegender An- und Zugehöriger

Spirituelle Begleitung und Trauerbegleitung

- spirituelle Begleitung
- Trauerbegleitung
- Gedenken an Verstorbene:n

Indirekt patientenbezogene Leistungen

- regelmäßige Vernetzung innerhalb der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung
- regelmäßige regionale Vernetzung mit Systempartnern
- Anleitung und Schulung von Praktikantinnen und Praktikanten
- Erbringen externer Bildungstätigkeit
- Qualitätsentwicklung und -sicherung (z. B. Supervision, Intervision, Mitarbeiterfortbildung)
- interprofessionelle digitale Dokumentation
- Öffentlichkeitsarbeit

Größe/Kapazität

selbstständige Organisationseinheit mit eigenem Team und Kapazität für mind. 6 Palliativpatientinnen/-patienten, gegebenenfalls gekoppelt/angegliedert/integriert an bzw. in eine andere Hospiz-/Palliativversorgungseinrichtung

Planungsrichtwert

mind. 150.000 Einwohner:innen²⁸

Einzugs-/Versorgungsgebiet

mind. 150.000 Einwohner:innen, auch bundesländerübergreifend

Quellen: BMG 2014, BMSGPK 2021, Projektgruppe, Arbeitsgruppe, Beschlussgremium (eingesetzt im Rahmen der Arbeiten zum HosPalFG); Be-/Erarbeitung und Darstellung: GÖG 2025

²⁸ Die Grundlage für die Arbeiten zu § 7 HosPalFG (quantitativer Auf- und Ausbau) bildete eine idealtypische Standortplanung als Vorschlag für insgesamt 27 THOS in ganz Österreich. Ausgangspunkt sind die in der ÖSG-Verordnung publizierten Eignungsstandorte für die ambulante Erwachsenen-Rehabilitation der Phase II. Darauf aufbauend erfolgte eine iterative Simulation der potenziellen THOS-Standorte, bis 90 Prozent der österreichischen Wohnbevölkerung ein THOS in maximal 45 Minuten erreichen. Lediglich zwei der insgesamt 27 THOS-Standorte haben einen kleineren natürlichen Einzugsbereich als die in den Qualitätskriterien des HosPalFG definierten 150.000 Einwohner:innen.

3.4.7 Stationäres Hospiz (SHOS)

Definition	Stationäre Hospize sind Einrichtungen mit einer eigenen Organisationsstruktur, die auf eine längerfristige Betreuung bis zum Tod erwachsener Palliativpatientinnen/-patienten spezialisiert sind und in denen diese aufgenommen werden, um professionelle Unterstützung und Entlastung zu erhalten. Ausgerichtet ist die Betreuung in der letzten Lebensphase auf Palliativpatientinnen/-patienten mit komplexer pflegerischer, psychosozialer oder medizinischer Symptomatik und hohem Betreuungsaufwand, wenn die Aufnahme in ein Akutkrankenhaus nicht erforderlich, die Betreuung zu Hause oder im Pflegeheim jedoch nicht möglich ist.
Zielgruppe	Palliativpatientinnen/-patienten in der letzten Lebenszeit mit komplexer pflegerischer, psychosozialer oder medizinischer Symptomatik und hohem Betreuungsaufwand, bei denen eine Behandlung im Krankenhaus nicht erforderlich und eine Betreuung zu Hause oder in einem Alten- und Pflegeheim nicht möglich ist.
Auftrag und Ziel	Ziele sind das Lindern von Symptomen und das Erreichen eines hohen Maßes an Lebensqualität von Palliativpatientinnen/-patienten bis zum Ableben sowie das Begleiten ihrer An- und Zugehörigen auch über den Tod der Palliativpatientin bzw. des Palliativpatienten hinaus.
spezifische Zugangskriterien	Eine Krankenhausbedürftigkeit im Sinne des § 22 Abs. 3 KAKuG liegt nicht vor. Der Zugang zu Therapien/Untersuchungen im Rahmen des palliativen Behandlungskonzepts (z. B. Strahlentherapie, palliative Chemotherapie, Immun-/Hormontherapie) ist sicherzustellen. Eine unterstützende Versorgung im jeweiligen Setting (im Haushalt, in der Familie, in einer vollstationären Pflegeeinrichtung oder einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe) ist nicht ausreichend, weil der palliativpflegerische und palliativmedizinische und/oder psychosoziale Versorgungsbedarf, der aus der Krankheit resultiert, die Möglichkeiten der bisher Betreuenden übersteigt. Damit sind neben den An- und Zugehörigen der Palliativpatientinnen und -patienten insbesondere die folgenden Versorgungsmöglichkeiten gemeint:

- hausärztliche Versorgung
- die Leistungen der mobilen/ambulanten, (teil)stationären Pflege- und Betreuungsangebote
- die Leistungen anderer spezialisierter Hospiz- und Palliativangebote
- Angebote weiterer Dienste (z. B.: 24-Stunden-Betreuung, persönliche Assistenz)

Die Kontaktaufnahme erfolgt durch die behandelnde Ärztin / den behandelnden Arzt, das Case- und Caremanagement, durch die Palliativpatientin / den Palliativpatienten, deren/dessen An- und Zugehörige bzw. durch die Hauskrankenpflege. Die Entscheidung über die Aufnahme fallen im Stationären Hospiz tätige Ärztinnen/Ärzte mit Palliativausbildung im interprofessionellen Konsens mit Team und Pflegeleitung. Im SHOS tätige Ärztinnen/Ärzte verfassen nach 6 Monaten einen Evaluierungsbericht.

Personalausstattung

Berufsgruppen	beschlossen*	empfohlen**
Ärztinnen/Ärzte: • Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin und/oder Fachärztinnen/-ärzte (mind. 1 Ärztin/Arzt mit ≥ 20 Wochenstunden mit abgeschlossener bzw. bis 2027 abzuschließender Spezialisierung in Palliativmedizin), stundenweise Präsenz werktags (Mo.–Fr. ausgenommen Feiertage)	0,06 VZÄ pro Bett (exkl. Rufbereitschaft)	0,1 VZÄ pro Bett (exkl. Rufbereitschaft)
• Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin und/oder Fachärztinnen/-ärzte vorzugsweise mit Spezialisierung in Palliativmedizin, zusätzlich täglich rund um die Uhr innerhalb von 30 Minuten verfügbar (die Rufbereitschaft kann auch durch nicht im Haus beschäftigte Ärztinnen/Ärzte sichergestellt werden)		

Berufsgruppen	beschlossen*	empfohlen**
Pflegepersonal/Fachsozialbetreuung:	1,2 VZÄ je Bett (exkl. Pflegedienstleitung)	—
• diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger:innen • Rund-um-die-Uhr-Präsenz	mind. 70 %	mind. 80 %
• Pflegefachassistentinnen/-fachassistenten • Pflegeassistentinnen/-assistenten • Fachsozialbetreuer:in mit Schwerpunkt Altenarbeit (FSB-A)	höchstens 30 %	höchstens 20 %
<u>zusätzlich</u> Pflegedienstleitungsfunktion	0,75 VZÄ (für 8 Betten)	—
Personal der Sozialen Arbeit • Sozialarbeiter:innen, Sozialpädagoginnen/-pädagogen (§§ 1 und 2 SozBezG) <u>empfohlene Berufsgruppen bei Neueinstellung:</u> • Sozialarbeiter:innen, Sozialpädagoginnen/-pädagogen gemäß § 1, § 2 Abs. 1, Abs. 2 Z 1, 3 und 4, § 2 Abs. 3 SozBezG 2024	verfügbar	0,15 VZÄ je Bett
psychologisches/psychotherapeutisches Personal • (klinische) Psychologinnen/Psychologen, Psychotherapeutinnen/-therapeuten, Gesundheitspsychologinnen/-psychologen <u>empfohlene Berufsgruppen bei Neueinstellung:</u> • klinische Psychologinnen/Psychologen, Psychotherapeutinnen/-therapeuten		
ggf. Koordinator:in für ehrenamtlich Tätige, dem SHOS zugeordnet		
gehobene medizinisch-therapeutisch-diagnostische Gesundheitsberufe • Physiotherapeutinnen/-therapeuten, Ergotherapeutinnen/-therapeuten, Logopädinnen/Logopäden, Diätologinnen/Diätologen	0,05 VZÄ pro Bett	—
Kreativtherapie (z. B. Kunsttherapie, Musiktherapie)	verfügbar	—
spirituelle Begleitung	verfügbar	—
Hospizteam	verfügbar	—
Administrationspersonal	0,1 VZÄ je Bett	—

Berufsgruppen	beschlossen*	empfohlen**
Hauswirtschaft (z. B. Küche, Reinigung, Haustechnik, Garten)	verfügbar in Abhängigkeit von der konkreten räumlichen Situation	—

*beschlossen = vom Beschlussgremium, bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern der Vereinbarungspartner (Bund, Bundesländer, Träger der Sozialversicherung) am 14. Dezember 2022 einvernehmlich festgelegt

**empfohlen = von der Projektgruppe (siehe Prozess zu den Projektgruppen, Abschnitt 2.2) im Rahmen der Arbeiten zum HosPalFG definierte Empfehlungen, die vom Beschluss der Vereinbarungspartner abweichen.

VZÄ = Vollzeitäquivalente auf Basis einer 40-Stunden-Woche. Flexible Beschäftigungsmöglichkeiten (z. B. angestellt, Honorarkraft, Werkvertragsnehmer:in) sind möglich.

Infrastruktur

Räumliche Ausstattung

barrierefrei gestaltet

- wohnliche Atmosphäre
- Aufenthaltsbereich für Palliativpatientinnen/-patienten und ihre An- und Zugehörigen
- Einbettzimmer mit Nasszelle
- Übernachtungsmöglichkeiten für An- und Zugehörige
- Stationsbad/Pflegebad, fahrbarer Badewannenlift
- (Wohn-)Küche
- vorzugsweise Verabschiedungs-/Meditationsraum
- Lagerräume für Lebensmittel, Hilfsmittel, Medikamente, Betten, Wäsche, medizinisch-technische Geräte etc.
- Arbeitsräume (rein/unrein) für Pflege und Hauswirtschaft
- Mitarbeiter-/Ruheraum mit Dusch- und ggf. Schlafmöglichkeit
- Büroräumlichkeiten mit Arbeitsplätzen für diensthabendes und Administrationspersonal
- Zugang – auch mit Betten – zu Außenanlagen mit Grünbereich
- Bereiche für therapeutische und soziale Aktivitäten
- Räumlichkeiten, multifunktionell nutzbar für (Team-)Besprechungen/Beratungsgespräche
- Depot für Heilbehelfe, Medikamente (inkl. Aufbewahrung von Suchtmitteln gemäß Suchtmittelgesetz)

Technische Ausstattung

- Sauerstoff
- Absauger

- medizinisch-technische Hilfsmittel (z. B. Schmerzpumpe, Infusionspumpe, Ernährungspumpe, Perfusoren)
- (mobiles) Ultraschallgerät
- barrierefreies Alarmierungssystem (z. B. Kopfglocke)
- ggf. assistierende Technologien
- Notfallkoffer sowie erreichbarer Defibrillator
- Patientenheber
- medizinische und pflegerische Grundausstattung
- Anti-Dekubitus-Matratzen (auch mit prophylaktischer Indikation) je nach Bedarf
- Mittel zur Gewährleistung von Kommunikation für die Palliativpatientinnen/-patienten

Leistungsangebote

Beginn der (Mit-)Betreuung

- Erstgespräch mit Palliativpatient:in und dessen/deren An- und Zugehörigen vor der Aufnahme, ggf. durch MPT/PKD
- Sozialanamnese
- im Fall der Aufnahme: Gespräch mit Palliativpatient:in und dessen/deren An- und Zugehörigen
- im Fall der Nichtaufnahme: Information/Beratung über mögliche Versorgungsangebote

Medizinische, pflegerische, therapeutische und psychosoziale Leistungen

- Erstellen eines Symptom-Assessments (z. B. per Edmonton Symptom Assessment Scale)
- individualisierte Diagnostik, soweit erforderlich
- vorausschauende Planung („advance care planning“)
- palliativmedizinische Betreuung (z. B. Therapieanpassung, Therapiezielfindung, Notfallmanagement)
- ganzheitliche patientenorientierte Behandlung, (Bezugs-)Pflege und Betreuung
- therapeutische Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung von Funktion, Aktivität und sozialer Partizipation
- qualifiziertes Schmerzmanagement, Symptomkontrolle (z. B. Atemnot, Erbrechen, Blutungen, komplexes Wundmanagement)
- palliative Kurzzeitpflege (Entlastungspflege)
- Soziale Arbeit (z. B. Beratung über Sozialleistungen und Unterstützungsangebote, Entlassungsgespräche)
- Zeitressourcen für Gespräche und Beziehungsarbeit
- situationsangepasste ernährungstherapeutische Maßnahmen
- soziale und kulturelle Aktivitäten (z. B. Ausflüge, Konzerte, Feste im Jahreskreis)
- optional Kreativtherapie (z. B. Kunsttherapie, Musiktherapie)
- Bereitstellen von Wohnraum und qualifizierter Betreuung

- ggf. Entlassungsmanagement

Beratung, Unterstützung, Organisation in Bezug auf (weitere) Betreuung

- Soziale Arbeit (z. B. Beratung über Sozialleistungen und Unterstützungsangebote, Entlassungsgespräche)

An- und Zugehörigenbegleitung/-arbeit

- Mitbetreuen An- und Zugehöriger
- Miteinbeziehen An- und Zugehöriger in den Pflege- und Betreuungsprozess
- Beraten und Unterstützen der Palliativpatientinnen/-patienten und ihrer An- und Zugehörigen bei existenzsichernden und sozialrechtlichen Fragestellungen (Pflegegeld, Familienhospizkarenz, Pflegekarenz, Erwachsenenschutz)
- psychosoziale Betreuung und Beratung der Palliativpatientinnen/-patienten und deren An- und Zugehöriger, ggf. Vermittlung von Psychotherapie

Spirituelle Begleitung und Trauerbegleitung

- spirituelle Begleitung
- Verabschieden von Verstorbenen im Stationären Hospiz
- Trauergespräche und ggf. Vermitteln von Angeboten der Trauerbegleitung
- Information bezüglich der Gestaltung von Trauerfeierlichkeiten
- wenn keine Angehörigen zur Verfügung stehen, Vermittlung/Beiziehung eines Bestattungsunternehmens

Indirekt patientenbezogene Leistungen

- regelmäßige Vernetzung innerhalb der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung
- regelmäßige regionale Vernetzung mit Systempartnern
- Anleiten und Schulen von Praktikantinnen/Praktikanten
- Zusammenarbeit mit Studierenden
- Erbringen externer Bildungstätigkeit
- Qualitätsentwicklung und -sicherung (z. B. Supervision, Intervention, Mitarbeiterfortbildung)
- interprofessionelle digitale Dokumentation
- Öffentlichkeitsarbeit

Größe

- selbstständige Organisationseinheit mit eigenem Team und mit mind. 8 Betten. In Abhängigkeit von regionalen Bedingungen sind auch kleinere Einheiten mit wenigstens 6 Betten (als Hospizbereich) möglich.
- kleinere Einheiten (unter 8 Betten) erfordern einen höheren Pflegepersonalschlüssel.

Planungsrichtwert

- 25 bis 30 Betten je Mio. Einwohner:innen
empfohlen: 30 Betten je Mio. Einwohner:innen; parallele Umsetzung aller spezialisierten Hospiz- und Palliativangebote im Erwachsenenbereich

Einzugs-/Versorgungsgebiet

geografisch zusammengehörige Regionen (auch bundesländerübergreifend)

Quellen: BMG 2014, BMSGPK 2021, GKV-Spitzenverband 2017a, Projektgruppe, Arbeitsgruppe, Beschlussgremium (eingerichtet im Rahmen der Arbeiten zum HosPalFG); Be-/Erarbeitung und Darstellung: GÖG 2025

4 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene

4.1 Nationale und internationale Grundsätze

Die Feststellung, dass **Kinder keine kleinen Erwachsenen** sind, gilt im Zusammenhang mit unheilbaren Erkrankungen umso mehr. Nicht nur die Krankheitsbilder, sondern auch die spezifischen Bedürfnisse und das Miteinbeziehen des familiären Umfelds in alle Überlegungen zur Versorgung sind Aspekte, die sich wesentlich vom Erwachsenenbereich unterscheiden. Hospiz- und Palliativangebote, die sich an Erwachsene richten, eignen sich daher nicht automatisch auch für Kinder.

Auf Basis der Definitionen von **WHO, ACT²⁹ und IMPaCCT** (IMPaCCT 2007), definierten die Expertinnen und Experten im Zuge der Arbeiten zu den Qualitätskriterien (2022) pädiatrische Hospiz- und Palliativversorgung wie folgt: Hospiz- und Palliativversorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen umfasst deren aktive Betreuung in Bezug auf die körperlichen, psychisch-emotionalen, sozialen, kulturellen und spirituellen Bedürfnisse vom Zeitpunkt der Diagnosestellung an. Eine effektive pädiatrische Hospiz- und Palliativversorgung benötigt einen interprofessionellen Ansatz, der die Familie sowie An- und Zugehörige und das soziale Umfeld einbezieht und regionale Unterstützungsangebote nutzbar macht. Der Schwerpunkt liegt auf der höchstmöglichen Lebensqualität für die/den Erkrankte:n und ihre/seine Familie. Zur Versorgung gehören das Erkennen und die Therapie belastender Symptome, medizinisch-pflegerische und psychosoziale Betreuung sowie Entlastungsangebote bis zum Tod und während der nachfolgenden Trauerphase.

Zielgruppe pädiatrischer Hospiz- und Palliativversorgung

Pädiatrische Hospiz- und Palliativversorgung richtet sich an Kinder und Jugendliche mit lebensverkürzenden Erkrankungen und deren Familien bzw. An- und Zugehörige. Zur Zielgruppe pädiatrischer Hospiz- und Palliativversorgung zählen somit:

1. Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit lebensbedrohlichen oder lebensverkürzenden Erkrankungen
Junge Erwachsene in diesem Kontext sind Patientinnen/Patienten, bei denen vor ihrem 18. Lebensjahr eine lebensverkürzende Erkrankung diagnostiziert wurde. Junge Erwachsene sollen wählen können, ob sie in einer speziellen Hospiz- und Palliativeinrichtung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene betreut werden oder in einer Erwachseneneneinrichtung.
2. die Familie sowie An- und Zugehörige des erkrankten Kindes, der/des erkrankten Jugendlichen sowie der/des erkrankten jungen Erwachsenen
Dazu zählen: Eltern bzw. Erziehungsberechtigte (z. B. Pflegeeltern), Geschwister, Großeltern, Verwandte, enge Freundinnen/Freunde, Bezugsbetreuer:innen etc.
3. in Absprache mit den Erziehungsberechtigten auch das psychosoziale Umfeld des erkrankten Kindes, der/des erkrankten Jugendlichen sowie der/des erkrankten jungen Erwachsenen

²⁹ Die Organisationen Association for Children with Life Threatening or Terminal Conditions and their Families (ACT) und Children's Hospices UK wurden im Jahr 2011 zu Together for Short Lives (<https://www.togetherforshortlives.org.uk/>)

Dazu zählen: Kindergruppen, Schulklasse, Betreuungseinrichtungen etc.

4. die Betreuer:innen des erkrankten Kindes, der/des erkrankten Jugendlichen sowie der/des erkrankten jungen Erwachsenen

Dazu zählen: Eltern/Erziehungsberechtigte, ärztliches Personal, Pflegepersonal, Therapeut:innen/Therapeuten etc.

Grundlegende Arbeiten von WHO, IMPaCCT, ACT, ICPCN

Die **WHO** veröffentlichte 1998 die Definition pädiatrischer Palliativversorgung, die von der EAPC-Referenzgruppe für Kinder und Jugendliche unterstützt wird und in die *Europäische Charta für die Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen* (EAPC-Referenzgruppe für Kinder und Jugendliche [EAPC 2022]) Eingang fand:

- *Palliativversorgung für Kinder ist die aktive Gesamtversorgung von Körper, Geist und Seele des Kindes und umfasst auch die Unterstützung der ganzen Familie.*
- *Sie beginnt mit der Diagnose der Erkrankung und wird unabhängig davon fortgesetzt, ob ein Kind eine auf die Krankheit ausgerichtete Behandlung erhält oder nicht.*
- *Die Gesundheitsfachpersonen müssen die körperlichen, psychologischen und sozialen Leiden des Kindes bewerten und lindern.*
- *Eine wirksame Palliativversorgung erfordert einen breit angelegten multidisziplinären Ansatz, der die Familie einbezieht und die vorhandenen Ressourcen nutzt; sie kann auch bei begrenzten Ressourcen erfolgreich durchgeführt werden.*
- *Sie kann in Einrichtungen der tertiären Versorgung, in lokalen Gesundheitszentren und zu Hause oder in Langzeitinstitutionen für Kinder angeboten werden³⁰.*

Im März 2006 traf sich in Trento (Italien) eine Gruppe von Ärztinnen/Ärzten aus Europa, Kanada und den USA, um den Status quo der pädiatrischen Palliativversorgung in Europa zu diskutieren. Diese Gruppe mit der Bezeichnung **IMPaCCT** (International Meeting for Palliative Care in Children, Trento, eine Arbeitsgruppe der EAPC [European Association for Palliative Care]) formulierte ein Abschlusssstatement, worin sie empfiehlt, die beschriebenen Standards in ganz Europa zu implementieren. Das Abschlusssstatement wurde im Original unter dem Titel *IMPaCCT: standards for paediatric palliative care in Europe* im *European Journal of Palliative Care* publiziert (IMPaCCT 2007) und anschließend in mehrere Sprachen übersetzt. Originalartikel und Übersetzungen stehen auf der Website der EAPC zum Download zur Verfügung³¹.

IMPaCCT referenziert bei den *Standards pädiatrischer Palliativversorgung in Europa* auch auf Arbeiten der englischen Association for Children's Palliative Care (ACT: erstmalig publiziert 2003; nunmehr *Together for Short Lives*: 2018³²), die Empfehlungen zur Palliativversorgung von Kindern herausgab (*A guide to the Development of children's palliative care services*).

³⁰ <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/palliative-care-for-children> und <https://eapcnet.eu/eapc-groups/reference/children-young-people> [Zugriff am 07.11.2024]

³¹ <https://eapcnet.eu/eapc-publications> [Zugriff am 31.10.2024]

³² <https://www.togetherforshortlives.org.uk/app/uploads/2018/03/TfSL-A-Guide-to-Children%E2%80%99s-Palliative-Care-Fourth-Edition-FINAL-SINGLE-PAGES.pdf>

Im Jahr 2022 veröffentlichte die **EAPC** die Europäische Charta für die Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen, deren Ziel es ist, Standards festzulegen. Sie dienen als Instrument zur Stärkung von Kindern, Familien und Fachkräften im Gesundheitswesen in Bezug darauf, was sie erwarten können sollen, was ihnen zur Verfügung steht und zugänglich sein soll sowie genutzt werden kann. Die Charta hat ebenfalls das Ziel, sich für die Entwicklung von Palliativdiensten für Kinder in Europa einzusetzen.

Im Jahr 2020 hat die **WHPCA** (Worldwide Hospice Palliative Care Alliance³³) die 2. Auflage des *Global Atlas of Palliative Care* herausgegeben. Darin wird die weltweite Situation von Palliative Care beleuchtet, wobei zwischen Erwachsenen und Kindern differenziert wird. In sieben Kapiteln werden grundlegende Fragestellungen behandelt, z. B. wie viele Erwachsene und Kinder weltweit Palliativversorgung benötigen, was die größten Hindernisse für die Palliativversorgung sind, wie sich die Palliativversorgungsdienste weltweit entwickeln, um den ungedeckten Bedarf an Versorgung zu decken, wo die größten Versorgungslücken bestehen, welche Modelle der Palliativversorgung einschließlich der Finanzierungsmechanismen bestehen, welche Ressourcen auf globaler/regionaler Ebene zur Verfügung stehen, um Politik, Programme und Forschung zur Palliativversorgung zu unterstützen, oder wie die Palliativversorgung auf globaler/regionaler/nationaler Ebene vorangetrieben werden kann.

Das internationale Netzwerk für pädiatrische Palliativversorgung **ICPCN** (International Children's Palliative Care Network) macht es sich zur Aufgabe, weltweit für die Rechte von Kindern und Jugendlichen, die unheilbar oder lebensbedrohlich erkrankt sind, einzutreten. Im Oktober 2008 formulierte das ICPCN eine Charta über die Rechte von Kindern mit lebensverkürzenden oder lebensbedrohlichen Erkrankungen (ICPCN 2008) mit der Absicht, dass Regierungen und Gesundheitsministerien weltweit diese Charta akzeptieren und ratifizieren.

Die Organisation ICPCN ist Teil eines internationalen Bündnisses für Hospiz- und Palliativversorgung, der WHPCA (Worldwide Hospice Palliative Care Alliance). ICPCN hat grundlegende Papiere zu pädiatrischer Hospiz- und Palliative Care erarbeitet, insbesondere die ICPCN-Charta in der Originalfassung und deutscher Übersetzung und ein Factsheet mit Informationen über das Netzwerk ICPCN und Definitionen zu pädiatrischer Hospiz- und Palliative Care³⁴.

4.2 Besonderheiten bzw. Unterschiede gegenüber dem Erwachsenenbereich

Trotz der Gemeinsamkeit, dass lebensbedrohlich oder lebensverkürzend erkrankte Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene genauso wie ältere Erwachsene einer umfassenden Versorgung durch ein multiprofessionelles Team bedürfen, gibt es bei Ersteren wesentliche Unterschiede zur Hospiz- und Palliativversorgung Erwachsener und eine Vielzahl besonderer Herausforderungen (Zernikow 2023), insbesondere folgende:

³³ <https://thewhpca.org> [Zugriff am 31.10.2024]

³⁴ <https://www.kinder-hospiz.at/wp-content/uploads/2024/06/ICPCN-Fact-Sheet.pdf>, <https://www.kinder-hospiz.at/wp-content/uploads/2024/06/ICPCN-Informationsblatt-2017-Deutsch.pdf>. [Zugriff am 24.10.2024]

- Die pädiatrische Hospiz- und Palliativversorgung wird maßgeblich vom Alter, von der Grunderkrankung sowie dem Entwicklungsstand der Patientin / des Patienten geprägt. Die Versorgung muss dem Früh- und Neugeborenen gleichermaßen gerecht werden wie dem Klein- und Schulkind oder dem Teenager und der/dem jungen Erwachsenen.
- Die pädiatrische Hospiz- und Palliativversorgung beginnt bei der Diagnosestellung und erstreckt sich über den gesamten Krankheitsverlauf, der oft über Jahre andauert, bis zum Tod und darüber hinaus. Dabei können kurative und palliative Versorgung parallel erfolgen.
- Das Krankheitsspektrum ist vielfältig und reicht von onkologischen über neurodegenerative bis hin zu (sehr) seltenen Erkrankungen. Gleichzeitig ist die Zahl der betroffenen Kinder insgesamt relativ gering.
- Die Äußerungen zu den Symptomen, die Ansprüche an die räumliche Ausstattung der Versorgungseinrichtung und die gewünschten Aktivitäten sind vom Entwicklungsstand des Kindes abhängig und damit sehr variabel.
- Die Krankheiten der Kinder sind oft durch einen jahrelangen Verlauf gekennzeichnet, und die Krankheitssymptome ändern sich im Kindesalter rascher als im Erwachsenenalter.
- Viele der Betroffenen haben sehr seltene Erkrankungen, die nur im Kindesalter vorkommen. Verlässliche Informationen über die Prognose sowie über die Behandlung der Erkrankung fehlen häufig.
- Die gesamte Familie und das Familiengefüge sind in besonderer Weise in die psychosoziale Versorgung einzubeziehen. Oft wirken Kräfte in den Familien, die sich in einer Entfremdung der Eltern voneinander und einem „Schattendasein“ der Geschwister äußern können.

4.3 Inhalte und Grundsätze pädiatrischer Hospiz- und Palliativversorgung

Gemäß dem **Experten-Konzept** (2013) und auf Basis der Empfehlungen von **IMPaCCT** (IMPaCCT 2007) und der **ICPCN** (ICPCN 2008) können die nachstehenden Maximen für die Hospiz- und Palliativversorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen hervorgehoben werden³⁵:

- Jedes Kind³⁶ sollte gemäß der WHO-Definition eine individuelle sowie kulturell und für sein Alter angemessene palliative Versorgung erhalten.
- Pädiatrische Hospiz- und Palliativversorgung soll alle Kinder und ihre Familien erreichen, welche diese benötigen – unabhängig von den finanziellen Möglichkeiten der Familie; die Regierungen müssen eine gesicherte Finanzierung gewährleisten.
- Hospiz- und Palliativversorgung beginnt mit der Diagnosestellung einer lebensverkürzenden oder lebensbedrohlichen Erkrankung, setzt sich über den gesamten Krankheitsverlauf fort und kann parallel zu kurativen oder lebensverlängernden Therapieoptionen erfolgen.
- Das gemeinsame Zuhause von Kind und Familie muss – wenn irgend möglich – zentraler Ort der Versorgung bleiben.

³⁵ Die Aufzählung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

³⁶ Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird hier von Kind gesprochen; mitgemeint sind immer auch die/der Jugendliche und die/der junge Erwachsene.

-
- Die Hospiz- und Palliativversorgung sollte an dem vom Kind oder seiner Familie selbst gewählten Aufenthaltsort stattfinden.
- Das Kind und seine Familie sollen die Möglichkeit haben, eine pädiatrisch erfahrene Person zu konsultieren, die das Kind kennt und hinsichtlich seiner Erkrankung fachkundig ist.
- Jedes Kind soll durch einen/eine Pädiater:in oder eine Ärztin / einen Arzt mit pädiatrischem Wissen und Erfahrungshintergrund weiter versorgt werden.
- Ein:e Versorgungskordinator:in sollte dafür zuständig sein, für die Familie ein geeignetes Versorgungssystem aufzubauen und auf Dauer zu erhalten.
- Jedes Kind sollte rund um die Uhr 365 Tage im Jahr ein professionelles medikamentöses, psychologisches und physikalisches Schmerz- und Symptommanagement erfahren.
- Die Versorgung ist alters- und entwicklungsentsprechend an den Bedürfnissen und Fähigkeiten des Kindes auszurichten.
- Das Kind muss entsprechend seinem Alter und Entwicklungsstand die Gelegenheit erhalten, an den Entscheidungen zu seiner Hospiz- und Palliativversorgung teilzuhaben.
- Bei jeglicher (medizinischen) Entscheidung muss das Interesse des Kindes oberste Priorität haben.
- Schulunterricht und Bildung sind zu gewährleisten.
- Die Eltern/Erziehungsberechtigten müssen umfassend informiert werden; ebenso das erkrankte Kind und seine Geschwister entsprechend dem Alter und Entwicklungsstand.
- Angebote zur Entlastung der Familie – auch nur stunden- oder tageweise – sind wichtig und sollten sowohl zu Hause als auch außer Haus angeboten werden.
- Geschwisterarbeit ist ein wichtiger und integraler Bestandteil in der pädiatrischen Hospiz- und Palliativversorgung.
- Trauerbegleitung muss ab der Diagnosestellung, während des gesamten Krankheitsverlaufs, beim Tod und darüber hinaus so lange angeboten werden, solange sie erforderlich ist.
- Ein interprofessionell agierendes Team mit jeweils spezieller Qualifikation und Ausbildung in pädiatrischer Palliative Care betreut und versorgt das Kind und dessen Familie sowie An- und Zugehörige. Ehrenamtliche Kinder-Hospizbegleiter:innen werden in die Betreuung mit einbezogen.

4.4 Erkrankungsgruppen

Ein Charakteristikum der pädiatrischen Hospiz- und Palliativversorgung ist das breite Spektrum von Krankheiten, das eine Hospiz- bzw. palliative Versorgung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene begründen kann. Allgemein anerkannt ist die Unterscheidung der relevanten Erkrankungen in die folgenden vier Gruppen.

Die vier Krankheitsgruppen nach IMPaCCT

- Gruppe 1 **lebensbedrohliche Erkrankungen, für die eine kurative Therapie verfügbar ist, die jedoch auch versagen kann.** Die Palliativversorgung kann parallel zu einer kurativ ausgerichteten Therapie und/oder bei Therapieversagen erforderlich sein (Beispiele: fortschreitende Krebserkrankungen, irreversibles Organversagen).
- Gruppe 2 **Erkrankungen, bei denen ein frühzeitiger Tod unvermeidlich ist.** Lange Phasen intensiver Therapien haben eine Lebensverlängerung und eine Teilnahme an normalen Aktivitäten des täglichen Lebens zum Ziel (Beispiele: zystische Fibrose, Muskeldystrophie).
- Gruppe 3 **progrediente Erkrankungen ohne die Möglichkeit einer kurativen Therapie.** Die Therapie erfolgt ausschließlich palliativ. Sie erstreckt sich häufig über viele Jahre (Beispiel: Mukopolysaccharidosen).
- Gruppe 4 **irreversible, jedoch nicht progrediente Erkrankungen, die regelhaft Komplikationen zeigen und wahrscheinlich zum vorzeitigen Tod führen.** Diese Erkrankungen stellen komplexe Anforderungen an die medizinische Versorgung (Beispiel: schwere Mehrfachbehinderungen wie z. B. bei Hirn- oder Rückenmarkserkrankungen).³⁷

Quellen: IMPaCCT 2007, Zernikow 2023

4.5 Grundlagen, Inhalte und Charakteristika

Das für den Kinderbereich im Jahr 2013 veröffentlichte Experten-Konzept der modular abgestuften pädiatrischen Hospiz- und Palliativversorgung wurde in das HosPalFG aufgenommen. Ein weiterer wichtiger Schritt in Richtung breiter Anerkennung dieses Versorgungsbereichs war die Aufnahme aller spezialisierten Hospiz- und Palliativangebote in umfänglicher und gleichwertiger Form in den Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) 2017 und 2023.

Zielgruppe pädiatrischer Hospiz- und Palliativversorgung

Zur Zielgruppe der pädiatrischen Hospiz- und Palliativversorgung gehören sowohl pädiatrische Palliativpatientinnen und Palliativpatienten als auch deren Eltern, Geschwister sowie weitere An- und Zugehörige.

³⁷ In Fachkreisen wird eine weitere besondere Gruppe genannt: Früh- und Neugeborene mit unheilbaren, früh lebensverkürzenden Erkrankungen: Hospiz- und Palliativversorgung beginnt hier unter Umständen bereits vor der Geburt des Kindes. Sterben und Tod eines Früh- und Neugeborenen stellen Betreuende und Eltern vor besondere spezifische Herausforderungen und Belastungen (<https://www.kinder-hospiz.at/fachwelt/paediatri-sche-hospiz-und-palliativversorgung/krankheitsgruppen>). [Zugriff am 31.10.2024]

Definition pädiatrischer Palliativpatientinnen und -patienten

Pädiatrische Palliativpatientinnen und -patienten sind schwerstkranke Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene³⁸ mit lebensverkürzenden Erkrankungen, die einen Bedarf an modular abgestufter pädiatrischer Hospiz- und Palliativversorgung über den gesamten Krankheitsverlauf hinweg bedingen, und mit die Lebensqualität beeinträchtigenden Symptomen und/oder psychosozialen Problemen.

Spezialisierte Hospiz- und Palliativangebote für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene

Die spezialisierte pädiatrische Hospiz- und Palliativversorgung ergänzt mit ihren nachfolgend angeführten vier Leistungsangeboten die Einrichtungen und Dienstleister:innen im Gesundheits- und Sozialbereich.

Mobile Kinder-Palliativteams unterstützen die in der vertrauten Umgebung in der Basisversorgung Tätigen mit fachlicher Expertise.

Kinder-Hospizteams begleiten pädiatrische Palliativpatientinnen und -patienten und deren Familien, An- und Zugehörige in der vertrauten Umgebung (z. B. zu Hause, im Krankenhaus, im Stationären Kinder-Hospiz, in der Betreuungseinrichtung, in der Schule, im Kindergarten).

Stationäre Kinder-Hospize nehmen pädiatrische Palliativpatientinnen und -patienten, deren Eltern und Geschwister sowie weitere An- und Zugehörige für eine bestimmte Zeit auf, wenn die Versorgung zu Hause oder in einer anderen Einrichtung nicht bewältigt werden kann.

Pädiatrische Palliativbetten stehen in Abteilungen für Kinder- und Jugendheilkunde für eine spezialisierte ganzheitliche Versorgung in besonders komplexen Situationen zur Verfügung, wenn ein Verbleib zu Hause oder in einer anderen Einrichtung nicht möglich ist.

³⁸ Personen, bei denen vor ihrem 18. Lebensjahr eine lebensverkürzende Erkrankung diagnostiziert wurde

Modular abgestufte pädiatrische Hospiz- und Palliativversorgung

In Analogie zur grafischen Aufbereitung des Modells der modular abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung im Erwachsenenbereich entwickelte HOSPIZ ÖSTERREICH eine ebensolche für den Kinderbereich, die in der folgenden Darstellung von der GÖG adaptiert wurde.

Modular abgestufte pädiatrische Hospiz- und Palliativversorgung

Grundversorgung	spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung		Entlastung
Einrichtung/Dienstleister:innen	mobile Angebote	stationäre Angebote	mobile, (teil)stationäre Angebote
(Kinder-)Krankenhäuser stationäre Pflege und Betreuung (Betreuungseinrichtungen/ Kinder-Pflegeeinrichtungen) niedergelassene (Fach-)Ärztinnen/-ärzte, Primärversorgungseinheiten, mobile Betreuungs- und Pflegedienste, Therapeutinnen/Therapeuten	Kinder-Hospiz-teams	Mobile Kinder-Palliativ-teams	Pädiatrische Palliativbetten Stationäre Kinder-Hospize z. B. Tagesbetreuung Entlastungspflege Kurz-, Langzeitpflege Erholung Trauerbegleitung

Angebote, die bereits bestehen, jedoch noch nicht im Rahmen der spezialisierten pädiatrischen Hospiz- und Palliativversorgung definiert und in diese aufgenommen wurden:

- Pädiatrischer Palliativkonsiliardienst
- Kinder-Tages-/Wochenendhospiz

Quelle und Copyright: HOSPIZ ÖSTERREICH 2017, adaptiert durch GÖG 2025

4.5.1 Planungsrichtwerte

Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die Planungsrichtwerte zum Bedarf an allen vier Angeboten der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene sowie über die vorgesehenen Einzugs- und Versorgungsgebiete. Gegebenenfalls sind auch empfohlene Inhalte wiedergegeben, die sich einerseits auf die Ergebnisse aus den Projektgruppen (siehe Prozess zu den *Projektgruppen*) im Rahmen der Arbeiten zum HosPalFG (2022) und hinsichtlich der *Pädiatrischen Palliativbetten* auf die Empfehlung aus dem Experten-Konzept für die spezialisierten pädiatrischen Hospiz- und Palliativangebote beziehen (BMG 2013). Relevante Inhalte zu *Pädiatrischen Palliativbetten* wurden aus dem ÖSG i. d. g. F. aufgenommen.

Planungsrichtwerte zum Bedarf an Angeboten der spezialisierten pädiatrischen Hospiz- und Palliativversorgung

HOS/PAL-Angebot	Planungsrichtwert	Einzugs-/ Versorgungsgebiet
Kinder-Hospizteam (KiHOST)	1 Team mit 10 bis ca. 20 ehrenamtlichen Kinder-Hospizbegleiterinnen/-begleitern mit einer hauptamtlichen Koordinationsperson mit 0,5 VZÄ • 2 Teams bis 150.000 EW (0–19 Jahre) • 4 Teams für 150.001 bis 350.000 EW (0–19 Jahre) • 6 Teams ab 350.001 EW (0–19 Jahre) lineare Anpassung der Anzahl der KiHOST an die tatsächliche Anzahl der Einwohner:innen	• Je Bundesland soll mind. 1 Team verfügbar sein. Ein koordinierter bundesländerübergreifender Einsatz von Teams ist möglich. Der Aufbau der Kapazitäten soll entsprechend dem Versorgungsgebiet (Einwohner:innen, geografische Situation) erfolgen. • beim Aufbau von Kinder-Hospizteams sollten die Strukturen und Ressourcen vor Ort berücksichtigt und von Beginn an mit einbezogen werden.

HOS/PAL-Angebot	Planungsrichtwert	Einzugs-/ Versorgungsgebiet
Mobiles Kinder-Palliativteam (MPT)	1 Team mit mind. 4,5 VZÄ³⁹ (exklusive Koordination, Rufbereitschaft) 1 Team bis 150.000 EW (0–19 Jahre) 2 Teams für 150.001 bis 350.000 EW (0–19 Jahre) 3 Teams ab 350.001 EW (0–19 Jahre) <u>empfohlen</u>: 1 Team mit 7 VZÄ⁴⁰ (inklusive Koordination, Rufbereitschaft) ggf. Verteilung des Personals innerhalb des Bundeslandes laut regionalem Bedarf lineare Anpassung der Anzahl der MKiPT an die tatsächliche Anzahl der Einwohner:innen	- je nach geografischer Situation und Bevölkerungsanzahl mind. 1 Team (Mitarbeiter:innen von MKiPT können von mehreren Standorten aus aktiv sein) - Abhängig von geografischen Gegebenheiten ist für ein Team auch ein kleineres/größeres Versorgungsgebiet möglich. Das Einzugsgebiet soll in Abhängigkeit von der Bevölkerungsdichte und den räumlichen Entfernungen eine Erreichbarkeit in angemessener Zeit gewährleisten, wobei Zeiten innerhalb von 30 bis 45 Minuten anzustreben sind⁴¹
Stationäres Kinder-Hospiz (SKiHOS)	8 bis 10 Patientenbetten pro Einrichtung 2 bis 3 Standorte in Österreich (das sind bundesweit 16 bis 30 Patientenbetten) 365 Tage pro Jahr geöffnet	regional verteilt, bundesländerübergreifend
Pädiatrische Palliativbetten (PPB)	<u>ÖSG</u>: bedarfsorientiert innerhalb von Abteilungen für Kinder- und Jugendheilkunde; Einrichtung durch Umwidmung von Akutbetten	—

³⁹ Ärztinnen/Ärzte, DGKP, Personal der Sozialen Arbeit, gehobene medizinisch-therapeutisch-diagnostische Gesundheitsberufe (Physiotherapeutinnen/-therapeuten, Ergotherapeutinnen/-therapeuten, Logopädinnen/Logopäden), psychologisches/psychotherapeutisches Personal, Administrationspersonal

⁴⁰ Ärztinnen/Ärzte, DGKP, Personal der Sozialen Arbeit, gehobene medizinisch-therapeutisch-diagnostische Gesundheitsberufe (Physiotherapeutinnen/-therapeuten, Ergotherapeutinnen/-therapeuten, Logopädinnen/Logopäden), psychologisches/psychotherapeutisches Personal, Administrationspersonal

⁴¹ Eigenständig oder angebunden an bestehende einschlägige Kinder- und Jugendversorgungsstruktur (Abteilung für Kinder-/Jugendheilkunde im Krankenhaus, Kinder-Hauskrankenpflegestruktur, Palliativ-/Hospizeinrichtung). Die Teammitglieder können ggf. auf mehrere Standorte/Trägerorganisationen verteilt sein und von diesen aus auch aktiv sein, um auch die regionale Versorgung zu gewährleisten. Ein koordinierter bundesländerübergreifender Einsatz von Teams ist möglich. Der Aufbau der Kapazitäten soll entsprechend dem Versorgungsgebiet (Einwohner:innen, geografische Situation) erfolgen.

EW = Einwohner:innen: 0 bis 19 Jahre

ÖSG = Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2023 i. d. g. F.

VZÄ = Vollzeitäquivalent (auf Basis einer 40-Stunden-Woche). Flexible Beschäftigungsmöglichkeiten (z. B. angestellt, Honorarkräfte, Werkvertragsnehmer:in) sind möglich.

Quellen: ÖSG 2023 i. d. g. F., Experten-Konzept für die spezialisierten pädiatrischen Hospiz- und Palliativangebote (BMG 2013); Projektgruppe, Arbeitsgruppe, Beschlussgremium (eingesetzt im Rahmen der Arbeiten zum HOS-PaIFG); Er-/Bearbeitung und Darstellung: GÖG 2025

4.6 Qualitätskriterien

Nachfolgend werden die grundsätzlichen und allgemeinen Zugangskriterien für die spezialisierte pädiatrische Hospiz- und Palliativversorgung angeführt.

4.6.1 Zugangskriterien

Grundsätzliches

- Die spezialisierte pädiatrische Hospiz- und Palliativversorgung ergänzt mit ihren Leistungsangeboten die Einrichtungen und Dienstleister:innen im Gesundheits- und Sozialbereich.
- Grundsätzlich ist eine parallele Inanspruchnahme mehrerer spezialisierter pädiatrischer Hospiz- und Palliativangebote möglich und auch zielführend (auch entsprechend der Konzeption der Angebote).
- Alle spezialisierten pädiatrischen Hospiz- und Palliativangebote agieren hinsichtlich des Beginns und des Endes der Betreuung/Begleitung autonom.
- Der/Die pädiatrische Palliativpatient:in ist alters- und entwicklungsadäquat, der Erziehungsberechtigte / die Erziehungsberechtigte(n) ist/sind umfassend über die lebensbedrohliche und/oder lebensverkürzende Erkrankung aufgeklärt und nehmen das bedürfnisorientierte spezialisierte pädiatrische Hospiz- und Palliativangebot an.
- Die Hospiz- und Palliativversorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen umfasst deren aktive Betreuung in Bezug auf die körperlichen, psychisch-emotionalen, sozialen, kulturellen und spirituellen Bedürfnisse vom Zeitpunkt der Diagnosestellung an. Eine effektive pädiatrische Hospiz- und Palliativversorgung benötigt einen interprofessionellen Ansatz, der die Familie sowie An- und Zugehörige und das soziale Umfeld einbezieht und regionale Unterstützungsangebote nutzbar macht. Der Schwerpunkt liegt auf der höchstmöglichen Lebensqualität für die/den Erkrankte:n und ihre/seine Familie. Zur Versorgung gehören das Erkennen und die Therapie belastender Symptome, medizinisch-pflegerische und psychosoziale Betreuung sowie Entlastungsangebote bis zum Tod und während der nachfolgenden Trauerphase. (vgl. Definitionen von WHO, ACT (nunmehr Together for Short Lives) und IMPaCCT)

Allgemeine Zugangskriterien

- „timely integration of palliative care“⁴²
- Pädiatrische Palliativpatientinnen/-patienten sind schwerstkranke Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit lebensverkürzenden Erkrankungen, die vor ihrem 18. Lebensjahr diagnostiziert wurden, einen Bedarf an modular abgestufter pädiatrischer Hospiz- und Palliativversorgung über den gesamten Krankheitsverlauf hinweg bedingen und mit die Lebensqualität beeinträchtigenden Symptomen und/oder psychosozialen Problemen einhergehen.
- Bei erkrankten Kindern kommt der Entlastung des Familiensystems bereits ab der Diagnosestellung eine besondere Bedeutung zu.
- Anhaltspunkt für die Betreuung in der spezialisierten pädiatrischen Hospiz- und Palliativversorgung ist das Vorliegen psychosozialer und/oder spiritueller Bedürfnisse und/oder eines komplexen Symptomgeschehens, deren Befriedigung bzw. dessen Behandlung spezifische palliativmedizinische und/oder palliativpflegerische Kenntnisse und Erfahrungen sowie ein interdisziplinär abgestimmtes Konzept voraussetzt. Ein Symptomgeschehen ist in der Regel komplex, wenn mindestens eines der nachstehenden Kriterien erfüllt ist:
 - ausgeprägte soziale oder psychosoziale Indikation
 - ausgeprägte Schmerzsymptomatik
 - ausgeprägte neurologische/neuropädiatrische Symptomatik
 - ausgeprägte psychiatrische/psychische Symptomatik
 - ausgeprägte respiratorische/kardiale Symptomatik
 - ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik
 - ausgeprägte ulzerierende/exulzierende Wunden oder Tumoren
 - perinatale Palliativsituation

⁴² Hui, D., et al. (2022, Übersetzung durch GÖG): Zeitnahe Hospiz- und Palliativversorgung ist Hospiz- und Palliativversorgung, die auf die Bedürfnisse von Palliativpatientinnen/-patienten zugeschnitten ist und zum optimalen Zeitpunkt und in der optimalen Umgebung erbracht wird. Ihr liegt ein systematischer Prozess zugrunde, um diese Patientinnen/Patienten mit hohem Bedarf an unterstützender Pflege zu identifizieren und diese Personen auf der Grundlage standardisierter Überweisungskriterien zeitnah zur spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung zu überweisen. Empirische Studien ergaben, dass Palliativpatientinnen/-patienten häufiger und zeitnaher überwiesen werden können, wenn standardisierte Überweisungskriterien verwendet werden.

4.6.2 Qualifikationen

Mobile Kinder-Palliativteams, Stationäre Kinder-Hospize

Berufsgruppen	Qualifikationen
ärztliches Personal	mind. 1 Fachärztin/-arzt für Kinder- und Jugendheilkunde mit Zusatzqualifikation in pädiatrischer Palliative Care: - Fachspezifischer Vertiefungslehrgang Palliative Care in der Pädiatrie^A (Level II, 184 UE, 40 Stunden Praktikum, 30 ECTS) bzw. vergleichbarer Bildungsabschluss oder - Spezialisierung in Palliativmedizin gemäß Verordnung über Spezialisierungen (SpezV) aufgrund der §§ 11a und 117c Abs. 2 Z 12 Ärztegesetz 1998 i. d. g. F. innerhalb von 3 Jahren ab Einstellung anzustreben
diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger:innen (DGKP)	- vorzugsweise DGKP (Kinder- und Jugendlichenpflege gemäß GuKG § 17 bzw. Diplom in der Kinder- und Jugendlichenpflege) mit Zusatzqualifikation in pädiatrischer Palliative Care: - Fachspezifischer Vertiefungslehrgang Palliative Care in der Pädiatrie^A (Level II, 184 UE, 40 Stunden Praktikum, 30 ECTS) bzw. vergleichbarer Bildungsabschluss innerhalb von 5 Jahren ab Einstellung anzustreben Evaluierung in 5 Jahren - DGKP mit Zusatzqualifikation in pädiatrischer Palliative Care: - Spezialisierung Hospiz- und Palliativversorgung (gemäß GuKG § 17; entspricht 60 ECTS gemäß GuKG-Novelle 2024 § 65b Abs. 1)^B und - Fachspezifischer Vertiefungslehrgang Palliative Care in der Pädiatrie^A (Level II, 184 UE, 40 Stunden Praktikum, 30 ECTS) bzw. vergleichbarer Bildungsabschluss innerhalb von 5 Jahren ab Einstellung anzustreben Evaluierung in 5 Jahren

Berufsgruppen	Qualifikationen
Pflegefachassistentinnen/-fachassistenten (PFA) und Pflegeassistentinnen/-assistenten (PA)	mit Zusatzqualifikation in pädiatrischer Palliative Care: Fachspezifischer Vertiefungslehrgang Palliative Care in der Pädiatrie^A (Level II, 184 UE, 40 Stunden Praktikum, 30 ECTS) bzw. vergleichbarer Bildungsabschluss innerhalb von 3 Jahren ab Einstellung anzustreben Evaluierung in 5 Jahren
leitendes Personal (Teamleitung):	Aus- und Weiterbildung für Führungs- und Managementaufgaben im Sozial- und Gesundheitsbereich. <u>Empfohlen</u> wird, dass mindestens ein:e Mitarbeiter:in pro Team zusätzlich über einen <i>Master Professional</i> (MPr, insgesamt 120 ECTS, Level I + Level II + Level III) verfügt bzw. einen vergleichbaren Bildungsabschluss haben soll.
Personal der Sozialen Arbeit ^C , Heilpädagoginnen/-pädagogen, Sonderpädagoginnen/-pädagogen und/oder Sozialpädagoginnen/-pädagogen, Fachsozialbetreuer:innen mit dem Schwerpunkt Behindertenarbeit (FB-BA), psychologisches/psychotherapeutisches Personal ^D	mit Zusatzqualifikation in pädiatrischer Palliative Care: Fachspezifischer Vertiefungslehrgang Palliative Care in der Pädiatrie^A (Level II, 184 UE Theorie, 40 Stunden Praktikum, 30 ECTS) bzw. vergleichbarer Bildungsabschluss innerhalb von 3 Jahren ab Einstellung anzustreben
weitere in der spezialisierten pädiatrischen Hospiz- und Palliativversorgung tätige Berufsgruppen wie z. B. Physiotherapeutinnen/-therapeuten, weitere Angehörige der gehobenen medizinisch-therapeutisch-diagnostischen Gesundheitsberufe (MTDG-Berufe), Personen in der spirituellen Begleitung	<u>Empfehlung:</u> Zusatzqualifikation in pädiatrischer Palliative Care: Fachspezifischer Vertiefungslehrgang Palliative Care in der Pädiatrie^A (Level II, 184 UE, 40 Stunden Praktikum, 30 ECTS) bzw. ein vergleichbarer Bildungsabschluss für Beschäftigte dieser Berufsgruppen in der Patientenbehandlung im Ausmaß von ≥ 20 Wochenstunden innerhalb von 3 Jahren anzustreben
weitere	mindestens ein Teammitglied mit Qualifikation in Trauerbegleitung und ggf. für Geschwisterbegleitung

Kinder-Hospizteams

Berufsgruppe / ehrenamtlich Tätige	Qualifikationen
hauptamtlich tätige Koordinationsperson	abgeschlossene Ausbildung und Berufserfahrung in einem Sozial- oder Gesundheitsberuf mit Zusatzqualifikation in pädiatrischer Palliative Care: Fachspezifischer Vertiefungslehrgang Palliative Care in der Pädiatrie^A (Level II, 184 UE Theorie, 40 Stunden Praktikum, 30 ECTS) bzw. vergleichbarer Bildungsabschluss innerhalb von 2 Jahren ab Einstellung abgeschlossen
ehrenamtlich tätige Kinder-Hospizbegleiter:innen	- abgeschlossener Lehrgang zur Befähigung ehrenamtlicher Hospizbegleiter:innen (mind. 80 UE Theorie) entsprechend dem Standard von HOSPIZ ÖSTERREICH sowie - Praktikum über mind. 40 Stunden im Hospiz- und Palliativbereich UND Aufbaukurs zur ehrenamtlichen Hospizbegleitung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen (40 UE Theorie, 40 Stunden Praktikum in einer Einrichtung zur Betreuung von Kindern und Jugendlichen im Gesundheits- und Sozialbereich) bzw. - vergleichbarer Bildungsabschluss ODER - Spezialkurs zur Befähigung ehrenamtlich tätiger Kinder-Hospizbegleiter:innen (mind. 80 UE Theorie) sowie 40 Stunden Praktikum in einer Einrichtung zur Betreuung von Kindern und Jugendlichen im Gesundheits- und Sozialbereich bzw. - vergleichbarer Bildungsabschluss
weitere Ehrenamtliche	Einführung bzw. Schulung nach Bedarf
weitere	mindestens ein Teammitglied mit Qualifikation in Trauerbegleitung und ggf. für Geschwisterbegleitung

UE = Unterrichtseinheit(en), ECTS-(„European Credit Transfer System“-)Punkte = 25 Echtstunden an tatsächlichem Arbeitsaufwand für Studierende

Sind mehrere spezialisierte Angebote in einer Einrichtung organisatorisch zusammengefasst, ist darauf zu achten, dass die Anzahl der Mitarbeiter:innen den hier definierten Größen der einzelnen Module entspricht, damit die jeweiligen Aufgaben ausreichend wahrgenommen werden können.

- ^A Der Fachspezifische Vertiefungslehrgang Palliative Care in der Pädiatrie (Level II, 184 UE Theorie, 40 Stunden Praktikum, 30 ECTS) kann auch OHNE vorherigen Abschluss des Interprofessionellen Palliativ-Basislehrgangs (Level I, 168 UE Theorie, 40 Stunden Praktikum, 30 ECTS) absolviert werden.
- ^B Mit dem Abschluss *Akademische Expertin in Palliative Care / Akademischer Experte in Palliative Care* erwerben diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen theoretisch gleichzeitig (siehe den nächsten Satz) die Spezialisierung (zuvor Sonderausbildung) entsprechend GuKG § 17 Hospiz- und Palliativversorgung (entspricht 60 ECTS gemäß GuKG-Novelle 2024 § 65b Abs. 1). Derzeit liegt noch keine Durchführungsverordnung vor; daher können diese Abschlüsse vom Masterstudiengang *Palliative Care* (noch) nicht verliehen werden.
- ^C empfohlene Berufsgruppen bei Neueinstellungen: ausschließlich Sozialarbeiter:innen, Sozialpädagoginnen/-pädagogen gemäß § 1, § 2 Abs. 1, Abs. 2 Z 1, 3 und 4, § 2 Abs. 3 SozBezG 2024
- ^D empfohlene Berufsgruppen bei Neueinstellungen: ausschließlich klinische Psychologinnen/Psychologen (vorzugsweise mit Weiterbildung zur Kinderpsychologin / zum Kinderpsychologen), Psychotherapeutinnen/-therapeuten (vorzugsweise mit Weiterbildung in Säuglings-, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie)

Der Masterstudiengang *Palliative Care* ist **modular** aufbauend konzipiert, für den Abschluss *Master Professional* (MPr) müssen alle Levels (I, II und III) absolviert werden.

Die Lehrgänge in Level I und Level II können auch einzeln absolviert werden; für jedes Level wird ein Zeugnis, für den Abschluss von Level I & Level II ein Zertifikat ausgestellt.

Level I des dreistufigen Masterstudiengangs wird entweder als *Interprofessioneller Basislehrgang Palliative Care* in Kooperation mit der Paracelsus Universität Salzburg oder von einer anderen Einrichtung in Österreich mit in Umfang und Lernzielen gleichzuhaltendem Bildungsangebot angeboten. Prinzipiell können auch die Bildungsinhalte des Experten- und Masterlehrgangs von anderen Einrichtungen, nach Erfüllung der entsprechenden Kriterien und behördlichen Voraussetzungen, durchgeführt werden.⁴³

Aufgrund der Novelle 2021 des Universitäts- und Privathochschulgesetzes (UG, PrivHG, 2002) können Personen zu einem Masterlehrgang (seit Wintersemester 2023/24) nur mit einem abgeschlossenen Medizinstudium, Diplomstudium oder Bachelorstudiengang zugelassen werden. Die Durchführung des Masterstudiengangs zur Weiterbildung (Abschluss *Master Professional*) ist mit der Bekanntgabe an das Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung (BMWF, Juni 2024) ab dem Wintersemester 2026/27 möglich.

Quellen: BMG 2013, HOSPIZ ÖSTERREICH 2015, BMSGPK 2021, HOSPIZ ÖSTERREICH, Österreichische Palliativgesellschaft, Paracelsus Medizinische Privatuniversität – Masterstudiengang Palliative Care; Projektgruppen, Arbeitsgruppe, Beschlussgremium (eingerrichtet im Rahmen der Arbeiten zum HosPalFG); Erhebung, Be-/Erarbeitung und Darstellung: GÖG 2025

⁴³ Dieser Inhalt wurde – ergänzend zu den beschlossenen Qualitätskriterien – im Zuge der Erstellung der vorliegenden Broschüre aufgenommen.

4.6.3 Kinder-Hospizteam (KiHOST)

Definition

Kinder-Hospizteams begleiten pädiatrische Palliativpatientinnen/-patienten, deren Eltern und Geschwister sowie weitere An- und Zugehörige in allen Versorgungskontexten (z. B. zu Hause, im Krankenhaus, im Kinder-Hospiz, in der Betreuungseinrichtung, in der Schule, im Kindergarten) individuell, alters- und entwicklungsadäquat – mit dem Ziel der Verbesserung der Lebensqualität und der Sicherung der kontinuierlichen Betreuung, auch über den Tod hinaus. Qualifizierte ehrenamtliche Kinder-Hospizbegleiter:innen werden von einer hauptamtlichen Fachkraft koordiniert.

Zielgruppe

- pädiatrische Palliativpatientinnen/-patienten
- Familie der pädiatrischen Palliativpatientinnen/-patienten, das sind insbesondere Eltern und Geschwister
- weitere An- und Zugehörige
- trauernde Erwachsene nach dem Tod eines Kindes und trauernde Kinder und Jugendliche

Auftrag und Ziel

Der Auftrag des Kinder-Hospizteams ist die Begleitung, Entlastung und Unterstützung der pädiatrischen Palliativpatientin / des pädiatrischen Palliativpatienten, ihrer/seiner Eltern und Geschwister sowie weiterer An- und Zugehöriger. Die Kinder-Hospizbegleiter:innen unterstützen die betroffenen Familien in der Bewältigung des Alltags, entlasten die Eltern in der Betreuung des erkrankten Kindes und ggf. seiner Geschwister und begleiten die Familie in der Trauer – mit dem Ziel der Verbesserung der Lebensqualität der gesamten Familie durch individuelle, alters- und entwicklungsadäquate Begleitungen. Dazu gehört ggf. auch die Begleitung von Kindern und Jugendlichen, die den Verlust einer wichtigen Bezugsperson betrauern.

spezifische Zugangskriterien

Kinder-Hospizteams stellen ein niederschwelliges Angebot dar und richten sich an (potenzielle) pädiatrische Palliativpatientinnen und -patienten sowie deren Eltern und weitere An- und Zugehörige in allen Betreuungskontexten (mobil, teilstationär, stationär) sowie ggf. an um ihr Kind trauernde Eltern (z. B. Totgeburt, SIDS) sowie um Kinder und Jugendliche trauernde Bezugspersonen mit

- dem Wunsch nach qualifizierter ehrenamtlicher Hospiz- und/oder Trauerbegleitung sowie
- sozialen und/oder psychosozialen und/oder spirituellen Belastungen, Sinnkrisen, existenzieller Not.

Wenn eine pädiatrische Palliativpatientin / ein pädiatrischer Palliativpatient bereits in/von einem mobilen bzw. stationären spezialisierten pädiatrischen Hospiz- und Palliativangebot betreut wird, können die Zugangskriterien jedenfalls als erfüllt angesehen werden.

Personalausstattung

Berufsgruppen	beschlossen*	empfohlen**
hauptamtliche Koordination Teamgröße: 10 bis 20 ehrenamtlich tätige Kinder-Hospizbegleiter:innen	0,5 VZÄ	—
ehrenamtliche Kinder-Hospizbegleiter:innen	10 bis 20 pro Team	—
Administrationspersonal	nach Bedarf	—

*beschlossen = vom Beschlussgremium, bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern der Vereinbarungspartner (Bund, Bundesländer, Träger der Sozialversicherung) am 14. Dezember 2022 einvernehmlich festgelegt

**empfohlen = von der Projektgruppe (siehe Prozess zu den Projektgruppen, Abschnitt 2.2) im Rahmen der Arbeiten zum HosPalFG definierte Empfehlungen, die vom Beschluss der Vereinbarungspartner abweichen. Im KiHOST entspricht die empfohlene Personalausstattung jener, die beschlossen wurde.

VZÄ = Vollzeitäquivalente auf Basis einer 40-Stunden-Woche. Flexible Beschäftigungsmöglichkeiten (z. B. angestellt, Honorarkraft, Werkvertragsnehmer:in) sind möglich.

Infrastruktur

Räumliche Ausstattung

barrierefrei gestaltet

- Infrastruktur für Koordination
- Räumlichkeiten für Einzelgespräche und Gruppennutzungen

Technische Ausstattung

- Gewährleisten von Mobilität und Kommunikation für die Koordination
- ggf. Aufwandsentschädigung für Mobilität und Kommunikation für die Kinder-Hospizbegleiter:innen (inkl. Haftpflichtversicherung)
- Büro-, IT-Ausstattung für Koordination
- pädagogische und Kreativmaterialien (z. B. Handpuppen, Bücher, Spiele etc.)
- ggf. geeignete Schutzausrüstung gemäß Hygienestandard
- Identifikationsnachweis für Kinder-Hospizbegleiter:innen

Leistungsangebote

Hospizbegleitung

- Begleiten, Unterstützen und Entlasten (insbesondere psychosozial) der pädiatrischen Palliativpatientinnen/-patienten, ihrer An- und Zugehörigen, insbesondere der Eltern und der Geschwister (in Präsenz, telefonisch, online)
- Da-Sein – achtsame Präsenz bei der pädiatrischen Palliativpatientin / dem pädiatrischen Palliativpatienten, ihren/seinen An- und Zugehörigen, insbesondere bei ihren/seinen Eltern und Geschwistern, z. B. in Form von Gesprächen, gemeinsamen Aktivitäten (z. B. Spazierengehen, Vorlesen, Spielen ...)
- Begleitung trauernder Kinder und Jugendlicher (Einzel- und Gruppenbegleitung sowie z. B. Schulklassen, Kindergärten)
- Begleitung trauernder Erwachsener nach dem Tod eines Kindes (Einzel- und Gruppenbegleitung)
- perinatale Begleitung

Koordination

- Erheben der Situation und Führen des Erstgesprächs
- Information über andere Einrichtungen/Dienste des Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereichs und Vermitteln dorthin (insbesondere zu den anderen spezialisierten pädiatrischen Hospiz- und Palliativangeboten sowie z. B. zu persönlicher Assistenz, Entlastungsangeboten, Haushaltshilfe, finanziellen Unterstützungsmöglichkeiten)
- Beratung der pädiatrischen Palliativpatientinnen/-patienten, deren An- und Zugehöriger, insbesondere der Eltern und der Geschwister, sowie Trauernder in der individuellen Situation (in Präsenz, telefonisch, online)
- individuelles Vermitteln der Kinder-Hospizbegleiter:innen und laufende Einsatzverantwortung (vgl. HOSPIZ ÖSTERREICH: Standards für die Koordination im Kinder-Hospizteam⁴⁴)
- Beratung der Systempartner aus dem Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich (in Präsenz, telefonisch, online)
- Beratung zu den Themen Sterben, Tod, Trauer
- Gewinnung von Kinder-Hospizbegleiterinnen/-begleitern
- Qualitätsentwicklung und -sicherung (z. B. Supervision, Fortbildung)
- vorzugsweise digitale Dokumentation
- regelmäßige Vernetzung mit Systempartnern
- Öffentlichkeits- und Bildungsarbeit

Größe/Kapazität

Ein Team besteht aus 10 bis ca. 20 ehrenamtlichen Kinder-Hospizbegleiter:innen und einer hauptamtlichen Koordinationsperson im Umfang von 0,5 VZÄ.

Planungsrichtwerte

Anzahl der Teams mit hauptamtlicher Koordination:

- 2 Teams bis 150.000 Einwohner:innen (0–19 Jahre)
- 4 Teams für 150.001 bis 350.000 Einwohner:innen (0–19 Jahre)
- 6 Teams ab 350.001 Einwohnerinnen/Einwohnern (0–19 Jahre)

lineare Anpassung der Anzahl der KiHOST an die tatsächliche Anzahl der Einwohner:innen

⁴⁴ https://www.hospiz.at/wordpress/wp-content/uploads/2021/11/Standards_KinderHospizbegleiterinnen_beschlossen_20211110.pdf [Zugriff am 31.10.2024]

Einzugs-/Versorgungsgebiet

- Je Bundesland soll mind. 1 Team verfügbar sein. Ein koordinierter bundesländerübergreifender Einsatz von Teams ist möglich. Der Aufbau der Kapazitäten soll entsprechend dem Versorgungsgebiet (Einwohner:innen, geografische Situation) erfolgen.
- Beim Aufbau von Kinder-Hospizteams sollten die Strukturen und Ressourcen vor Ort berücksichtigt und von Beginn an mit einbezogen werden.

Quellen: BMG 2013, HOSPIZ ÖSTERREICH (2015), BMSGPK 2021, Projektgruppe, Arbeitsgruppe, Beschlussgremium (eingesetzt im Rahmen der Arbeiten zum HosPalFG); Be-/Erarbeitung und Darstellung: GÖG 2025

4.6.4 Mobiles Kinder-Palliativteam (MKiPT)

Definition	Mobile Kinder-Palliativteams sind mobile Unterstützungsangebote vorwiegend für Betreuende pädiatrischer Palliativpatientinnen/-patienten, welche ihnen in allen Versorgungskontexten mit fachlicher Expertise in der Palliativversorgung zur Verfügung stehen. Multiprofessionell zusammengesetzte Teams unterstützen und ergänzen ganzheitlich die Basisversorgung in der vertrauten Umgebung. Sie wenden sich in erster Linie an die Betreuenden zu Hause oder in Betreuungseinrichtungen. Sie können auch auf Anfrage beratend im Krankenhaus tätig werden. Das Mobile Kinder-Palliativteam unterstützt weiters bei den Übergängen zwischen Krankenhaus und häuslicher Betreuung.
Zielgruppe	• (professionelle) Betreuende (Evaluierung)⁴⁵ • pädiatrische Palliativpatientinnen/-patienten • Familie der pädiatrischen Palliativpatientinnen/-patienten, das sind insbesondere Eltern und Geschwister • weitere An- und Zugehörige
Auftrag und Ziel	Erkennen und Linderung der vielfältigen Symptome und Probleme – mit dem Ziel, bestmögliche Lebensqualität der pädiatrischen Palliativpatientinnen/-patienten und ihres Umfelds vor Ort zu erreichen
spezifische Zugangskriterien	Anfrage beim Mobilen Kinder-Palliativteam • durch die Primärbetreuenden vor Ort oder durch • pädiatrische Palliativpatientinnen/-patienten, deren Eltern bzw. weitere An- und Zugehörige und/oder • pädiatrische Palliativpatientinnen/-patienten, die möglichst in ihrem Zuhause leben und sterben möchten und/oder • Elternwunsch nach einer spezialisierten pädiatrischen Hospiz- und Palliativbetreuung, um das Leben und Sterben der pädiatrischen Palliativpatientin / des pädiatrischen Palliativpatienten zu Hause zu ermöglichen

⁴⁵ Dieser Inhalt wurde – ergänzend zu den beschlossenen Qualitätskriterien – im Zuge der Erstellung der vorliegenden Broschüre aufgenommen.

Personalausstattung

Berufsgruppen	beschlossen*	empfohlen**
Ärztinnen/Ärzte - Fachärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendheilkunde (optional zusätzlich weitere Fachrichtungen und/oder - Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin, vorzugsweise mit Spezialisierung in Palliativmedizin	mind. 4,5 VZÄ (exkl. Koordination, Rufbereitschaft); die Berufsgruppen Ärztinnen/Ärzte, DGKP, Personal der Sozialen Arbeit sollen im Team vertreten sein, die Zusammensetzung ist frei wählbar.	1,5 VZÄ
diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger:innen - dipl. Gesundheits- und Krankenpfleger:innen, vorzugsweise DGKP (Kinder- und Jugendlichenpflege), optional zusätzliche DGKP <u>empfohlen:</u> - DGKP (Kinder und Jugendlichenpflege): mind. 75 %		3,5 VZÄ (inkl. Koordination und Rufbereitschaft)
Personal der Sozialen Arbeit - Sozialarbeiter:innen, Sozialpädagoginnen/-pädagogen (§§ 1 und 2 SozBezG) <u>empfohlene Berufsgruppen bei Neueinstellung:</u> - Sozialarbeiter:innen, Sozialpädagoginnen/-pädagogen gemäß § 1, § 2 Abs. 1, Abs. 2 Z 1, 3 und 4, § 2 Abs. 3 SozBezG 2024		0,5 VZÄ
psychologisches/psychotherapeutisches Personal (klinische) Psychologinnen/Psychologen, Psychotherapeutinnen/-therapeuten, Gesundheitspsychologinnen/-psychologen <u>empfohlene Berufsgruppen bei Neueinstellung:</u> - klinische Psychologinnen/Psychologen (vorzugsweise mit Weiterbildung zur Kinderpsychologin / zum Kinderpsychologen), Psychotherapeutinnen/-therapeuten (vorzugsweise mit Weiterbildung in Säuglings-, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie),		0,5 VZÄ
medizinisch-therapeutisch-diagnostische Gesundheitsberufe z. B. Physiotherapeutinnen/-therapeuten, Ergotherapeutinnen/-therapeuten, Logopädinnen/Logopäden		0,5 VZÄ
Administrationspersonal		0,5 VZÄ
spirituelle Begleitung	verfügbar (nach regionalen Angeboten)	

Berufsgruppen	beschlossen*	empfohlen**
Rufbereitschaft: telefonische Erreichbarkeit eines Teammitglieds (DGKP und/oder Ärztin/Arzt) für pädiatrische Palliativpatientinnen/-patienten, deren Eltern sowie weitere An- und Zugehörige, betreuendes Personal und für einzelne pädiatrische Palliativpatientinnen/-patienten in Notsituationen (Notfallplan), ggf. ist eine Ausfahrtmöglichkeit anzustreben <u>empfohlen:</u> telefonische Rufbereitschaft für pädiatrische Palliativpatientinnen/-patienten, deren Eltern sowie weitere An- und Zugehörige und betreuendes Personal und ggf. Ausfahrt (DGKP und/oder Ärztin/Arzt)	16 Stunden / 7 Tage	24 Stunden / 7 Tage

*beschlossen = vom Beschlussgremium, bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern der Vereinbarungspartner (Bund, Bundesländer, Träger der Sozialversicherung) am 14. Dezember 2022 einvernehmlich festgelegt

**empfohlen = von der Projektgruppe (siehe Prozess zu den Projektgruppen, Abschnitt 2.2) im Rahmen der Arbeiten zum HosPalFG definierte Empfehlungen, die vom Beschluss der Vereinbarungspartner abweichen.

VZÄ = Vollzeitäquivalente auf Basis einer 40-Stunden-Woche. Flexible Beschäftigungsmöglichkeiten (z. B. angestellt, Honorarkraft, Werkvertragsnehmer:in) sind möglich.

Infrastruktur

Räumliche Ausstattung

barrierefrei gestaltet

- Büroräumlichkeiten mit Arbeitsplätzen für diensthabendes Personal
- ggf. Büroräumlichkeiten für Administration
- Räumlichkeiten, multifunktionell nutzbar für Teambesprechungen / ambulante Kontakte und dem MKIPT zugeordnet
- Depot für Heilbehelfe, Medikamente (inkl. Aufbewahrung von Suchtmitteln gemäß Suchtmittelgesetz)

Technische Ausstattung

- Gewährleisten von Mobilität und Kommunikation/IT-Ausstattung
- Eine digitale interprofessionelle Dokumentation sowie Zugang zu ELGA und e-Medikation sind anzustreben. Anmerkung: Die digitale interprofessionelle Dokumentation ist um alle anderen Gesundheitsdiensteanbieter:innen zu erweitern.
- Sicherstellung einer palliativen Notfallausstattung
- ggf. Basislabor, Blutgasanalyse, mobiles Ultraschallgerät

- medizinische und pflegerische Grundausstattung
- geeignete Schutzausrüstung gemäß Hygienestandard

Leistungsangebote

Erstkontakt und ggf. Beginn der (Mit-)Betreuung

- Erheben der Patientensituation
- im Fall der Betreuung: Gespräch mit pädiatrischen Palliativpatientinnen/-patienten, deren Eltern und weiteren An- und Zugehörigen
- im Fall der Nichtbetreuung: Information/Beratung über mögliche Versorgungsangebote
- Durchführung von Beratungen/Konsilen/Helferkonferenzen des institutionellen Settings (intra-/extramural, z. B. Krankenhaus, Pflege- und Betreuungseinrichtungen, Therapiezentren) für Palliativpatientinnen/-patienten, die nicht in die Betreuung des MKiPT aufgenommen sind

Medizinische, pflegerische, therapeutische und psychosoziale Leistungen

- Beraten und Anleiten der pädiatrischen Palliativpatientinnen/-patienten, z. B. in Schmerztherapie, Symptomkontrolle, bei psychosozialen Fragestellungen sowie Aufklärung in puncto Entscheidungsfähigkeit
- Durchführung medizinischer, pflegerischer, therapeutischer und/oder psychosozialer Interventionen im palliativen Kontext, wenn möglich, in Abstimmung mit den Primärbetreuenden oder den wohnortnahen Betreuungsinstitutionen
- Rufbereitschaft: 16 Stunden / 7 Tage telefonische Erreichbarkeit (Rufbereitschaft) eines Teammitglieds (DGKP und/oder Ärztin/Arzt) für pädiatrische Palliativpatientinnen/-patienten, deren Eltern sowie weitere An- und Zugehörige und betreuendes Personal sowie für einzelne pädiatrische Palliativpatientinnen/-patienten in Notsituationen (Notfallplan), ggf. ist eine Ausfahrtmöglichkeit anzustreben
- Entlastungspflege in Krisensituationen oder wenn kein pädiatrischer Pflegedienst verfügbar ist
- perinatale Beratung/Begleitung/Betreuung
- Planung, Organisation und Durchführung von multiprofessionellen Fallbesprechungen, Helferkonferenzen und ethischen Fallkonsilen
- konsiliarische Tätigkeit für Krankenhäuser, Pflege-, Betreuungs- und sozialpädagogische Einrichtungen

Beratung, Unterstützung, Organisation in Bezug auf (weitere) Betreuung

- Vermittlung von Entlastungspflege
- Unterstützung und Organisation an den Nahtstellen zwischen stationärer und mobiler Betreuung (Brückenfunktion)
- Unterstützung und Organisation an den Nahtstellen zwischen pädiatrischer und Erwachsenenbetreuung (Transition)

Begleitung und Betreuung An- und Zugehöriger

- psychosoziale Unterstützung der Eltern, der Geschwister sowie weiterer An- und Zugehöriger pädiatrischer Palliativpatientinnen/-patienten
- perinatale Beratung/Begleitung
- Beraten und Anleiten der Eltern, der Geschwister sowie weiterer An- und Zugehöriger pädiatrischer Palliativpatientinnen/-patienten, z. B. in Schmerztherapie, Symptomkontrolle sowie bei psychosozialen, existenzsichernden und sozialrechtlichen Fragestellungen (z. B. Pflegegeld, Familienhospizkarenz, Pflegekarenz)

Spirituelle Begleitung und Trauerbegleitung

- Begleiten in der Lebensend- und Sterbephase und bis zur Bestattung
- Trauergespräche und ggf. Vermittlung von Angeboten der Trauerbegleitung

Indirekt patientenbezogene Leistungen

- Vernetzung mit Systempartnern
- Beraten und Anleiten der Systempartner, z. B. in Schmerztherapie, Symptomkontrolle sowie bei psychosozialen, existenzsichernden und sozialrechtlichen Fragestellungen (z. B. Pflegegeld, Familienhospizkarenz, Pflegekarenz)
- Anleitung und Schulung von Praktikantinnen und Praktikanten
- Erbringen externer Bildungstätigkeit
- Qualitätsentwicklung und -sicherung (z. B. Supervision, Mitarbeiterfortbildung)
- interprofessionelle digitale Dokumentation
- Öffentlichkeitsarbeit

Größe/Kapazität

1 Team mit mind. 4,5 VZÄ exklusive Rufbereitschaft, ggf. Verteilung des Personals innerhalb des Bundeslandes laut regionalem Bedarf

empfohlen: 7 VZÄ inklusive Koordination und Rufbereitschaft, ggf. Verteilung des Personals innerhalb des Bundeslandes laut regionalem Bedarf

Planungsrichtwert

- Anzahl der Teams (1 Team mit mind. 4,5 VZÄ; empfohlen: 1 Team mit 7 VZÄ):
- 1 Team bis 150.000 Einwohner:innen (0–19 Jahre)
- 2 Teams für 150.001 bis 350.000 Einwohner:innen (0–19 Jahre)
- 3 Teams ab 350.001 Einwohner:innen (0–19 Jahre)

lineare Anpassung der Anzahl der MKiPT an die tatsächliche Anzahl der Einwohner:innen

- Prävalenz von Kindern und Jugendlichen mit lebensverkürzenden Erkrankungen: 66 je 10.000 Kinder und Jugendliche bis 19 Jahre (Fraser L. K. et al. 2021)

Einzugs-/Versorgungsgebiet

- je nach geografischer Situation und Bevölkerungsanzahl mind. 1 Team pro Bundesland⁴⁶ (Mitarbeiter:innen von MKiPT können von mehreren Standorten aus aktiv sein)
- Abhängig von geografischen Gegebenheiten ist für ein Team auch ein kleineres/größeres Versorgungsgebiet möglich. Das Einzugsgebiet soll in Abhängigkeit von der Bevölkerungsdichte und den räumlichen Entfernungen eine Erreichbarkeit in angemessener Zeit gewährleisten, wobei Zeiten innerhalb von 30 bis 45 Minuten anzustreben sind.
- eigenständig oder angebunden an bestehende einschlägige Kinder- und Jugendversorgungsstruktur (Abteilung für Kinder-/Jugendheilkunde im Krankenhaus, Kinder-Hauskrankenpflegestruktur, Palliativ-/Hospizeinrichtung). Die Teammitglieder können ggf. auf mehrere Standorte/Trägerorganisationen verteilt und von diesen aus auch aktiv sein, um auch die regionale Versorgung zu gewährleisten. Ein koordinierter bundesländerübergreifender Einsatz von Teams ist möglich. Der Aufbau der Kapazitäten soll entsprechend dem Versorgungsgebiet (Einwohner:innen, geografische Situation) erfolgen.

Quellen: BMG 2013, HOSPIZ ÖSTERREICH (2015), Fraser L. K. et al. (2021), BMSGPK 2021, Projektgruppe, Arbeitsgruppe, Beschlussgremium (eingerrichtet im Rahmen der Arbeiten zum HosPalFG); Be-/Erarbeitung und Darstellung: GÖG 2025

⁴⁶ Die Formulierung *pro Bundesland* wurde – ergänzend zu den veröffentlichten Qualitätskriterien – im Zuge der Erstellung der vorliegenden Broschüre aufgenommen.

4.6.5 Stationäres Kinder-Hospiz (SKiHOS)

Definition

Stationäre Kinder-Hospize sind Einrichtungen, die auf eine Betreuung pädiatrischer Palliativpatientinnen/-patienten für eine bestimmte Zeit spezialisiert sind und in denen pädiatrische Palliativpatientinnen/-patienten, deren Eltern und Geschwister sowie weitere An- und Zugehörige aufgenommen werden, womit Entlastung und professionelle Unterstützung geboten wird. Sie sind aufgrund ihres speziellen Aufgabengebiets eigenständige Einrichtungen.

Stationäre Kinder-Hospize sind auf die besonderen Bedürfnisse und Wünsche pädiatrischer Palliativpatientinnen/-patienten und ihrer Familien bereits ab der Diagnosestellung ausgerichtet.

Zielgruppe

- pädiatrische Palliativpatientinnen/-patienten
- Familie der pädiatrischen Palliativpatientinnen/-patienten, das sind insbesondere die Eltern und Geschwister
- weitere An- und Zugehörige

Auftrag und Ziel

ganzheitliche palliative Betreuung der pädiatrischen Palliativpatientin / des pädiatrischen Palliativpatienten und der mitaufgenommenen Personen entsprechend ihren individuellen Bedürfnissen durch palliativmedizinische, palliativpflegerische, psychosoziale, therapeutische, pädagogische und spirituelle Angebote. Das Stationäre Kinder-Hospiz ist auch ein Ort der Begegnung für die Betroffenen.

Das Ziel Stationärer Kinder-Hospize ist die Unterstützung der pädiatrischen Palliativpatientin / des pädiatrischen Palliativpatienten und die Entlastung des Familiensystems für einen bestimmten Zeitraum.

spezifische Zugangskriterien

Eine Krankenhausbedürftigkeit im Sinne des § 22 Abs. 3 KaKuG liegt nicht vor, oder eine stationäre Aufnahme in eine Krankenanstalt wird von den Eltern/Erziehungsberechtigten oder der/dem Betroffenen nicht gewünscht. Der Zugang zu Therapien/Untersuchungen im Rahmen des palliativen Behandlungskonzepts (z. B. Strahlentherapie, palliative Chemotherapie, Immun-/Hormontherapie) ist sicherzustellen.

Eine unterstützende Versorgung in der Familie, in einer vollstationären Pflege- und Betreuungseinrichtung oder einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe im jeweiligen Setting reicht nicht aus, weil der palliativpflegerische und palliativmedizinische und/oder psychosoziale pädiatrische Versorgungsbedarf, der aus der Krankheit resultiert, die Möglichkeiten der bisher Betreuenden übersteigt. Damit sind neben den Eltern/Erziehungsberechtigten sowie weiteren An- und Zugehörigen insbesondere die folgenden Versorgungsmöglichkeiten gemeint:

- pädiatrische und/oder allgemeinmedizinische Versorgung
- die Leistungen der mobilen/ambulant, (teil)stationären Pflege- und Betreuungsangebote
- die Leistungen anderer spezialisierter Hospiz- und Palliativangebote (z. B. Mobiles Kinder-Palliativteam, Pädiatrische Palliativbetten, Kinder-Hospizteam)
- Angebote weiterer Dienste (z. B. 24-Stunden-Betreuung, persönliche Assistenz)

Die Kontaktaufnahme erfolgt durch die behandelnde Ärztin / den behandelnden Arzt, das Case- und Caremanagement, die pädiatrische Palliativpatientin / den pädiatrischen Palliativpatienten, Eltern, weitere An- und Zugehörige bzw. durch die pädiatrische Hauskrankenpflege. Die Entscheidung über die Aufnahme fallen im Stationären Kinder-Hospiz tätige Ärztinnen/Ärzte mit Palliativausbildung und die Pflegeleitung.

Die Dauer des stationären Aufenthalts beträgt zunächst max. vier Wochen pro Jahr (durchgehend oder intermittierend), in begründeten Situationen kann das multiprofessionelle Team über eine längere Aufenthaltsdauer entscheiden. Eine Langzeitversorgung im Sinne eines durchgehenden Aufenthalts ist nicht vorgesehen.

Personalausstattung

Berufsgruppen	beschlossen*	empfohlen**
Ärztinnen/Ärzte: - Fachärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendheilkunde und/oder Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin – (mind. 1 Fachärztin/-arzt für Kinder- und Jugendheilkunde mit ≥ 20 Wochenstunden), stundenweise Präsenz werktags (Mo.–Fr. ausgenommen Feiertage) - Fachärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendheilkunde und/oder Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin zusätzlich täglich rund um die Uhr innerhalb von 30 Minuten verfügbar (die Rufbereitschaft kann auch durch nicht im Haus beschäftigte Ärztinnen/Ärzte sichergestellt werden)	0,2 VZÄ pro Patientenbett (exkl. Rufbereitschaft)	—
Pflegepersonal/Fachsozialbetreuung:	2,6 VZÄ pro Patientenbett	—
- diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger:innen (vorzugsweise Kinder- und Jugendlichenpflege) Rund-um-die-Uhr-Präsenz	mind. 80 %	—
- Pflegefachassistentinnen/-fachassistenten - Pflegeassistentinnen/-assistenten - Fachsozialbetreuer:in mit Schwerpunkt Behindertenarbeit (FSB-BA)	höchstens 20 %	—
<u>zusätzlich:</u> Pflegeleitungsfunktion	0,75 VZÄ (für 8 Betten)	—

Berufsgruppen	beschlossen*	empfohlen**
psychosoziales Personal: Pädagoginnen/Pädagogen (z. B. Sozial-, Freizeit-, Kleinkindpädagoginnen/-pädagogen) psychologisches/psychotherapeutisches Personal: (klinische) Psychologinnen/Psychologen, Psychotherapeutinnen/-therapeuten, Gesundheitspsychologinnen/-psychologen empfohlene Berufsgruppen bei Neueinstellung: - klinische Psychologinnen/Psychologen (vorzugsweise mit Weiterbildung zur Kinderpsychologin / zum Kinderpsychologen), Psychotherapeutinnen/-therapeuten (vorzugsweise mit Weiterbildung in Säuglings-, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie) Personal der Sozialen Arbeit - Sozialarbeiter:innen, Sozialpädagoginnen/-pädagogen (§§ 1 und 2 SozBezG) empfohlene Berufsgruppen bei Neueinstellung: - Sozialarbeiter:innen, Sozialpädagoginnen/-pädagogen gemäß § 1, § 2 Abs. 1, Abs. 2 Z 1, 3 und 4, § 2 Abs. 3 SozBezG 2024	0,4 VZÄ je Patientenbett	—
Koordinationsperson für Kinder-Hospizbegleiter:innen für 10 bis 20 ehrenamtlich tätige Kinder-Hospizbegleiter:innen, dem Stationären Kinder-Hospiz zugeordnet	0,5 VZÄ	—
gehobene medizinisch-therapeutisch-diagnostische Gesundheitsberufe Physiotherapeutinnen/-therapeuten, Ergotherapeutinnen/-therapeuten, Logopädinnen/Logopäden, Diätologinnen/Diätologen	0,1 VZÄ pro Patientenbett	—
Kunsttherapie, Musiktherapie	verfügbar	—
spirituelle Begleitung	verfügbar	—
Administrationspersonal	0,125 VZÄ pro Patientenbett	—
Hauswirtschaft (z. B. Küche, Reinigung, Haustechnik, Garten, Tierbetreuung)	verfügbar in Abhängigkeit von der konkreten räumlichen Situation	—

*beschlossen = vom Beschlussgremium, bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern der Vereinbarungspartner (Bund, Bundesländer, Träger der Sozialversicherung) am 14. Dezember 2022 einvernehmlich festgelegt

**empfohlen = von der Projektgruppe (siehe Prozess zu den Projektgruppen, Abschnitt 2.2) im Rahmen der Arbeiten zum HosPalFG definierte Empfehlungen, die vom Beschluss der Vereinbarungspartner abweichen. Im KiHOST entspricht die empfohlene quantitative Personalausstattung jener, die beschlossen wurde.

VZÄ = Vollzeitäquivalente auf Basis einer 40-Stunden-Woche. Flexible Beschäftigungsmöglichkeiten (z. B. angestellt, Honorarkraft, Werkvertragsnehmer:in) sind möglich.

Infrastruktur

Räumliche Ausstattung

barrierefrei gestaltet

- Familienbereiche mit:
 - » Kinder-/Pflegezimmer (für jedes erkrankte Kind) mit Übernachtungsmöglichkeit für eine Begleitperson, altersentsprechend umgestaltbar, ausgestattet mit WC und Dusche
 - » Eltern-, An-/Zugehörigenzimmer, ausgestattet mit WC und Dusche; für neu zu errichtende SKiHOS: vom Kinder-/Pflegezimmer abtrennbar
- Gemeinschaftswohnküche
- Gemeinschaftsraum für Familien
- Spielzimmer
- Pflegebad (mit Hebebadewanne, Patientenlifter, Duschliege)
- Räumlichkeiten, multifunktionell nutzbar für Teambesprechungen/Beratungsgespräche
- Lagerräume für Lebensmittel, Hilfsmittel, Medikamente, Betten, Wäsche, medizinisch-technische Geräte etc.
- Arbeitsräume (rein/unrein) für Pflege und Hauswirtschaft
- Büroräumlichkeiten mit Arbeitsplätzen für diensthabendes und Administrationspersonal
- Dienstzimmer mit Schlafmöglichkeit, WC/Dusche
- ggf. Snoezelenraum
- Garten, Außenanlage mit rollstuhlgerechten Wegen, Spielplatz und Zugang zu Tieren; auch mit Betten zugänglich

Technische Ausstattung

- medizinische, pflegerische und therapeutische Grundausstattung
- höhenverstellbare, fahrbare Pflegebetten
- Wandanschluss für Sauerstoff und Vakuum/Druckluft in den Patientenzimmern und im Therapiebereich sowie ggf. mobile Sauerstoffversorgung
- medizinisch-technische Hilfsmittel (z. B. Schmerzpumpe, Infusionspumpe, Ernährungspumpe, Perfusoren)
- Notfallwagen/-rucksack
- geeignete Schutzausrüstung gemäß Hygienestandard
- ggf. assistierende Technologien

Leistungsangebote

Erstkontakt und ggf. Beginn der (Mit-)Betreuung

- Erheben der Patientensituation
- im Fall der Aufnahme: Gespräch mit Palliativpatientinnen/-patienten, deren Eltern und weiteren An- und Zugehörigen
- im Fall der Nichtaufnahme: Information/Beratung über mögliche Versorgungsangebote

Medizinische, pflegerische, therapeutische und psychosoziale Leistungen

- palliativmedizinische Betreuung (z. B. diagnostische Maßnahmen, Therapieanpassung, Symptomkontrolle, Schmerztherapie, Therapiezielfindung, Notfallmanagement)
- ganzheitliche und familienorientierte Palliativpflege
- Entlastungspflege (Übernahme pflegerischer Handlungen in Vertretung der Betreuungsperson(en))
- familienorientierte psychologische Unterstützung
- Soziale Arbeit (z. B. Beratung über Sozialleistungen und Unterstützungsangebote)
- therapeutische Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung funktioneller Fähigkeiten, von Aktivität und sozialer Partizipation
- ernährungstherapeutische Maßnahmen
- ergänzende therapeutische Angebote (z. B. Musik- und Kunsttherapie, tiergestützte Angebote, Sonder- und Heilpädagogik)
- sensorische Integration
- Schulbildung und pädagogische Angebote für pädiatrische Palliativpatientinnen/-patienten

Beratung, Unterstützung, Organisation in Bezug auf (weitere) Betreuung

- Soziale Arbeit (z. B. Beratung über Sozialleistungen und Unterstützungsangebote, Entlastungsgespräche)

Begleitung und Betreuung An- und Zugehöriger

- Begleitung und Beratung pädiatrischer Palliativpatientinnen/-patienten, ihrer Eltern und Geschwister sowie weiterer An- und Zugehöriger
- Angebote für Eltern und Geschwister sowie weitere An- und Zugehörige (Freizeit/therapeutisch)
- Schaffung zeitlicher Freiräume für Eltern und Geschwister sowie weitere An- und Zugehörige
- Schulbildung und pädagogische Angebote für Geschwister

Spirituelle Begleitung und Trauerbegleitung

- spirituelle Begleitung
- ggf. Begleitung in der Sterbephase inkl. Verabschiedungsritualen
- Trauerbegleitung (inkl. Erinnerungsarbeit) der Eltern und Geschwister sowie weiterer An- und Zugehöriger auch nach dem Tod der pädiatrischen Palliativpatientinnen/-patienten
- Information bezüglich Gestaltung von Trauerfeierlichkeiten

Indirekt patientenbezogene Leistungen

- Vernetzung mit Systempartnern
- Anleitung und Schulung von Praktikantinnen und Praktikanten
- Erbringen externer Bildungstätigkeit
- Qualitätsentwicklung und -sicherung (z. B. Supervision, Mitarbeiterfortbildung)
- interprofessionelle digitale Dokumentation
- Öffentlichkeitsarbeit

Größe/Kapazität

8 bis 10 Patientenbetten pro Einrichtung

Planungskennzahl

Zwei bis drei Standorte in Österreich (das sind bundesweit 16 bis 30 Patientenbetten), 365 Tage pro Jahr geöffnet

Einzugs-/Versorgungsgebiet

regional verteilt, bundesländerübergreifend

Quellen: BMG 2013, HOSPIZ ÖSTERREICH (2015), GKV-Spitzenverband (2017b), BMSGPK 2021, Projektgruppe, Arbeitsgruppe, Beschlussgremium (eingesetzt im Rahmen der Arbeiten zum HosPalFG); Be-/Erarbeitung und Darstellung: GÖG 2025

5 Verwendete Literatur

- Adamidis, F.; Baumgartner, N. S.; Kitta, A.; Kum, L.; Ecker, F.; Bär, J. & Masel, E. K. (2024). Timely integration of palliative care. the reality check. a retrospective analysis. *Supportive Care in Cancer*, 32(8):518
- Anderwald, Birgit (2024): Die Palliativambulanz. Ein (mögliches), ergänzendes Angebot in der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich. Masterarbeit zur Erlangung des Titels Master of Science (MSc) in Palliative Care. Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Salzburg
- Apolinarski, B.; Burger, B.; Stahmeyer, J. T.; Röwer, H. A.; Schneider, N.; Stiel, S. & Herbst, F. A. (2022). Finanzierung von Tageshospizen und palliativmedizinischen Tageskliniken: Ergebnisse quantitativer Befragungen von Einrichtungsleitungen und Krankenkassen in Deutschland. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, 27(02):74-80
- AWMF (2021): Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung, Kurzversion 2.3. AWMF-Registernummer: 128/001OL [online]. Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF). <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/palliativmedizin/> [Zugriff am 18.10.2024]
- BMG (2012): Prozesshandbuch Hospiz- und Palliativeinrichtungen, Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- BMG (2013): Hospiz- und Palliativversorgung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Experten-Konzept, Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- BMG (2015): Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene. Aktualisierung 2014. 2. Auflage, Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- BMSGPK (2021): Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017. Beschlussfassung 1. Oktober 2021. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), Wien
- BMSGPK (2024): Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2023. Stand 18.10.2024. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), Wien
- BMSGPK (2025): LKF-Modell 2025 für den stationären Bereich. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), Wien
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2021): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (spezialisierte ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie/SAPV-RL) [online]. Gemeinsamer Bundesausschuss. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2988/SAPV-RL_2022-09-15_iK-2022-11-24.pdf [Zugriff am 18.10.2024]
- Clark, D.; Centeno, C., Clelland; D., Garralda, E.; López-Fidalgo, J.; Downing, J. & Connor, S. (2020). How are palliative care services developing worldwide to address the unmet need for care. U: Connor SR, ur. *Global Atlas of Palliative Care*. [Internet], 2: 10-16

- EAPC (2022): Palliative Care for Children & Young People [online]. The European Association for Palliative Care. <https://eapcnet.eu/eapc-groups/reference/children-young-people/> [Zugriff am 31.10.2024]
- Fraser, L. K.; Gibson-Smith, D.; Jarvis, S.; Norman, P.; & Parslow, R. C. (2021). Estimating the current and future prevalence of life-limiting conditions in children in England. *Palliative Medicine*, 35(9):1641-1651
- GÖG (2018): Hospizkultur und Palliative Care für Erwachsene in der Grundversorgung. Praxisleitfaden zur systematischen Umsetzung von Hospiz- und Palliative Care in der Grundversorgung, Gesundheit Österreich, Wien
- GÖG (2021): Analyse der Finanzierungsmodelle aller Angebote der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich [online]. Gesundheit Österreich GmbH. https://goeg.at/HOS_PAL_Analyse_Finanzierungsmodelle [Zugriff am 31.10.2024]
- GKV-Spitzenverband (2016): Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 8 SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit für Erwachsene vom 03.09.2002, i. d. F. vom 14.03.2016 [online]. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hospiz_palliativversorgung/20221121_Rahmenvereinbarung_Erw_39a_Abs.2_Satz_8_SGB_V.pdf [Zugriff am 31.10.2024]
- GKV-Spitzenverband (2017a): Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung vom 13.03.1998, i. d. F. vom 31.03.2017 [online]. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hospiz_palliativversorgung/2024-11-18_Rahmenvereinbarung_39a_Abs1_Satz_4_SGB_V_stat_Hospizversorgung_Erw.pdf [Zugriff am 23.01.2025]
- GKV-Spitzenverband (2017b): Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie Sicherung der Qualität der stationären Kinder- und Jugendhospizversorgung vom 31.03.2017 [online]. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hospiz_palliativversorgung/2024-11-18_Rahmenvereinbarung_39a_Abs1_Satz_4_SGB_V_stat_Hospizversorgung_Erw.pdf [Zugriff am 23.01.2025]
- HOSPIZ ÖSTERREICH (2015): Empfehlungen des Dachverbandes Hospiz Österreich zur Umsetzung der Hospiz- und Palliativversorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Österreich. Wien
- Hui, D., Heung, Y., & Bruera, E. (2022). Timely palliative care: personalizing the process of referral. *Cancers*, 14(4):1047
- ICPCN (2008): ICPCN's Charter of rights for life limited and life threatened children (2008) [online]. International Children's Palliative Care Network [online]. <https://icpcn.org/wp-content/uploads/2022/11/ICPCN-CHARTER-ENG-1.png> [Zugriff am 31.10.2024]
- IMPaCCT (2007): Standards pädiatrischer Palliativversorgung in Europa. Im Original publiziert im *European Journal of Palliative Care*, 2007; 14(3):109–114
- Payne, S.; Harding, A.; Williams, T.; Ling, J. & Ostgathe, C. (2022). Revised recommendations on standards and norms for palliative care in Europe from the European Association for Palliative Care (EAPC): a Delphi study. *Palliative Medicine*, 36(4), 680-697

- Radbruch, L. & Payne, S. (2011). Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa: Teil 1. Zeitschrift für Palliativmedizin, 12(05):216-227
- Radbruch, L. & Payne, S. (2011). Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa: Teil 2. Zeitschrift für Palliativmedizin, 12(06):260-270
- WHO (2002): Definition Palliative Care [online]. World Health Organization:
<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> [Zugriff am 31.10.2024]
- WHO-Resolution (2014): 134. Executive Board, 134: Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment within the continuum of care: Draft resolution pro-posed by Australia, Chile, Colombia, Ghana, Libya, Malaysia, Panama, South Africa, Spain, Switzerland, Turkey and United States of America [online]. World Health Organization.
<https://iris.who.int/handle/10665/172993> [Zugriff am 31.10.2024]
- WHO (2023): Palliative Care [online] World Health Organization. <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/palliative-care> [Zugriff am 07.11.2024]
- WHO (2023): Palliative Care for children [online]. World Health Organization.
<https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/palliative-care-for-children> [Zugriff am 07.11.2024]
- Zernikow, B. (2023): Palliativversorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Springer, Heidelberg

ANHANG –

LKF-finanzierte spezialisierte Palliativangebote

Palliativstation und Pädiatrische Palliativbetten

Die beiden spezialisierten Palliativangebote **Palliativstation** und **Pädiatrische Palliativbetten** werden zur vollständigen Abbildung der beiden Versorgungskonzepte für den Erwachsenen- und den Kinderbereich auf der Grundlage des

- ÖSG 2023 i. d. g. F.,
- LKF-Modells 2025 für den stationären Bereich (BMSGPK 2025), der
- Broschüre *Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene* (BMG 2014) und des
- Experten-Konzepts *Hospiz- und Palliativversorgung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene* (BMG 2013)

dargestellt. Beide **Expertenempfehlungen** (HOS/PAL-Broschüre, Experten-Konzept) wurden auf Bundesebene akkordiert (vgl. Kapitel 1). Die Struktur der folgenden Darstellung weicht geringfügig von jener für die Angebote ab, die vom HosPalFG umfasst sind. Redaktionelle Anpassungen wie z. B. die Aktualisierung des Masterstudiengangs *Palliative Care* wurden vorgenommen.

Bei der **Personalausstattung** wurden einerseits die Inhalte gemäß LKF-Modell 2025 sowie im Erwachsenenbereich die Empfehlungen aus der HOS/PAL-Broschüre (BMG 2014) und im Kinderbereich die Empfehlungen aus dem Experten-Konzept (BMG 2013) aufgenommen. Im Experten-Konzept zum Kinderbereich sind empfohlene Berufsgruppen angeführt, jedoch keine quantitativen Angaben vorhanden.

Spezielle Personalvorgaben für **Pädiatrische Palliativbetten** bestehen im LKF-Modell (noch) nicht. Daher wurden in der entsprechenden nachfolgenden Tabelle die Werte aus dem LKF-Modell 2025 entnommen, die generell für *palliativmedizinische Einheiten* festgelegt sind.

Qualitätskriterien, die aus dem **ÖSG 2023** i. d. g. F. übernommen wurden, und die bundesweit akkordierten Expertenempfehlungen aus den oben angeführten Quellen sind entsprechend gekennzeichnet bzw. getrennt voneinander angeführt. Die im ÖSG 2023 i. d. g. F. enthaltenen Qualitätskriterien sind gemeinsam mit dem jeweils gültigen **LKF-Modell** als Mindestkriterien Voraussetzung für die Berücksichtigung dieser beiden Angebote in Krankenanstalten in den Regionalen Strukturplänen (RSG) sowie für die Abgeltung der Versorgung von Palliativpatientinnen/-patienten in *Palliativstationen* und *Pädiatrischen Palliativbetten*.

Seit dem LKF-Modell 2021 wurde die Abrechnung pädiatrischer Krankenhausleistungen über den Punktwert von *Palliativstationen* geschaffen.

Palliativstation (PAL)

Definition	Die Palliativstation ist eine Station innerhalb eines Akutkrankenhauses bzw. eine eigenständige Station im Verbund damit, die auf die Versorgung von Palliativpatientinnen/-patienten spezialisiert ist. Eine Palliativstation ist autonom bezüglich Aufnahme, Behandlung und Entlassung von Patientinnen/Patienten.
Zielgruppe	Palliativpatientinnen und -patienten mit komplexer medizinischer, pflegerischer oder psychosozialer Symptomatik und akutem, hohem Betreuungsaufwand, aufgrund dessen ein Verbleib zu Hause oder in einer anderen Einrichtung nicht möglich ist.
Auftrag und Ziel	Ziel der Behandlung und Betreuung ist das bestmögliche Lindern der oft vielfältigen Symptome. Eine Entlassung der Palliativpatientinnen/-patienten wird angestrebt (nach Hause oder in eine andere adäquate Einrichtung). Es werden keine kausalen Therapien der Grunderkrankung (z. B. Chemotherapien, Transplantationen) durchgeführt. An- und Zugehörige werden begleitet und nach Möglichkeit in die Betreuung einbezogen.
Zugangskriterien	• Bei der Palliativpatientin / dem Palliativpatienten besteht Krankenhausbedürftigkeit. • Der/Die Palliativpatient:in bzw. seine/ihre Stellvertretung in Gesundheitsangelegenheiten bzw. seine/ihre Vertrauensperson stimmen der Aufnahme zu. • Der/Die Palliativpatient:in ist weitestgehend über die unheilbare Erkrankung aufgeklärt. • Der/Die Palliativpatient:in und seine/ihre An- und Zugehörigen sind über die Möglichkeiten und Ziele der Palliativstation informiert.

Anmerkungen zu den obenstehenden Ausführungen:

- Grau gekennzeichnete Text weist auf (sinngemäß) kongruente Inhalte im ÖSG 2023 i. d. g. F. und in der Broschüre *Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene* (BMG 2014) hin.
- Nicht grau gekennzeichnete Text entstammt der Broschüre *Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene* (BMG 2014).

Personalqualifikation

ÖSG 2023 i. d. g. F.:

- Leitung: Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin oder Fachärztin/Facharzt
- Stammpersonal: Ärztinnen/Ärzte, DGKP, Personal der Sozialen Arbeit⁴⁷ alle mit Zusatzqualifikation Interprofessioneller Palliativ-Basislehrgang (Level I, 168 UE Theorie, 40 Stunden Praktikum, 30 ECTS) bzw. vergleichbarer Bildungsabschluss; für DGKP auch ggf. Spezialisierung Hospiz- und Palliativversorgung (derzeit liegt keine Durchführungsverordnung vor) - Nachweis innerhalb von 2 Jahren anzustreben

empfohlen gemäß HOS/PAL-Broschüre (BMG 2014):

- Ärztinnen/Ärzte, DGKP, Personal der Sozialen Arbeit⁴⁸:
 - einschlägige Berufsausbildung und mehrjährige Berufserfahrung im Sozial -und Gesundheitswesen sowie
 - Zusatzqualifikation in Palliative Care: Interprofessioneller Palliativ-Basislehrgang (Level I, 168 UE Theorie, 40 Stunden Praktikum, 30 ECTS). Diese Qualifikation ist innerhalb von zwei Jahren ab Einstellung nachzuweisen.
- Für andere in diesem Bereich tätige Berufsgruppen wie z. B. Physiotherapeutinnen/-therapeuten, Psychologinnen/Psychologen, Psychotherapeutinnen/-therapeuten, spirituelle Begleiter:innen wird diese Zusatzqualifikation in Palliative Care (Interprofessioneller Palliativ-Basislehrgang (Level I, 168 UE Theorie, 40 Stunden Praktikum, 30 ECTS) empfohlen.
- Ehrenamtliche Hospizbegleiter:innen und hauptamtliche Koordinationsperson: siehe Personalqualifikation *Hospizteam*

⁴⁷ gemäß SozBezG 2024 in den vom HosPalFG umfassten spezialisierten Angeboten: Sozialarbeiter:innen, Sozialpädagoginnen/-pädagoginnen pädagogen (§§ 1 und 2 SozBezG); empfohlene Berufsgruppen bei Neueinstellung: Sozialarbeiter:innen, Sozialpädagoginnen/-pädagoginnen gemäß § 1, § 2 Abs. 1, Abs. 2 Z 1, 3 und 4, § 2 Abs. 3 SozBezG 2024

⁴⁸ gemäß SozBezG 2024 in den vom HosPalFG umfassten spezialisierten Angeboten: Sozialarbeiter:innen, Sozialpädagoginnen/-pädagoginnen pädagogen (§§ 1 und 2 SozBezG); empfohlene Berufsgruppen bei Neueinstellung: Sozialarbeiter:innen, Sozialpädagoginnen/-pädagoginnen gemäß § 1, § 2 Abs. 1, Abs. 2 Z 1, 3 und 4, § 2 Abs. 3 SozBezG 2024

Personalausstattung

Berufsgruppen	LKF-Modell 2025	HOS/PAL-Broschüre (BMG 2014)
Ärztinnen/Ärzte Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin und/oder Fachärztinnen/-ärzte	0,2 VZÄ je tatsächliches Bett ^A	1 VZÄ je 5 Betten für den Tagdienst (ärztl. Zuständigkeit muss rund um die Uhr gewährleistet sein)
DGKP dipl. Gesundheits- und Krankenpfleger:innen	1,2 VZÄ je tatsächliches Bett (mind. 1 DGKP anwesend im Tagdienst)	1,2 VZÄ je Bett ^A
Sozialarbeiter:innen Therapeutinnen/Therapeuten (Physiotherapie, Ergotherapie, weitere nach Bedarf)	0,2 VZÄ je belegtes Bett (6 Wochenstunden je Patient:in)	—
Sozialarbeiter:innen und/oder Sozialpädagoginnen/-pädagoginnen, Physiotherapeutinnen/-therapeuten, psychotherapeutisches/psychologisches Personal^B	—	6 Wochenstunden je Patient:in
Ergotherapeutinnen/-therapeuten, Logopädinnen/Logopäden, Diätologinnen/Diätologen	—	verfügbar
spirituelle Begleitung	—	verfügbar
Hospizteam	—	verfügbar

^A exkl. Palliativkonsiliardienst

^B gemäß den Qualitätskriterien im Rahmen des HosPalFG wurden für die Hospiz- und Palliativangebote im Erwachsenenbereich (siehe die vorhergehenden Ausführungen) für die Soziale Arbeit sowie das psychotherapeutische/psychologische Personal folgende Berufsgruppen bei Neueinstellung empfohlen:

- Personal der Sozialen Arbeit: Sozialarbeiter:innen, Sozialpädagoginnen/-pädagoginnen gemäß § 1, § 2 Abs. 1, Abs. 2 Z 1, 3 und 4, § 2 Abs. 3 SozBezG 2024
- psychologisches/psychotherapeutisches Personal: klinische Psychologinnen/Psychologen, Psychotherapeutinnen/-therapeuten

Quellen: Broschüre *Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene* (BMG 2014), LKF-Modell 2025 für den stationären Bereich (BMSGPK 2025); Be-/Erarbeitung und Darstellung: GÖG 2025

Weitere Qualitätskriterien⁴⁹

Infrastruktur: Raumangebot und -ausstattung inkl. technische Ausstattung	
ÖSG 2023 i. d. g. F.	HOS/PAL-Broschüre (BMG 2014)
• Patientenzimmer/-bereich in wohnlicher Gestaltung • Anti-Dekubitus-Matratten bei Bedarf • Stationsbad/Pflegebad mit fahrbarem Badewannenlift • Mitaufnahmemöglichkeit für eine Begleitperson • Räumlichkeiten für therapeutische und soziale Aktivitäten • Verabschiedungs-/Meditationsraum • Raum für Teambesprechungen, ambulante Kontakte • Schmerzpumpen • medizinisch-technische Hilfsmittel (z. B. Infusionspumpe, Ernährungspumpe, Spritzenpumpe/ Motorspritzenpumpe) • Patientenheber • Sauerstoff, Absaugvorrichtung • Notfallinstrumentarium • medizinische, pflegerische Grundausrüstung • Heil- und Hilfsmittel, Medikamente und Notfallmedikamente (inkl. Suchtmitteln gemäß Suchtmittelgesetz)	• wohnliche Atmosphäre, behindertengerechte Ausstattung der Patientenbereiche • Ein- und Zwei-Bett-Zimmer mit Nasszelle • Übernachtungsmöglichkeiten für An- und Zugehörige • Anti-Dekubitus-Betten und spezielle Anti-Dekubitus-Matratten: bedarfsgerechte Vorhaltung • Stationsbad⁵⁰, • fahrbarer Badewannenlift⁵⁰ • Räumlichkeiten für soziale Aktivitäten • Therapieraum (im Haus verfügbar) • Verabschiedungs-/Meditationsraum • Schmerzpumpen • Perfusoren und Infusomaten • Patientenheber

⁴⁹ In den Rubriken *Infrastruktur (Raumangebot und -ausstattung inkl. technische Ausstattung)*, *Leistungsangebot*, *Planungsrichtwert*, *Größe/Kapazität* und *Einzugs-/Versorgungsgebiet* sind die Inhalte aus dem ÖSG i. d. g. F. sowie der HOS/PAL-Broschüre (BMG 2014) vollinhaltlich dargestellt.

⁵⁰ entsprechend den räumlichen Möglichkeiten

Leistungsangebote	
ÖSG 2023 i. d. g. F.	HOS/PAL-Broschüre (BMG 2014)
• Erstgespräch mit Palliativpatient:in und dessen/deren An- und Zugehörigen vor Aufnahme • Symptom-Assessment • Schmerzmanagement und Symptomkontrolle • Bezugspflege • funktionserhaltende und funktionsverbessernde therapeutische Maßnahmen • Planen und Ermöglichen von Ausgängen (ggf. von Ausflügen)	• Kommunikation und Kooperation mit Zuweisenden bzw. Weiterbetreuenden • Erstgespräch mit Patientinnen/Patienten und ihren An- und Zugehörigen vor der Aufnahme • Erstellen von Symptomdiagnosen (z. B. Schmerzdiagnose) • qualifizierte Schmerzbehandlung und Symptomkontrolle • Diagnostik, soweit erforderlich • Behandlung interkurrenter Erkrankungen • patientenorientierte, ganzheitliche Pflege (Bezugspflege) • funktionserhaltende und funktionsverbessernde therapeutische Maßnahmen • ernährungstherapeutische Maßnahmen • psychotherapeutische Betreuung der Patientin / des Patienten • psychosoziale Betreuung und Krisenintervention bei der Patientin / dem Patienten und deren/dessen An- und Zugehörigen • spirituelle Betreuung • Betreuung durch ehrenamtliche Hospizbegleiter:innen • Planen und Ermöglichen von Ausgängen, Heimausflügen • Miteinbeziehen und Mitbetreuen der An- und Zugehörigen • Entlassungsvorbereitung mit dem Ziel einer koordinierten Entlassung • Unterstützung der Patientinnen/Patienten und deren An- und Zugehöriger bei Fragen des Pflegegeldes, der Mindestsicherung und sonstiger behördlicher Kontakte • Kontaktmöglichkeit mit der Patientin / dem Patienten und deren/dessen An- und Zugehörigen nach der Entlassung

Leistungsangebote	
• Verabschiedung von Verstorbenen • Trauerbegleitung der An- und Zugehörigen	• Verabschiedung von Verstorbenen • Trauerbegleitung der An- und Zugehörigen • telefonische Beratung von Ärztinnen/Ärzten und sozialen Diensten, die Palliativpatientinnen/-patienten betreuen • Konsiliardienst im Haus bzw. gegebenenfalls in anderen Krankenhäusern, falls kein Palliativkonsiliardienst eingerichtet ist (siehe Personalausstattung) • interne und externe Bildungstätigkeit • Anleitung und Schulung von Praktikantinnen und Praktikanten • fakultativ: Ambulanz, Tagesklinik

Planungsrichtwert

- ÖSG 2023 i. d. g. F.: 50 bis 80 Betten je Mio. EW
- HOS/PAL-Broschüre (BMG 2014): 50 Betten je Mio. EW

Größe/Kapazität

- ÖSG 2023 i. d. g. F.: mindestens 8 Betten
- HOS/PAL-Broschüre (BMG 2014): Palliativstationen mit 8 bis 14 Betten. Darüber hinaus sind abhängig von regionalen Bedingungen auch Palliativbereiche mit weniger als 8 Betten möglich.

Einzugs-/Versorgungsgebiet

- ÖSG 2023 i. d. g. F.: Erreichbarkeitsfrist: 60 Minuten
- HOS/PAL-Broschüre (BMG 2014): mind. 200.000 EW

Quellen ÖSG 2023 i. d. g. F.; Broschüre zur HOS/PAL-Versorgung Erwachsener (BMG 2014); Be-/Erarbeitung und Darstellung: GÖG 2025

Pädiatrische Palliativbetten (PPB)

Definition/ Einrichtungs- charakter

Betten in Abteilungen für Kinder- und Jugendheilkunde, die speziell für Palliativbehandlung ausgestattet sind. Ein speziell qualifiziertes multi-professionell zusammengesetztes Team kümmert sich in einem ganzheitlichen Ansatz um die pädiatrischen Palliativpatientinnen/-patienten und deren Familie, An- und Zugehörige.

Zielgruppe

Pädiatrische Palliativpatientinnen/-patienten mit lebensbedrohlichen oder lebensverkürzenden Erkrankungen und mit komplexer medizinischer, pflegerischer und/oder psychosozialer Symptomatik und akutem hohem Betreuungsaufwand, aufgrund dessen ein Verbleib zu Hause oder in einer anderen Einrichtung nicht möglich ist. Die pädiatrischen Palliativpatientinnen/-patienten können gemeinsam mit ihrer Familie aufgenommen werden.

Auftrag und Ziel

Bewältigung von Krankheitskrisen unter Einbeziehung aller sinnvollen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten sowie die Betreuung bei psychosozialen Krisen der pädiatrischen Palliativpatientinnen/-patienten oder deren unmittelbarer An- und Zugehöriger.
Ziele sind die Krisenbewältigung und Stabilisierung der Situation sowie die Optimierung der Symptomkontrolle und das Schaffen der Voraussetzung für eine adäquate Weiterbetreuung.

Anmerkungen zu den obenstehenden Ausführungen:

- Grau gekennzeichnete Text weist auf (sinngemäß) kongruente Inhalte im ÖSG 2023 i. d. g. F. und im Experten-Konzept (BMG 2013) hin.
- Nicht grau gekennzeichnete Text entstammt dem Experten-Konzept (BMG 2013).

Zugangskriterien

- komplexe medizinische, pflegerische und/oder psychosoziale Problematik bei Patient:in und/oder Familie
- extramurale Maßnahmen reichen nicht aus, um diese Problematik zu lösen.
- nach Zustimmung der pädiatrischen Palliativpatientin / des pädiatrischen Palliativpatienten und/oder ihrer/seines Erziehungsberechtigten (entsprechend den gesetzlichen Grundlagen)

Personalqualifikation

ÖSG 2023 i. d. g. F.:

- Leitung: Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde
- Stammpersonal: Fachärztin/-arzt für Kinder- und Jugendheilkunde sowie DGKP und/oder DGKP (Kinder- und Jugendlichenpflege) mit Zusatzqualifikation in pädiatrischer Palliative Care: Fachspezifischer Vertiefungslehrgang Palliative Care in der Pädiatrie Level II (184 UE Theorie, 40 Stunden Praktikum, 30 ECTS) bzw. vergleichbarer Bildungsabschluss - Nachweis innerhalb von 2 Jahren ab Einstellung anzustreben
- ein Teammitglied mit Qualifikation in Trauerbegleitung

empfohlen gemäß Experten-Konzept (BMG 2013):

- ärztliches Personal: Fachärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendheilkunde mit Zusatzqualifikation in pädiatrischer Palliative Care (Interprofessioneller Palliativ-Basislehrgang Level I, 168 UE Theorie, 40 Stunden Praktikum, 30 ECTS), innerhalb von 2 Jahren abgeschlossen
- Pflegepersonal: DGKP (Kinder- und Jugendlichenpflege) mit Zusatzqualifikation in pädiatrischer Palliative Care (Interprofessioneller Palliativ-Basislehrgang Level I, 168 UE Theorie, 40 Stunden Praktikum, 30 ECTS), innerhalb von 2 Jahren abgeschlossen
- psychosoziales Personal (wenn Teil des Teams): einschlägige Berufsausbildung und Zusatzqualifikation in pädiatrischer Palliative Care (Interprofessioneller Palliativ-Basislehrgang Level I, 168 UE Theorie, 40 Stunden Praktikum, 30 ECTS), innerhalb von 2 Jahren abgeschlossen
- mindestens ein Teammitglied mit Qualifikation in Trauerbegleitung
- ehrenamtliche Hospizbegleiter:innen und hauptamtliche Koordinationperson: siehe Personalqualifikation Kinder-Hospizteam

Personalausstattung

Berufsgruppen	LKF-Modell 2025	Experten-Konzept (BMG 2013) ⁵¹
Ärztin/Arzt Tagdienst (exkl. palliativmedizinischer Konsiliardienst)	0,2 VZÄ je tatsächliches Bett	nach Bedarf
diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger:innen mind. 1 DGKP anwesend im Tagdienst	1,2 VZÄ je tatsächliches Bett	nach Bedarf ⁵²
Sozialarbeiter:innen^A, Therapeutinnen/Therapeuten (Physiotherapie, Ergotherapie, weitere nach Bedarf) 6 Wochenstunden je Patient:in	0,2 VZÄ je belegtes Bett	nach Bedarf
Sozialarbeiter:in, Sozialpädagogin/Sozialpädagoge, Physiotherapeut:in, Psychotherapeut:in, klin. Psychologin/Psychologe	—	nach Bedarf
Therapeut:in, Sonder-/Heilpädagogin/-pädagoge, spirituelle Begleitung	—	verfügbar
ehrenamtliche Kinder-Hospizbegleiterin / ehrenamtlicher Kinder-Hospizbegleiter mit hauptamtlicher Koordinationsperson	—	verfügbar
Administrationspersonal	—	nach Bedarf

^A gemäß den Qualitätskriterien im Rahmen des HosPalFG wurden für die Hospiz- und Palliativangebote im Kinderbereich (siehe die vorhergehenden Ausführungen) für die Soziale Arbeit sowie das psychotherapeutische/psychologische Personal folgende Berufsgruppen bei Neueinstellung empfohlen:

- Personal der Sozialen Arbeit: Sozialarbeiter:innen, Sozialpädagoginnen/-pädagogen gemäß § 1, § 2 Abs. 1, Abs. 2 Z 1, 3 und 4, § 2 Abs. 3 SozBezG 2024
- psychologisches/psychotherapeutisches Personal: klinische Psychologinnen/Psychologen (vorzugsweise mit Weiterbildung zur Kinderpsychologin / zum Kinderpsychologen), Psychotherapeutinnen/-therapeuten (vorzugsweise mit Weiterbildung in Säuglings-, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie)

Quellen: Experten-Konzept für die spezialisierten pädiatrischen Hospiz- und Palliativangebote (BMG 2013), LKF-Modell 2025 für den stationären Bereich (BMSGPK 2025), Be-/Erarbeitung und Darstellung: GÖG 2025

⁵¹ In Ergänzung zum Experten-Konzept veröffentlichte im Jahr 2015 HOSPIZ ÖSTERREICH Umsetzungsempfehlungen, siehe https://www.hospiz.at/wordpress/wp-content/uploads/2016/10/Empfehlungen_KiJu_DVHOE_2015.pdf [Zugriff am 31.10.2024]

⁵² ausschließlich diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger:innen (Kinder- Jugendlichenpflege)

Weitere Qualitätskriterien⁵³

Infrastruktur: Raumangebot und -ausstattung inkl. technische Ausstattung	
ÖSG 2023 i. d. g. F.	Experten-Konzept (BMG 2013)
• Patientenzimmer/Familienbereiche: barrierefrei • wohnliche Gestaltung, altersentsprechend umgestaltbar • Pflegebad mit Hebebadewanne verfügbar • Mitaufnahmemöglichkeit für Familienmitglieder • Kochmöglichkeit • Räumlichkeiten für therapeutische und soziale Aktivitäten • sensorische Ausstattung • Schmerzpumpen, Ernährungspumpen • medizinisch-technische Hilfsmittel (z. B. Infusionspumpe, Spritzenpumpe/Motorspritzenpumpe) • Patientenheber • Wandanschluss für Sauerstoff und Vakuum/Druckluft in den Patientenzimmern und im Therapiebereich sowie ggf. mobile Sauerstoffversorgung • Überwachungsgeräte (z. B. Monitor) • Notfallausstattung	räumliche Ausstattung (barrierefrei gestaltet): • wohnliche Atmosphäre, behindertengerechte Ausstattung der Patientenbereiche • Pflegebad (mit Hebebadewanne) verfügbar • Patientenzimmer mit Nasszelle und mit Mitaufnahmemöglichkeit für Familienmitglieder • (im Falle eines Versterbens muss das Verbleiben im Patientenzimmer möglich sein) • Kochmöglichkeit • Aufenthaltsraum für Familien • altersgerechtes Umfeld • sensorische Angebote • PCA-Pumpen • Patientenheber • Beatmungsgeräte zur Intensivierung der Heimbeatmung

⁵³ In den obenstehenden bzw. nachfolgenden Rubriken Infrastruktur (Raumangebot und -ausstattung inkl. technische Ausstattung), Leistungsangebot, Planungsrichtwert, Größe/Kapazität und Einzugs-/Versorgungsgebiet sind die Inhalte aus dem ÖSG i. d. g. F. sowie dem Experten-Konzept (BMG 2013) vollinhaltlich dargestellt.

Infrastruktur: Raumangebot und -ausstattung inkl. technische Ausstattung	
• medizinische, pflegerische und therapeutische Grundausstattung • Heil- und Hilfsmittel, Medikamente und Notfallmedikamente (inkl. Suchtmitteln gemäß Suchtmittelgesetz)	• höhenverstellbare Pflegebetten • Kühlbett • fahrbarer Badewannenlift

Leistungsangebote	
ÖSG 2023 i. d. g. F.	Experten-Konzept (BMG 2013)
• palliativmedizinische Betreuung⁵⁴ • Palliativpflege • Entlastungspflege • familienorientierte psychologische Unterstützung • funktionserhaltende und funktionsverbessernde therapeutische Maßnahmen • ergänzende therapeutische Angebote (z. B. Musiktherapie, tiergestützte Angebote)	• palliativmedizinische Behandlung mit dem Ziel der optimalen Lebensqualität und dem Fokus auf eine mögliche Weiterbetreuung durch extramural vorhandene Strukturen durch • diagnostische Maßnahmen, • Therapieanpassung (medikamentös und apparativ), • Symptomkontrolle, • Schmerztherapie, • Therapiezielfindung, • Notfallmanagement. • Palliativpflege mit dem Ziel der optimalen Lebensqualität und dem Fokus auf eine mögliche Weiterbetreuung durch extramural vorhandene Strukturen durch • ein individuelles Pflegekonzept mit dem Ziel des Wohlbefindens, z. B. durch basale Stimulation, Kinaesthetics, • sensorische Angebote • Entlastungspflege (Übernahme pflegerischer Handlungen in Vertretung der Betreuungsperson) • familienorientierte psychologische Unterstützung • funktionserhaltende und funktionsverbessernde therapeutische Maßnahmen • ernährungstherapeutische Maßnahmen • Mobilisierung • ergänzende therapeutische Angebote (z. B. Musik- und Kunsttherapie, tiergestützte Angebote, Sonder- und Heilpädagogik) • Hilfsmittelversorgung, -verordnung und –vermittlung

⁵⁴ palliativmedizinische Betreuung: diagnostische Maßnahmen, Therapieanpassung, Symptomkontrolle, Schmerztherapie, Therapiezielfindung, Notfallmanagement

Leistungsangebote	
• Schulbildung für Palliativpatientinnen/-patienten und deren Geschwister • Begleitung in der Sterbephase • Trauerbegleitung der Familie und An- und Zugehöriger	• Vernetzung mit stationären und mobilen Betreuungsangeboten • Sozialarbeit (z. B. Beratung über Sozialleistungen und Unterstützungsangebote) • Begleitung und Beratung der Palliativpatientin / des Palliativpatienten, ihrer/seiner Familie und An- und Zugehörigen • spirituelle Begleitung • Schulbildung für pädiatrische Palliativpatientinnen/-patienten und deren Geschwister • Begleitung in der Sterbephase (z. B. Symptomkontrolle, medizinische/pflegerische Versorgung anpassen, Verabschiedungsrituale ermöglichen ...) • Schulungen • Trauerbegleitung der Familie und der An- und Zugehörigen auch nach dem Tod der pädiatrischen Palliativpatientin / des pädiatrischen Palliativpatienten • Unterstützung bei der Gestaltung von Trauerfeierlichkeiten

Planungsrichtwert

- ÖSG 2023 i. d. g. F.: keine Angaben
- Experten-Konzept (BMG 2013): keine Angaben

Größe/Kapazität

- ÖSG 2023 i. d. g. F.: bedarfsorientiert innerhalb von Abteilungen für Kinder- und Jugendheilkunde, Einrichtung durch Umwidmung von Akutbetten
- Experten-Konzept (BMG 2013): bedarfsorientierte Bettenzahl innerhalb von Abteilungen für Kinder- und Jugendheilkunde

Einzugs-/Versorgungsgebiet

- ÖSG 2023 i. d. g. F.: keine Angaben

- Experten-Konzept (BMG 2013): keine Angaben

Quellen: ÖSG 2023 i. d. g. F., Experten-Konzept für die spezialisierten pädiatrischen Hospiz- und Palliativangebote (BMG 2013); Be-/Erarbeitung und Darstellung: GÖG 2025