

Bakkalaureatsarbeit

Versorgungsstrukturen im ambulanten Bereich der
Palliativpflege

Schachner Heike
0933090

Medizinische Universität Graz

Studium Gesundheits- und Pflegewissenschaft

Begutachter

Mag. Dr. med. univ. Pilgram Erwin Horst

Geriatrische Gesundheitszentren Graz

Albert-Schweitzer-Gasse 36

8020 Graz

Lehrveranstaltung: Palliativpflege und Hospiz

Abgabe am 22.09.2013

Ehrenwörtliche Erklärung:

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche gekennzeichnet habe. Weiters erkläre ich, dass ich diese Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt habe.

Graz, am 22.09.2013

Inhalt	
1. Einleitung:	5
2. Palliativpflege	6
2.1. Palliativ:	6
2.2 Definition Palliative care:	6
2.3 Definition Palliativpatient:	6
2.4 Ziele von Versorgungsnetzwerken	7
2.5 Hospizbewegung	7
2.5.1 Österreich	8
2.5.2 Deutschland	9
2.6 Versorgungsnetzwerke	10
2.7 Einrichtungen	11
3. Ambulante Palliativpflege in der Steiermark	13
3.1. Geschichtliche Entwicklung Steiermark	13
3.2. Einrichtungen und Anlaufstellen	13
3.2.1 Tageshospiz	14
3.2.2 mobile Palliativteams	15
3.2.3 Hospizteam	16
3.3 Finanzierung, Personal	16
3.3.1 Personal	16
3.3.2 Finanzierung	17
3.4 Vernetzung der unterschiedlichen Institutionen	19
4. Ambulante Palliativpflege in Salzburg	19
4.1 Geschichtliche Entwicklung in Salzburg	19
4.2 Einrichtungen und Anlaufstellen	21
4.2.1 Tageshospiz	22
4.2.2 mobile Palliativteams	24
4.3 Finanzierung und Personal	25
4.3.1 Personal	25
4.3.2 Finanzierung	27
4.4. Vernetzung der unterschiedlichen Institutionen	29
5. Ambulante Palliativpflege in Hamburg	31
5.1 Entwicklung in Hamburg	31
5.2 Einrichtungen und Anlaufstellen	32

5.2.1 Ambulante Hospizdienste	33
5.2.2 Palliativ Care Team	33
5.3 Finanzierung und Personal	33
5.3.1 Finanzierung.....	33
5.3.2 Personal.....	35
5.4 Vernetzung der unterschiedlichen Institutionen	36
6. Zusammenfassung und Fazit.....	37
6.1 Zusammenfassung	37
6.2 Fazit:	38

1. Einleitung:

In meiner Bachelorarbeit möchte ich mich mit dem Thema "Palliativpflege" beschäftigen und dabei genauer auf die Versorgungsstrukturen und Finanzierungen im gesamten ambulanten Bereich eingehen.

Die ambulante Palliativpflege stellt sich in unserer heutigen Gesellschaft als sehr wichtiges Thema dar, doch wird sie in der Gesellschaft nur kaum wahrgenommen.

Heutzutage äußern immer mehr Patienten den Wunsch in ihrem gewohnten Umfeld zu sterben. Genau aus diesem Grund wurden ambulante Palliativteams gegründet. Sei es nun das Tageshospiz, mobile Palliativteams oder andere Organisationen dieser Art. Solche Palliativteams sind zwar noch nicht sehr weit verbreitet, aber werden in Zukunft immer mehr im Mittelpunkt stehen und zur Erleichterung von Patienten da sein. Diese erleichtern den Patienten oder Patientinnen und ihren Angehörigen nach einem Schicksalsschlag die Arbeit. Das Ziel hierbei sollte sein, den Patienten und Patientinnen beziehungsweise Klienten und Klientinnen ihren letzten Weg zu erleichtern indem sie ihr Leiden lindern, die Hilflosigkeit überbrücken und die Lebensqualität verbessern oder erhalten. Es ist wichtig, dass hierbei auf die Klienten und Klientinnen und Patienten oder Patientinnen eingegangen wird, auf ihre Wünsche und Ängste. Es geht darum dem Patienten beziehungsweise der Patientin die Ängste zu nehmen die ihn beschäftigen. Dieses Thema wird auch in Zukunft immer wichtiger werden für unsere Gesellschaft. Die meisten wissen nur noch nicht sehr viel darüber wie wichtig dieses Thema überhaupt ist. Als Angehörige, die genau diese Situation bereits miterlebt hat, weiß man wie wichtig gerade diese Menschen in unserem letzten Lebensabschnitt sein können und Angehörigen und Patienten beziehungsweise Patientinnen einiges erleichtern können.

Mir persönlich ist es sehr wichtig darzustellen wie wichtig die ambulante Palliativpflege in Wirklichkeit ist, wie sehr darauf eingegangen wird und darzustellen, dass es hier nicht nur um die medizinische Versorgung geht, sondern auch um die pflegerischen Aspekte und wie diese unterstützt werden.

Wo liegen die Unterschiede der Palliativpflege im Vergleich mit der Steiermark, Salzburg und Hamburg?

"Der Mensch kann nur Mensch werden, wenn nach seiner Geburt Menschen da sind, für ihn, mit ihm. Er kann sich aus seinem Leben als Mensch nur verabschieden, wenn er in seinem Sterben nicht allein ist, sondern jemand da ist, für ihn, mit ihm"(<http://www.palliativ-portal.de/Zitate> am 10.07.2013).

2. Palliativpflege

2.1. Palliativ:

Die Wörter „Schutz“ und „Linderung“ werden als Übersetzungen für den Begriff „palliativ“ angesehen. Dieser stammt vom lateinischen Wort „pallium“ ab, was so viel wie Mantel oder Umhang bedeutet (Bundespressedienst 2002, S.9).

2.2 Definition Palliative care:

Unter Palliative Care versteht man den Ansatz die Lebensqualität von Patienten oder Patientinnen und ihren Nahestehenden zu verbessern. Diese haben Probleme aufgrund des Auftretens einer schweren Krankheit, die zumeist lebensbedrohlich ist. Dies geschieht durch die Linderung von Leiden. Dies kann nur durch eine frühzeitige Erkenntnis geschehen. Man versucht Schmerzen oder belastenden Beschwerden entgegenzuwirken(Vgl. WHO 2002).

Palliative Care bietet Erleichterung von Schmerzen und deren belastenden Symptome, bejaht das Leben und betrachtet Sterben als normalen Prozess, beabsichtigt den Tod weder zu beschleunigen noch zu verzögern und bietet Unterstützung für Patienten beziehungsweise Patientinnen und deren Familien. Sie verbessert die Lebensqualität und kann auch den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen (<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>).

2.3 Definition Palliativpatient:

Palliativpatienten haben eine begrenzte Lebenserwartung. Meist ist hier eine schwere Krankheit oder ein Leiden im Vordergrund. Die kurative Behandlung ist in diesem Fall meist ausgeschöpft und oftmals nicht mehr im Sinne eines Patienten. Hier wird darauf geachtet, dass man das Leiden des Patienten größtmöglich reduzieren kann. Das Ziel ist hier die

Lebensqualität des Betroffenen aufrechtzuerhalten oder zu verbessern (Vgl. Huber G., Casagrande C. 2011, S.8).

2.4 Ziele von Versorgungsnetzwerken

Versorgungsnetzwerke für Sterbende haben das inhaltliche Ziel, die hospizlich- palliative Versorgung von Sterbenden und ihren Angehörigen nachhaltig zu verbessern. Dieses inhaltliche Ziel ist gekoppelt mit dem Formalziel, die in der Versorgung identifizierten Barrieren und Hindernisse durch Zusammenarbeit und Koordinierung zu überwinden. Je nachdem, welches Kernproblem das jeweilige Versorgungsnetzwerk für sich identifiziert, wird sich eine Zielhierarchie des Versorgungsnetzwerkes ergeben: Die Verbesserung der Versorgung durch Überwindung von Versorgungshindernissen kann z.B. operationalisiert und zerlegt werden in Teilziele, wie etwa die Verbesserung der Kooperation bestimmter Leistungserbringer, die Implementierung gemeinsamer Behandlungspfade, die Einrichtung einer gemeinsamen Koordinierungsstelle, die Verbesserung der Zugangsmöglichkeiten für die Hospiz- und Palliativpatienten, die Steigerung der Qualität der Versorgung, die Verbesserung der Transparenz in der Versorgung, die Versorgung in bedarfsgerechten Versorgungsstufen, den Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung, die Verbesserung der Wirtschaftlichkeit, die bessere regionale Verteilung bis hin zum Abbau von Bürokratie in der Versorgung (Herrlein P. 2009, S.211-212).

2.5 Hospiz

Die Hospiz ist so etwas wie die der letzte Stopp auf einer langen Reise, welche sich als ihre letzte Reise herausstellt. In der Hospizbewegung wird darauf geachtet, dass dem Betroffenen seine Würde und Selbstbestimmung erhalten bleibt. Man versucht auf die individuellen Bedürfnisse der Sterbenden einzugehen. Dies soll es dem Betroffenen und seinen Angehörigen in der letzten Lebensphase leichter machen (Vgl. Nagele S., Feichtner A. 2009, S.19).

2.5.1 Österreich

Zu Beginn der Achtziger Jahre kannte in Österreich kaum einer Hospize. Den Beginn fand dies in der Aus- und Fortbildung im Umgang mit schwerstkranken und sterbenden Menschen. Folgende katholische Bildungshäuser bauten die Hospizidee in ihr Programm ein: Mariatrost in Graz, Lainz in Wien und St. Bernhard in Wiener Neustadt. Anfangs wurden dort Bildungsveranstaltungen und Selbsthilfegruppen durchgeführt. Diese stellten den Ausgangspunkt für viele weitere Hospizgründungen dar. Anfangs fand das Thema "Hospiz" in Österreich nicht sehr viel Anklang, deshalb mussten sich Interessierte an andere Stellen, welche sich meist im Ausland befanden, wenden (Vgl. Höfler E., 2001, S.9).

Über einen längeren Zeitraum galt die Hospizbewegung in Österreich als eine Bildungsbewegung. Im Herbst des Jahres 1989 gab es dann in Österreich das erste mobile Hospizteam, welches sich in Wien unter der Trägerschaft der Erzdiözese Wien befand. Drei Jahre später, im Jahr 1992 gab es dann die erste Eröffnung eines stationären Angebots im Bereich Hospiz und Palliativ. Dieses befand sich ebenfalls in Wien, im Krankenhaus zum Göttlichen Heiland mit dem Namen „St. Raphael Hospiz“. Ein starker Zuwachs stationärer und ambulanter Angebote im Bereich der Hospiz- und Palliativpflege ist schlussendlich seit den neunziger Jahren zu verzeichnen. Zusätzlich gab es ein umfangreiches, ehrenamtliches Interesse in Hospizgruppen. Anzumerken ist hier auch die Unterstützung der Politik zur Erweiterung der Hospizarbeit und Palliative Care, als Antwort auf die „Sterbehilfediskussion“ (Vgl. http://www.hospiz.at/pdf_dl/broschuere_hospizgeschichte.pdf am 18.08.2013).

Seit dem Jahr 1993 gab es bereits interdisziplinäre Lehrgänge, Schulungsmaßnahmen und Gründungen von diversen Hospizvereinen. Diese fanden in Graz, Salzburg, Batschuns und Innsbruck statt. Ab dem Jahr 1996 gab es diese Fortbildungsmaßnahmen auch in Oberösterreich (Vgl. Höfler E., 2001, S.9).

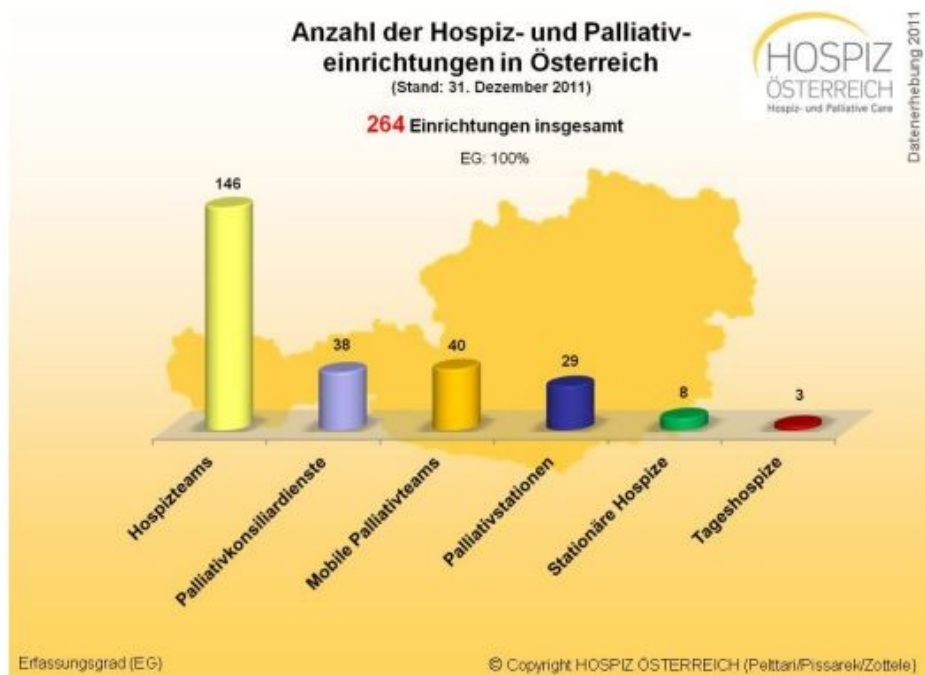


Abbildung 1: Anzahl der Hospiz- und Palliativeinrichtungen in Österreich, Stand 2011
(www.hospiz.at/pdf_dl/Ergebnisse_Datenerhebung_2011.pdf)

Durch eine Aufzählung der Möglichkeiten für solche Patienten und Patientinnen ist natürlich noch nicht sehr viel gesagt, wie stark die Nachfrage und der Bedarf nach solchen Einrichtungen abgedeckt werden kann. Ausser den Palliativstationen und Konsiliardiensten, welche in der stationären Akutversorgung anzufinden sind, und auch durch ihre Größe definiert werden können, sind unterschiedlichste Angebote sehr heterogen (Vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2009, S. 482).

2.5.2 Deutschland

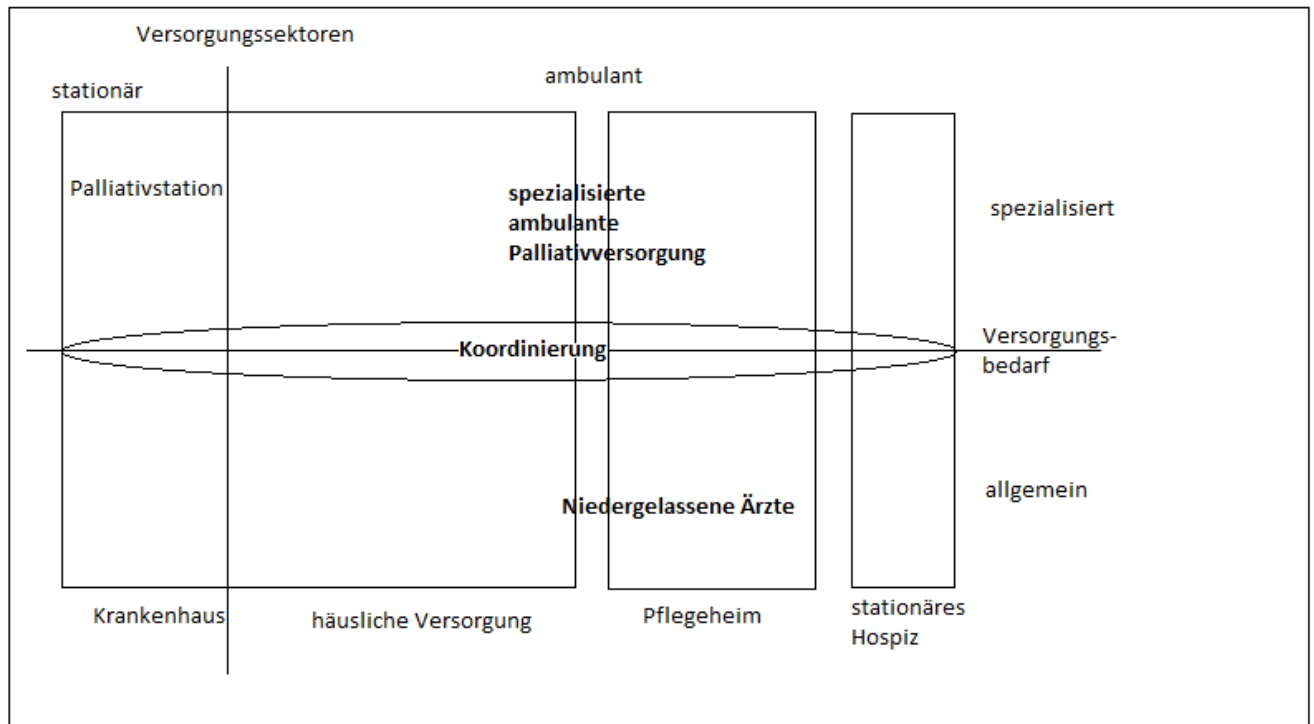
In Deutschland gab es bereits zum Ende der 1960er Jahre erste Beziehungen zu britischen Hospizen. Diese kamen meist durch Ärzte beziehungsweise Ärztinnen oder Seelsorger zustande. Jedoch dauerte es eine Weile bis sich dies in Deutschland durchsetzen ließ. Anfang der 1980er Jahre wurde in Deutschland die erste Palliativstation, als Umsetzung der

Hospizidee, verwirklicht. Dieser kleine Versuch entwickelte sich zum Schluss der 1980er Jahre, beziehungsweise am Beginn der 1990er Jahre zu einer Hospiz- und Palliativbewegung.

Anfangs lief die Förderung der Entwicklung von Palliativmedizin und Hospizidee in Deutschland über die Deutsche Krebshilfe. Einige Zeit später erhielten sie auch Unterstützung und Förderung durch kirchliche, karitative und politische Gremien. Teilweise gab es auch schon Unterstützungen seitens der pharmazeutischen Industrie. In den 1980er Jahren gab es dann zwei ganz große Entwicklungen. Erstens kam es zur Entstehung zahlreicher Initiativen, welche stationäre und ambulante Hospize, wie z.B. in Bonn, Hannover, Stuttgart, München und Recklinghausen, förderten. Und zweitens gab es größere ablaufende Entwicklungen in der Palliativmedizin und Hospizbewegung (Vgl. Palliativmedizin 2009, S.5)

2.6 Versorgungsnetzwerke

Versorgungsnetzwerke zeichnen sich vor allem durch die aus ihrer Kontaktfunktion sich ergebende, auf Kontinuität und Integration angelegte Koordinierung des gesamten Versorgungsprozesses aus. Die auf die Koordinierung der Gesamtversorgung angelegte Kontaktfunktion ergibt sich nicht aus sich heraus, sondern aus den strukturfunktionalen Bedingungen des Versorgungsnetzwerkes als netzartigem Sozialsystem. Die konkrete Gestaltung der Koordinierungsfunktion für eine integrative und kontinuierliche Hospiz- und Palliativversorgung führt daher unter den Bedingungen des Gesundheitswesens zwangsläufig zu Versorgungsnetzwerken als denjenigen Sozialsystemen, auf deren normativer Grundlage die Koordinierungsfunktion ihre ordnende Kraft erst entfalten und legitimieren kann. Versorgungsnetzwerke, die in der Hospiz- und Palliativversorgung gebildet werden, haben damit ein auf die Koordinierung bezogenes Problem: Das Versorgungsnetzwerk braucht eine gemeinsam geregelte Koordinierung, das Leistungsrecht scheint nur einzelne Leistungserbringer mit Koordinierungsaufgaben beauftragt zu haben. Aus den Erfordernissen der Hospiz und Palliativversorgung müsste es eine übergreifende Koordinierung und das dazugehörige Versorgungsnetzwerk geben. (Herrlein P. 2009, S. 284-285).



**Abbildung 2: Koordination der Hospiz- und Palliativversorgung
(Herrlein P. 2009, S.285)**

2.7 Einrichtungen

Die zweckmäßige Versorgung im Hospiz- und Palliativbereich erfolgt im besten Fall durch ein System der abgestuften Versorgung. Sie stellt die Grundlage für folgenden Grundsatz dar: „die richtigen Patienten oder Patientinnen zur richtigen Zeit am richtigen Ort“ versorgen zu können. Um dies umsetzen zu können, benötigt man in diesem Bereich ausser den etablierten Organisationen und Dienstleistern im Gesundheits- und Sozialbereich auch zusätzliche spezialisierte Anlaufstellen und Angebote. Diese Anlaufstellen, auch Bausteine genannt, fügen sich in dieses System ein (Vgl. www.palliativbetreuung.at/cms/beitrag/10089962/2885653).

- *Palliativstationen übernehmen dabei die Versorgung in besonders komplexen Situationen, die durch andere Einrichtungen und Dienste nicht bewältigt werden und die durch die Notwendigkeit von besonderer ärztlicher Expertise gekennzeichnet sind.*
- *Stationäre Hospize übernehmen die stationäre Versorgung, wenn die pflegerische und psychosoziale Betreuung stärker in den Vordergrund tritt. Im Unterschied zur*

Palliativstation, die eine Entlassung der Patientinnen und Patienten anstrebt, ist im stationären Hospiz auch eine Betreuung bis zum Tod möglich.

- *Tageshospize bieten jenen, die die Nacht in ihrer gewohnten Umgebung verbringen können, Entlastung während des Tages.*
- *Mobile Palliativteams: Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der mobilen Palliativteams bieten Hausärzten und Hausärztinnen, Pflegepersonen und den Angehörigen gezielte Unterstützung bei der Betreuung von Palliativpatienten und Palliativpatientinnen zuhause und in Heimen.*
- *Der Palliativkonsiliardienst bietet Ärzten, Ärztinnen und Pflegepersonen gezielte Unterstützung bei der Betreuung von Palliativpatienten und Palliativpatientinnen im Akutkrankenhaus.*
- *Hospizteams begleiten Palliativpatienten, Palliativpatientinnen und ihre Angehörigen in allen Versorgungskontexten.*

(www.palliativbetreuung.at/cms/beitrag/10089962/2885653).

Abbildung 1: Bausteine der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung

	Hospiz- und Palliativbetreuung			
	Grundversorgung	unterstützende Angebote		betreuende Angebote
Akutbereich	Krankenhäuser	Hospizteams	Palliativ-konsiliardienste	Palliativstationen
Langzeitbereich	Alten- und Pflegeheime		mobile Palliativteams	stationäre Hospize
Familienbereich, Zuhause	niedergelassene (Fach)-Ärzeschaft, mobile Dienste, Therapeutin-ne/Therapeuten...			Tageshospize

Quellen: HOSPIZ ÖSTERREICH, ÖBIG

Abbildung 3: Bausteine der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen 2004, S.14)

3. Ambulante Palliativpflege in der Steiermark

3.1. Geschichtliche Entwicklung Steiermark

Seit dem Jahr 1998 hat sich der Hospiz- und Palliativbereich in der Steiermark permanent weiterentwickelt. Abgeschlossen wurde dieses ganze Projekt 2012. Eine Ausnahme stellt hier jedoch der stationäre Hospizbereich dar. Der Durchbruch im Pilotprojekt „stationäre Palliativbetreuung“, welches von 1998 bis 2000 durchgeführt wurde, stellte eine wichtige Grundlage für den weiteren Aus- und Aufbau im Bereich der Hospiz- und Palliativbewegung dar. Nach einer mehrjährigen Finanzierung der Projekte, wurden die Einrichtungen schlussendlich über den Gesundheitsfond Steiermark finanziert und unterstützt (Vgl. www.palliativbetreuung.at/cms/beitrag/10088274/2805550/?qu).

Seit dem Jahr 2008 findet man den Hospiz- und Palliativbereich in einem regionalen Strukturplan wieder. Dies ist für Österreich einmalig. 2009 wurde dann eine Regelfinanzierung für Hospiz- und Palliativeinrichtungen abgeschlossen. Die KAGes spielt hier eine wichtige Rolle. Sie stellt die Schnittstelle zwischen dem Gesundheitsfonds Steiermark und den Hospiz- und Palliativeinrichtungen dar. Aufgründdessen gründete die KAGes eine eigene Einheit für diese wichtige Aufgabe, die Koordination Palliativbetreuung Steiermark (Vgl. www.palliativbetreuung.at/cms/beitrag/10088274/2805550/?qu).

Die Steiermark kann auf einen erfolgreichen Aufbau des Hospiz- und Palliativbereiches nach dem Konzept der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung zurückblicken. Dabei erfolgt die Grundversorgung weiterhin in den bestehenden Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens. In komplexeren Situationen und schwierigen Fragestellungen stehen zusätzlich Experten und Expertinnen zur Beratung zur Verfügung. Mit der abgestuften Versorgung soll ein gerechter Zugang zu den Möglichkeiten der Hospizarbeit und Palliativmedizin gewährleistet werden (www.palliativbetreuung.at/cms/beitrag/10088274/2805550/?qu).

3.2. Einrichtungen und Anlaufstellen

In der Steiermark gibt es sehr viele unterschiedliche Anlaufstellen für Betroffene und deren Angehörige. In der ambulanten Palliativpflege sieht es so aus, dass in der Steiermark neun mobile Palliativteams zur Verfügung stehen. Diese sind teilweise auf mehrere "Bezirke"

aufgeteilt. Zusätzlich gibt es auch noch Anlaufstellen in Form eines Tageshospizes wie zum Beispiel in Graz im geriatrischen Gesundheitszentrum Graz.

Hospiz- und Palliativeinrichtungen in der Steiermark

Hospiz- und Palliativeinrichtungen in der Steiermark

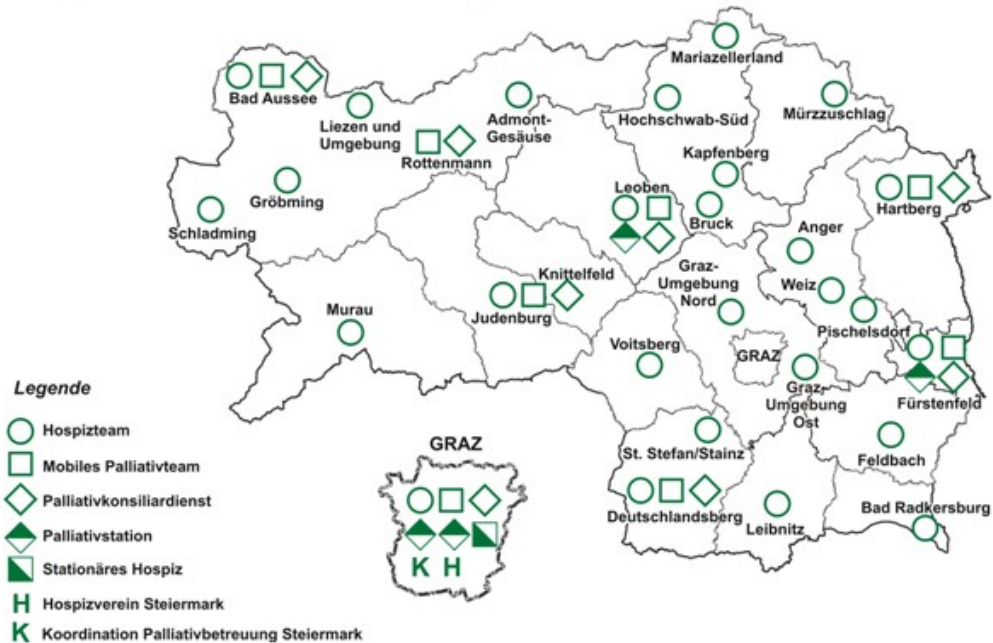


Abbildung 4: Hospiz- und Palliativeinrichtungen in der Steiermark
 (<http://www.palliativbetreuung.at/cms/beitrag/10088756/2781404/?qu=> am 20.08.2013)

3.2.1 Tageshospiz

Dies ist eine Anlaufstelle für Palliativpatienten um tagsüber an anderen Aktivitäten teilnehmen zu können. Patienten und Patientinnen finden dort auch Fachkräfte, welche den Patienten und Patientinnen Beratung, Behandlung aber auch Begleitung bieten. Hier arbeiten nicht nur Fachkräfte, sondern auch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen. Es kann auch als eigenständiges Angebot in Anspruch genommen werden. Hier gibt es die Möglichkeit der tageweisen Betreuung und zusätzlich Entlastung für die Angehörigen. Zu den Zielen gehören hier unter anderem die Förderung der Lebensqualität, Verhinderung sozialer Isolation Betroffener, Vermeidung unnötiger Krankenhausaufenthalte und zur Entlastung von Angehörigen (Vgl. www.ggz.graz.at).

3.2.2 Mobile Palliativteams

In der Steiermark gibt es neun verschiedene mobile Palliativteams. Dieses Team besteht aus einem multiprofessionel zusammengesetzten Team. Sie unterstützen und beraten mit ihren Erfahrungen in den Bereichen der Schmerztherapie, Symptomkontrolle, Palliativpflege und psychosozialer Begleitung. Natürlich kann die Beratung auch direkt durch die betroffene Person in Anspruch genommen werden. Eine weitere wichtige Aufgabe des mobilen Palliativteams ist der Übergang zwischen Krankenhaus und häuslicher Versorgung. Das Ziel mobiler Palliativteams ist es, dass der Patient zuhause verbleiben kann und die Aufnahme in einem Akutkrankenhaus vermieden werden kann. Diese Teams können auch beratend eintreten und als Konsiliardienst dienen (Vgl. ÖBIG 2004, S.19).

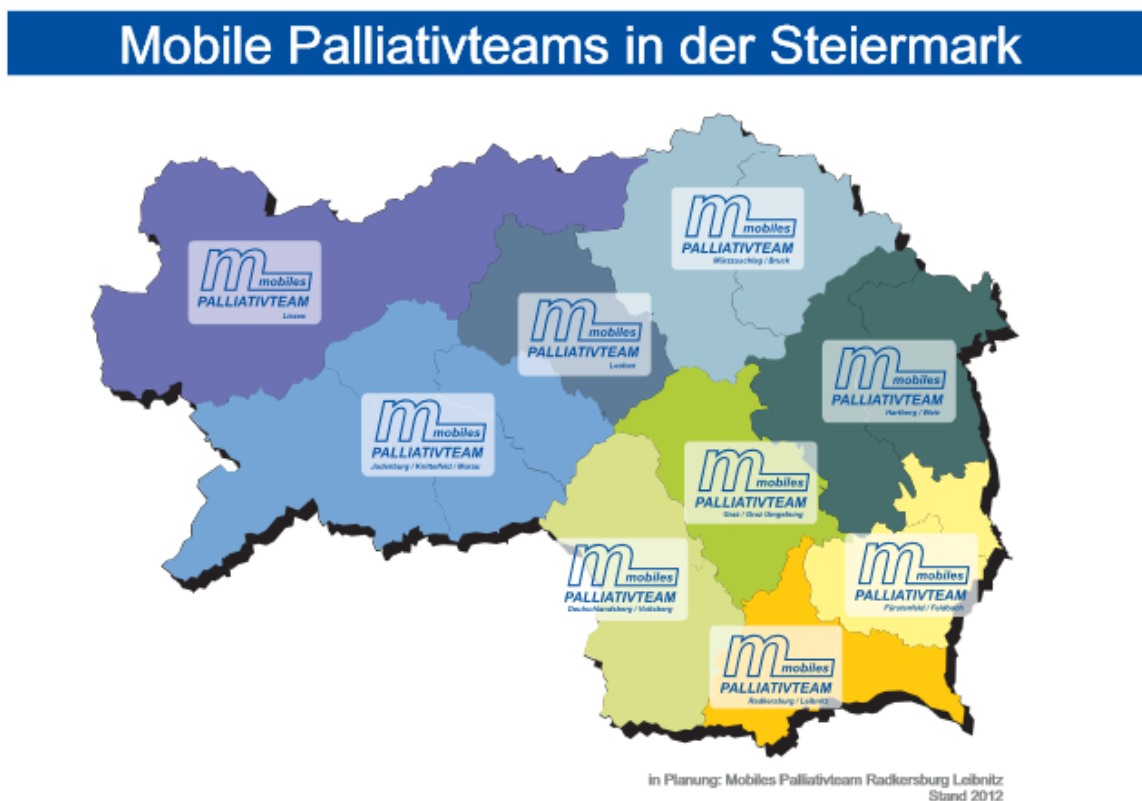


Abbildung 5: Steiermarkkarte mobile Palliativteams Stmk
(http://www.palliativbetreuung.at/cms/dokumente/10089936_2885801/0805f139/Steiermarkkarte_MPTs_2012.pdf am 20.08.2013)

3.2.3 Hospizteam

Das mobile Hospizteam arbeitet mit anderen Organisationen zusammen. Meist setzt es sich aus ehrenamtlichen Hospizbegleiterinnen/begleitern zusammen. Zusätzlich steht diesen eine Fachkraft bei, welche das Ganze koordiniert. Zu ihren Aufgabenbereichen zählen die Begleitung und Betreuung in den Phasen des Schmerzes, der Trauer und des Abschieds. Sie kommen in allen Versorgungsstrukturen vor. Dies hat den Vorteil, dass die Übergänge flüssiger ablaufen und die Veränderungen für Betroffene nicht so drastisch sind. Diese Berufsgruppe leistet ihren Teil im Bereich der psychosozialen und emotionalen Entlastung von Betroffenen und Angehörigen. In der Steiermark gibt es 25 solcher Teams, welche alle Bereiche abdecken (Vgl. ÖBIG 2004, S.20).

3.3 Finanzierung, Personal

3.3.1 Personal

Im Bereich der ehrenamtlichen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, welche eine spezielle Ausbildung für diese Tätigkeiten besitzen, liegt die Zahl bei 767. Diese betreuen und begleiten, natürlich nur auf Wunsch, Betroffene während sehr schweren Erkrankungen. Sie begleiten jedoch nicht nur die Betroffenen selbst, sondern auch deren Angehörige in der Zeit der Trauer. Ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen helfen überall dort, wo Not am Mann ist, beziehungsweise Hilfe benötigt wird. Im Jahr 2012 beläuft sich die Zahl der Stunden, in welcher ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen im Bereich der Hospiz- und Palliativpflege tätig waren, auf 104.880. Diese Einsätze fanden meist zu Hause statt (Vgl. Tätigkeitsbericht 2012, S.3).

Insgesamt kümmern sich in der ganzen Steiermark 28 Teams um die Begleitung von Patienten und Patientinnen in ihrer gewohnten Umgebung. Hier anzumerken ist, dass die Zahl der Hospizteams in den steirischen Bezirken schon eine Weile(seit 2008) konstant ist. Es ist eine dauerhaft steigende Tendenz im Bereich Ehrenamt zu verzeichnen. Dies teilt sich auf auf Anzahl der tätigen ehrenamtlichen Hospizmitarbeiter und Hospizmitarbeiterinnen, Anzahl der jährlich begleiteten Patienten und Patientinnen sowie geleistete Begleitstunden (Vgl. Tätigkeitsbericht 2012, S.4).

Wenn man Gesamtösterreich betrachtet, dann wird man sehen, dass sich in der Steiermark ungefähr ein Viertel der ganzen ehrenamtlichen Hospizmitarbeiter und Hospizmitarbeiterinnen befinden und dort auch tätig sind. Da diese Tätigkeit sehr viel Verantwortung von den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen abverlangt, ist eine gute Aus- und Fortbildung dringend notwendig. Im Laufe eines Jahres vollziehen weit mehr als 100 Personen die Hospizgrundausbildung. Diese wird in regelmäßigen Abständen in Graz, jedoch mittlerweile auch in anderen steirischen Bezirken, angeboten. Aufgebaut auf die Grundsätze der Hospizbewegung hat dieses Seminar den Hintergrund die Befähigung zu erteilen, Menschen in der letzten Lebensphase zu unterstützen und zu begleiten. Dieses Grundseminar hat eine Dauer von 130 Stunden. Zusätzlich soll es Menschen dazu befähigen, Angehörige zu unterstützen und diesen auch in den Tagen ihrer Trauer beizustehen und bei der Bewältigung dieser zu helfen. Wenn man dieses Grundseminar absolviert hat, dann erhält man die Erlaubnis, zur ehrenamtlichen Mitarbeit in einem steirischen Hospizteam. Alleine im Jahr 2012 wurden fünf dieser Seminare gestartet und auch abgeschlossen. Natürlich sind hier Fortbildungen von Vorteil. Allein im Jahr 2012 fanden 14.471 ehrenamtliche Fortbildungsstunden und 235 Stunden durch Fortbildungsreferenten statt, welche auch erfolgreich absolviert wurden (Vgl. Tätigkeitsbericht 2012, S.8).

3.3.2 Finanzierung

Eine Projektfinanzierung liegt seit dem Jahre 1998 vor. Um diese auf eine andauernde und nachhaltige Finanzierung umzustellen, wurde eine Entscheidung, beziehungsweise ein Beschluss, durch die Gesundheitsplattform beschlossen. In dieser geht es darum, dass die Finanzierung von Hospiz- und Palliativeinrichtungen ab dem 1. Jänner 2009 in der Regelfinanzierung mitgeführt wird. Beschlossen wurde die Regelfinanzierung am 5. Juni 2008. Um diese Finanzierung sicherzustellen wurde der gesamte Palliativbereich in einen speziellen Palliativ- und einen speziellen Hospizbereich aufgeteilt. Dies hat den Grund, dass man zwischen Langzeitversorgung und Krankenversorgung unterscheiden kann. Bei der jährlichen Budgetierung des Gesundheitsfonds werden die benötigten Mitteln für die Finanzierung dieser beiden Bereiche als fixe Anteile miteinbezogen (www.landtag.steiermark.at/cms/beitrag/11399065/58064506/ am 21.08.2013).

Der Gesundheitsfond wendet seit 2006 folgende Mittel für die Hospiz- und Palliativversorgung auf:

2006	2.447.624,00
2007	2.366.751,81
2008	3.568.808,12
2009	3.837.124,65
2010	4.274.382,54
Summe	16.494.693,12

**Tabelle 1: Auflistung der Mittel für die Hospiz- und Palliativversorgung seit 2006
(www.landtag.steiermark.at/cms/beitrag/11399065/58064506/ am 21.02.2013)**

Für die jährliche Fortsetzung des Betriebes ab dem Punkt des Vollausbaus sind darüber hinaus weitere 1 Mio. Euro pro Jahr, im Vergleich zum Jahresplan 2011, mit 4,64 Mio Euro, notwendig.

Mit diesen Beträgen werden die Ausgaben für die mobilen Palliativteams, das Tageshospiz, das stationäre Hospiz, die Palliativkonsilliardienste, die hauptamtliche Koordination der ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als auch die Koordinationsstelle in der KAGes ausgeglichen (Vgl. www.landtag.steiermark.at/cms/beitrag/11399065/58064506/ am 22.08.2013).

Mit diesen Mitteln werden jedoch auch noch andere Dinge abgegolten oder reduziert. In diesen Bereich fallen unter anderem auch der Selbstbehalt von Patienten und Patientinnen, welche einen Aufenthalt im Tageshospiz und dem Albert-Schweitzer Hospiz vor sich haben oder bereits einen Aufenthalt dort haben. Anfallende Kosten für einzelne Palliativstationen trägt in der Steiermark die reguläre Krankenhausfinanzierung (Vgl. www.palliativbetreuung.at/cms/beitrag/10090565/2883767/?qu= am 22.08.2013).

Die Mehrheit der anfallenden Kosten für Palliativ- und Hospizeinrichtungen kommen aus dem Gesundheitsfonds des Landes Steiermark. In diesen Bereich fallen die Kosten für Palliativteams, Palliativkonsilliardienste, hauptamtliche Koordination der Hospizbegleiter und Hospizbegleiterinnen als auch die Koordination der ganzen Steiermark. Einen weiteren Förderungspunkt stellen stationäre Hospize und das Tageshospiz dar. Eine Ausnahme stellt die Palliativstation dar, hier werden die Kosten gleich wie in einem normalen Krankenbett verrechnet (Baumgartner J. 2012, S.9).

3.4 Vernetzung der unterschiedlichen Institutionen

Seit 2006 wird vom Land Steiermark eine gemeinsame Koordinationsstelle für Palliativbetreuung angeboten. Die wichtigste Aufgabe dieses Teams ist die Errichtung und Ausbreitung von Hospiz- und Palliativinstitutionen zu organisieren und zu planen. Andere wichtige Ziele, welche in das Aufgabengebiet dieser Koordinationsstelle fallen sind unter anderem Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen für Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen. Ein anderes wichtiges Ziel seitens der Koordinierungsstelle ist Qualitätsverbesserung und Qualitätssicherung solcher Institutionen (Vgl. Mehringer S. 2009, S.3)

Die Hospizkoordinatorinnen und Hospizkoordinatoren stellen die Verbindung zwischen allen 28 steirischen Hospizteams, den Palliativstationen, dem Albert- Schweitzer Hospiz und den mobilen Palliativteams dar. Eine wichtige Basis für die Schnittstellenarbeit stellen eine gute Vernetzung und ein regelmäßiger Erfahrungsaustausch der unterschiedlichen Teams dar. Zusätzlich findet zwei Mal im Jahr ein Treffen der unterschiedlichen Organisationen in Graz statt (Vgl. Tätigkeitsbericht 2012, S.15).

4. Ambulante Palliativpflege in Salzburg

4.1 Geschichtliche Entwicklung in Salzburg

Die ersten Bewegungen im Bereich der Palliativpflege kamen durch eine Veranstaltung im Bildungszentrum St. Virgil im Jahr 1992 zustande. Abgehalten wurde diese Veranstaltung von einem deutschen Internisten, Dr. Paul Becker. Durch diesen Mann kam es dann zur Entstehung des eigenständigen, unabhängigen und unparteilichen Vereins mit dem Namen „Hospiz-Bewegung Salzburg“. Diese Bewegung fand im Jahr 1994 statt. Am Beginn dieser Entwicklung standen die Schulung und Ausbildung von ehrenamtlichen Hospizbegleitern und Hospizbegleiterinnen sowie der Aufbau eines mobilen Hospizdienstes. Dies wurde gemeinsam mit dem Bildungszentrum St. Virgil in die Tat umgesetzt. 1995 kam es zur Gründung der Hospiz- Initiative Lungau, 1998 folgte die Hospiz- Initiative Pongau-Bischofshofen und ein eigenständiger Hospizverein in Radstadt. Weitere Gründungen fanden im Jahr 1999 mit der Hospiz- Initiative Pinzgau- Zell am See, 2000 Hospizteam Saalfelden, 2001 Hospiz- Initiative Tennegau und schlussendlich 2004 Hospiz- Initiative Flachgau statt. Zusätzlich wurde, bereits im Jahr 2000, das Tageshospiz im Kleingmainerhof in Salzburg-

Morzg eröffnet. Dieses war das erste Tageshospiz in ganz Österreich. 2002 folgte dann die Eröffnung des Helga- Treichl Hospizes durch das Rote Kreuz. Dieses befindet sich ebenfalls in Morzg (Lebensfreude 2.Ausgabe 2010, S.8).

Angefangen hat diese ganze Organisation 1998 und 1999 in Pinzgau, wo die Hospiz- und Palliativversorgung in diesen Jahren eine fixe Gestalt annahm. Im Jahr 2003, wurde dann die Caritas vom Land Salzburg ganz offiziell beauftragt die Vernetzung der Mobilien Palliativbetreuung zu übernehmen. Anfangs war dies nur für die Bezirke Pinzgau und Pongau vorgesehen. Dies stellte die Grundlage für die vier bereits bestehenden Palliativteams in Salzburg dar. Spätere Ausbaurbeiten folgten in Pongau 2004, Lungau 2005, Salzburg Stadt und Umgebung 2008. Weitere Verbesserungen entstanden durch den Austausch mit anderen Institutionen, welche im gleichen Bereich tätig waren. Im Jahr 2000 war es dann endlich soweit. Es entstand ein Verein zur Förderung von palliativmedizinischer Aus- und Weiterbildungen in Salzburg. Dies geschah durch eine Verknüpfung der unterschiedlichsten Träger in den Bereichen Gesundheits- und Sozialwesen. Dadurch wollte man den Palliativgedanken in den unterschiedlichen Berufsgruppen festigen und ausbauen. Mittlerweile gibt es in diesem Bereich auch schon eine universitäre Palliativausbildung. Diese wird seit dem Jahr 2006 angeboten und organisiert wird das Ganze durch die Paracelsus medizinische Privatuniversität, den Dachverband Hospiz Österreich und das Bildungszentrum St. Virgil. Der Zweck der Hospiz- Bewegung stellt eine weitreichende, auf bestimmte Wünsche und Bedürfnisse von sterbenden und schwerkranken Menschen und deren Angehörige ausgerichtete Begleitung und Betreuung dar. Zusätzlich zielen sie auf die Begleitung der betroffenen Patienten und Patientinnen, gerade in ihrer letzten Lebensphase, ab. Dies hat den Zweck die Lebensqualität dieser Menschen bis zuletzt so hoch wie möglich zu halten und ihnen ein Sterben in Würde zu ermöglichen. Ein Punkt gegen den die Hospiz- Bewegung ist stellt die Tötung auf Verlangen dar. Genau diesem Thema möchten solche Institutionen entgegenwirken. Sie möchten den Hospizgedanken mehr und mehr in die heutige Gesellschaft einführen. Deshalb wird versucht die Begleitung betroffener Menschen bis zu ihrem Lebensende aufrecht zu erhalten (Vgl. Lebensfreude 2010, S.8).

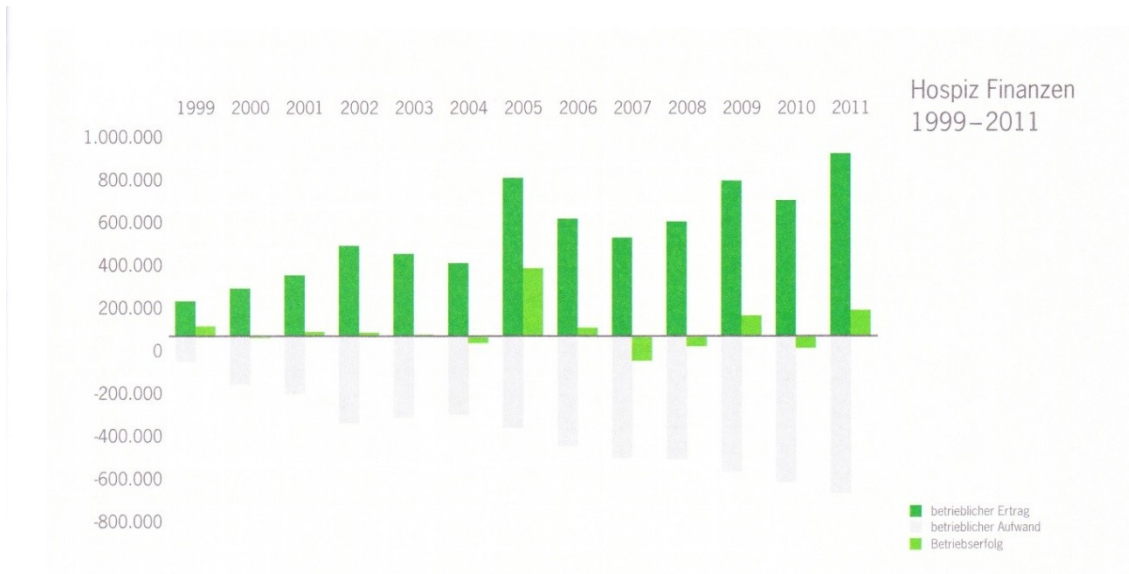


Abbildung 6: Hospizfinanzen Salzburg von 1999 bis 2011
(Lebensfreude Nr.4 2012, S.57)

4.2 Einrichtungen und Anlaufstellen

Im Bereich der ambulanten Palliativpflege stehen den Betroffenen in Salzburg folgende zur Verfügung: acht Hospizdienste mit ehrenamtlicher Besetzung, vier mobile Palliativteams und ein Tageshospiz.

HOSPIZ UND PALLIATIVE CARE IN SALZBURG



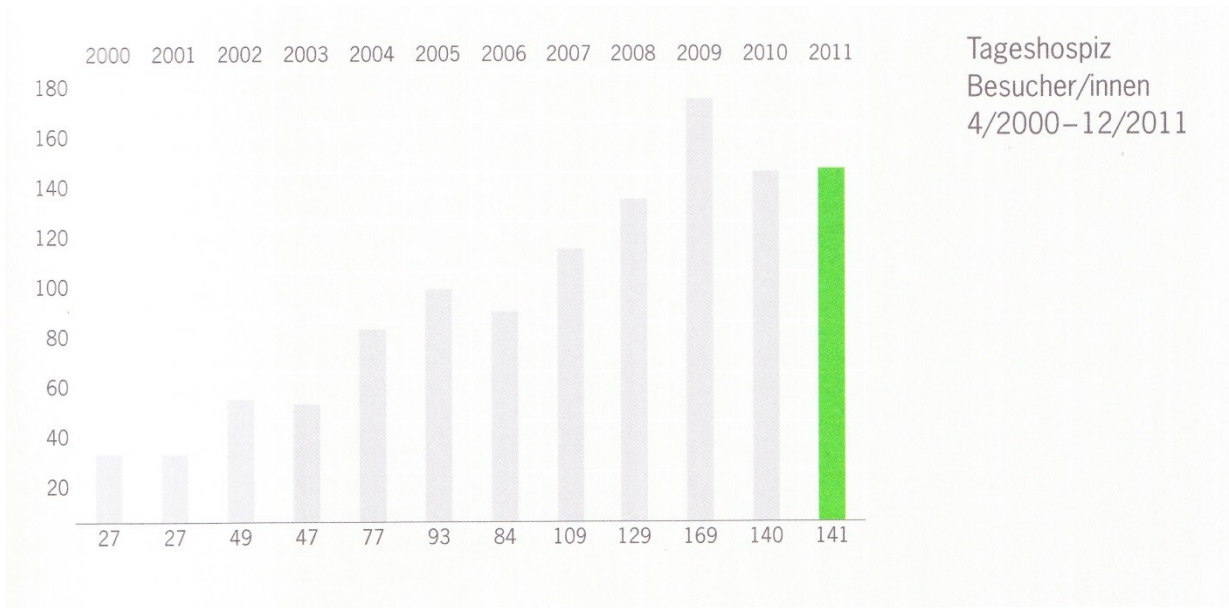
Abbildung 7: Hospiz- und Palliativeinrichtungen Salzburg
(<http://www.palliative.at/index.php/palliative-care-in-salzburg.html> am 23.08.2013)

4.2.1 Tageshospiz

Wenn man hier die Fokussierung auf die Begleitung und Betreuung betroffener Menschen betrachtet, wird ersichtlich, dass die Strukturen ähnlich aufgebaut sind wie jene in der Steiermark.

Das allererste Tageshospiz ganz Österreichs wurde im März 2000 in Salzburg durch die Hospiz-Bewegung Salzburg eröffnet. Dies war der Kleingmainerhof. Diese hatte und hat auch noch immer eine gewisse Vorreiterstellung in ganz Österreich. Die Nachfrage nach diesem Tageshospiz ist von den Jahren 2000 bis 2009 stark angestiegen und ab dem Jahr 2010 war die Nachfrage wieder rückläufig. Man findet jedoch einen stetigen Anstieg der Tagesbesucher vor, welcher in der nachstehenden Grafik ersichtlich wird. Man fand in den Jahren eine mehr als 100%ige Auslastung der zu Betreuenden vor Ort vor. Die Folge dieser Auslastung war, dass die Räumlichkeiten am Kleingmainerhof einfach zu klein wurden und man nach größeren Räumlichkeiten Ausschau hielt. Man konnte hier die Qualität der Betreuung, Beratung und des Gesprächs nicht mehr voll und ganz ausschöpfen. Der Schnitt der Personen die pro Jahr durch das Tageshospiz betreut werden liegt bei 130 bis 170 Patienten und Patientinnen. Im Jahr 2010 wurden 140 Betroffenen betreut, wobei ein Anteil von 33% Männer darstellte, mit einem Durchschnittsalter von 66 Jahren. Die restlichen 67% stellten Frauen dar. Bei den Frauen lag das Durchschnittsalter bei 69 Jahren.

Aktiv genutzt konnte das Tageshospiz im Jahr 2012 von 146 Patienten und Patientinnen werden. Der Anteil an Frauen lag bei 68% mit einem Durchschnittsalter von 66 Jahren und der andere Teil, 32% Männeranteil, hatte ein Durchschnittsalter von 69 Jahren (Vgl. Lebensfreude Nr.1 2013, S.23).



**Abbildung 8: Tageshospiz Besucher und Besucherinnen 2000 bis 2011
(Lebensfreude Nr.4 2012, S.47)**

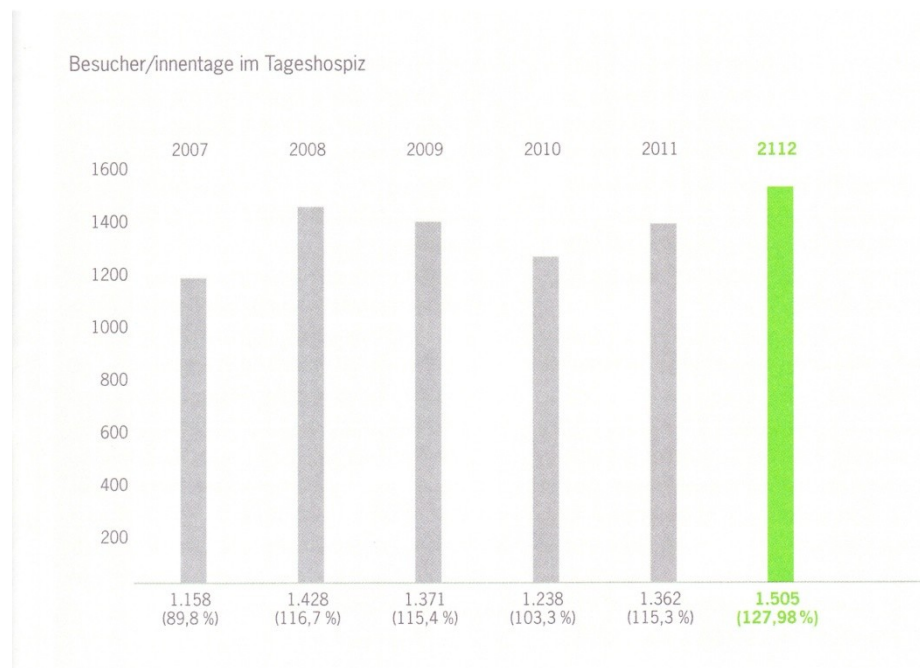


Abbildung 9: Besuchertage Tageshospiz Salzburg (Lebensfreude Nr.4 2012, S.48)

4.2.2 Mobile Palliativteams

Insgesamt bietet das Salzburger System vier unterschiedliche Palliativteams. Mit diesen bestehenden vier Teams kann das Modell der mobilen Hospiz- und Palliativbetreuung sehr umfangreich erfüllt werden. Jedoch benötigt dieses System genauso Unterstützung durch die Politik und zuverlässige und kräftige Kooperationspartner. Jedoch stellen die finanziellen Mittel noch immer den wichtigsten Unterstützungspunkt von mobilen Palliativteams dar. Zu den Unterstützern zählen das Land Salzburg, einige Sozialversicherungsträger sowie vermehrt private Unterstützer und Unterstützerinnen. Durch diese vielseitige Unterstützung ist es überhaupt erst möglich, palliative Betreuung kostenlos anzubieten. Die Verbindung mit und Verstrickung in bestehende Strukturen des Sozial- und Gesundheitssystems wird jedoch immer eine elementare Herausforderung darstellen. Herausforderung deshalb, weil Palliative Care als Ergänzung in vielen einzelnen Bereichen gesehen wird (Vgl. Lebensfreude Nr.2 2010, S.6).

Mittlerweile sind es schon zwanzig Jahre, in welchen betroffene Patienten oder Patientinnen und deren Angehörige auf dieses Angebot der Hilfe von ehrenamtlichen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen, im Bundesland Salzburg, kostenlos zurückgreifen können. Im Jahr 1992 begann die mobile Hospizbewegung in Salzburg ihren Dienst und bereits zwei Jahre später, im Jahr 1994, wurde diese zum eigenständigen Verein weiterentwickelt. Sie stellt in Salzburg den Träger der mobilen Hospizversorgung dar und hat sich zum Ziel gesetzt unterstützend und helfend für Betroffene und deren Angehörige da zu sein. Seit dem Anfang dieses Angebots stehen intensiv geschulte ehrenamtliche Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter den Betroffenen in dieser schweren Lebenssituation zur Seite. Natürlich kann dies kostenfrei in Anspruch genommen werden. Hier wird versucht den Patienten oder Patientinnen und deren Angehörigen die Angst durch Gespräche und ihr Dasein in der Zeit der Trauer und des Sterbens zu lindern. Zusätzlich entlasten sie Angehörige. Wie der Name bereits andeutet findet diese Art der Betreuung zu Hause oder in Alten- und Seniorenheimen, aber auch in Krankenhäusern und Tageshospizen statt. In ganz Salzburg sind über 140 Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter für die Betroffenen da. Allein im Jahr 2010 wurden ungefähr 372 Personen allein durch diese Organisation betreut. Dies geschah durch die derzeit elf mobilen Teams. Meistens geschah dies zu Hause. Der Anteil der Männer belief sich bei 41% und der Frauenanteil bei 59% (Vgl. Palliativ & Hospiz mobil 2011, S.37).

Seit dem Alaufen dieses Projekts wurden über 1200 Betroffene begleitet. Der Prozentanteil der Patienten und Patientinnen, welche die Zeit bis zu ihrem Tod zu Hause verbringen konnten, lag hier bei über 80%. Betrachtet man rückblickend das Jahr 2010 waren es 373 begleitete Personen mit einem Durchschnittsalter von 72 Jahren. Von diesen 373 Personen verstarben 257 während der Betreuung. Der Prozentanteil der Männer beläuft sich auf 46% und der der Frauen auf 54%. Die meisten der betreuten Personen litten an Krebs (Vgl. Palliativ & Hospiz mobil 2011, S. 38).

Die umfangreiche Erweiterung ist in den meisten Abschnitten abgeschlossen. Ein wichtiger Nachteil ist hier noch zu berücksichtigen: die flächendeckende Abdeckung ist zur Zeit nicht möglich, da hierfür größere finanzielle Mittel nötig wären. Aufgrund der geringen finanziellen Mittel sind die Teams in diesem Bereich sehr klein gehalten. Dadurch sieht man, dass der Bedarf da wäre, jedoch können nicht alle Betroffenen, welche auf diese Institutionen zurückgreifen möchten, betreut werden. Die 24 Stunden Erreichbarkeit stellt hier auch ein Problem dar. Zur jetzigen Zeit sieht es so aus, dass sechs Palliativärzte und Palliativärztinnen sowie 16 Pflegekräfte in der mobilen Palliativpflege tätig sind (Vgl. Hospiz & Palliativ mobil 2011, S.38).

4.3 Finanzierung und Personal

4.3.1 Personal

Die Ausbildung im Bereich der Palliativpflege beginnt mit einer Grundausbildung. Diese ist die Voraussetzung dafür, dass ehrenamtliche Hospizbegleiter und Hospizbegleiterinnen diese Tätigkeit durchführen können. Diese Ausbildung ist der Lehrgang für Lebens-, Sterbe- und Trauerbegleitung. Dieser wird zwei Mal im Jahr über das Bildungszentrum St. Virgil durchgeführt. Im Jahr 2012 gab es in zwei Lehrgängen insgesamt 32 Absolventen und Absolventinnen. Zusätzlich zu dieser Grundausbildung gibt es auch einen Aufbaulehrgang mit dem Namen „da sein für Trauernde“. Dieser ist hauptsächlich für Ehrenamtliche, welche bereits in diesem Bereich tätig sind (Vgl. Lebensfreude Nr.1 2013, S.17).

Zum Tätigkeitsfeld der ehrenamtlichen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen gehören Dasein in wichtigen und vor allem kritischen Phasen. Sie leisten psychosoziale Betreuung und Begleitung für schwer kranke und sterbende Menschen. Zu ihren Aufgaben gehören unter

anderem Aufmuntern und Trost spenden. Dies bezieht sich dann eher auf die Familie von betroffenen Patienten oder Patientinnen. Dem Betroffenen nehmen sie Aufgaben im Bereich des alltäglichen Lebens ab. Zu diesen gehören unter anderem Besorgungen zu machen, gemeinsame Spaziergänge, Begleitung bei diversen Untersuchungen und die Begleitung beim Sterben. Die ehrenamtlichen Helfer und Helferinnen dürfen jedoch keine pflegerischen Aufgaben wahrnehmen und durchführen. (Vgl. Pleschberger S. et al., 2005, S.279).

Im Bildungsbereich beteiligt sich die Hospiz-Bewegung im Vorstand der Salzburger Akademie für Palliative Care und im Qualifizierungsverbund sozialer Organisationen Salzburgs, der sich der organisationsübergreifenden Weiterbildung der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen widmet. (Lebensfreude Nr.1 2013, S.21).

Alleine 2012 fanden ungefähr 21.600 Stunden statt, welche durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen gearbeitet wurden. Diese Zahl bezieht sich auf ganz Salzburg. 12.100 Stunden waren der Anteil der direkten Begleitarbeit in diesem Bereich. Derzeit sieht es so aus, dass 185 ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen ungefähr 410 Stunden unbezahlte Arbeit, allein in der Begleitung, verrichten. Vergleicht man diese Zahl mit Vollzeitkräften, dann wären dies umgerechnet 14 Vollzeitkräfte (Vgl. Lebensfreunde Nr.1 2013, S.23).

2012 wurden durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen 343 Patienten und Patientinnen mobil betreut (Vgl. Lebensfreude Nr.1 2013, S.23).

Ehrenamtlich geleistete Stunden						
Hospiz-Initiative	zu Hause	Krankenhaus	Pflegeheim	Tageshospiz	sonstige	Gesamt
Zell am See	294	5	458	-	829	1.586
Saalfelden	174	23	22	-	230	449
Oberpinzgau	107	11	109	-	138	365
Bischofshofen	372	47	126	-	672	1.217
Ennspongau	786	0	76	-	432	1.294
Lungau	262	41	68	-	449	820
Tennengau	394	201	338	-	686	1.619
Flachgau	1.029	189	293	-	1.461	2.972
Salzburg Stadt	781	243	139	-	3.312	4.475
Tageshospiz Kleingmainerhof	-	-	-	5.502	1.272	6.774
Gesamt	4.199	760	1.629	5.502	9.481	21.571

**Abbildung 10: ehrenamtlich geleistet Stunden
(Lebensfreude Nr.1 2013, S.22)**

4.3.2 Finanzierung

Die Veränderungen der Hospiz- Bewegung Salzburg brachte zusätzlich auch einen deutlichen Anstieg des Jahresbudgets mit sich. Eine bildliche Darstellung der letzten Jahre stellt klar, dass ungefähr zehn Jahre, nach dem der Entschließungsantrag durch den Nationalrat durchging, die finanzielle Situation von Palliativinstitutionen noch immer nicht gesichert ist. Die Einnahmen des Vereins Hospiz- Bewegung Salzburg haben sich seit 2000 bis zum Jahr 2011 ungefähr verdreifacht. Im Jahr 2000 lagen die Einnahmen noch bei 218.350 Euro im Bereich des Tageshospizes, waren es 2011 schon 677.800 Euro. Seit dem Jahr 2000 hat sich der Tageszuschuss, welchen das Hospiz durch den Hauptverband erhält, nicht verändert, und liegt mit heutigem Stand weiterhin bei 29,07 Euro. Preisanstiege in bestimmten Bereichen blieben hier unbeachtet (Vgl. Lebensfreude Nr.4 2012, S.56).

Als betriebliche Erträge standen der Hospiz-Bewegung Salzburg 2012 insgesamt 818.900(+21% gegenüber 2011) zur Verfügung, zu einem hohen Anteil durch Eigenerwirtschaftung. Zentrale Säule der Finanzierung des laufenden Betriebes sind Spenden in der Höhe von 326.100 Euro(40%) und Mitgliedsbeiträge in der Höhe von 76.200 Euro(9,5%). Wichtige finanzielle Unterstützung erhält der Verband von der Caritas Erzdiözese Salzburg in Form einer Personalsubvention in der Höhe von 108.500 Euro(13%) (Lebensfreude Nr.1 2013, S.21).

Die Subventionsbeiträge von Stadt und Land Salzburg, SAGES und Gemeinden betragen gesamt 129.900 Euro(15%), dies bedeutet ein Plus von 7,5% gegenüber dem Vorjahr, ab dem Jahr 2013 ist eine deutliche Steigerung der SAGES-Mittel für den erweiterten Betrieb im neuen Gebäude zugesichert. Die Sozialversicherungsträger steuerten für die ärztliche Leistung im Tageshospiz 41.600 Euro bei(5%, die Steigerung des Betrags ist auf die höhere Auslastung zurückzuführen) (Lebensfreude Nr. 1 2013, S. 21).

Alles zusammengefasst beliefen sich allein die Personalkosten auf mehr als die Hälfte(57%) der Gesamtausgaben im Palliativbereich. Diese betragen 454.700 Euro. Allein in Fortbildungen, wie z.B. Supervision, Bildungsarbeit, Seminare und Veranstaltungen wurden 50.800 Euro investiert. 29.700 Euro sind auf die Fahrtspesen von ehrenamtlichen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen zurückzuführen. 22.400 Euro kamen auf für Räume und Betriebskosten (Vgl. Lebensfreude Nr.1 2013, S.22).

Die ehrenamtlich geleistete Arbeit, die nur bezüglich Ausbildungskosten, Einsatzleitung und Begleitung durch Supervision sowie durch Dienstbesprechungen als Kostenfaktor sichtbar ist, bleibt als „Zeitspende“ unberücksichtigt in der Bilanz. Da die geforderte Qualität durch hauptamtliche Einsatzleitung, Dienstbesprechungen und Supervision gewährleistet wird, muss deren Finanzierung nachhaltig abgesichert werden (LebensfreudeNr. 1 2013, S.22).

„Fasst man die Entwicklung der Finanzierung von Hospiz- und Palliativversorgung zusammen, drängt sich ein Bild auf: Hospiz- und Palliativeinrichtungen sind Finanzjongleure, denen es von Jahr zu Jahr aufs Neue gelingen muss, ihre Einrichtungen mit den nötigen Mitteln zu versorgen“ (Lebensfreude Nr.1 2013, S.23).

	2012	2011	2012/2011
Einnahmen	in Euro	in Euro	in %
Kostenbeiträge für Essen	10.368	8.373	123,82
Veranstaltungen	30.428	24.597	123,71
Mitgliedsbeiträge	76.186	69.761	109,21
Kursbeiträge	16.181	21.640	74,77
Beiträge Sozialversicherungsträger	41.646	36.388	114,45
Zuschüsse öffentliche Hand	129.970	120.900	107,50
Caritas - Personalkosten	11.720	18.263	64,18
Caritas - Zuschuss	108.458	105.220	103,08
Spender/Kranzspenden	324.544	261.288	124,21
Bausteinspenden	211.332		
Legat	5.503	181.554	3,03
Sonst. Erlöse	893	970	92,08
Betriebsleistung	967.228	848.953	113,93
Zweckwidmung Gebäude NEU	-148.358	-171.154	86,68
Betriebliche Erträge	818.871	677.799	120,81
Aufwendungen	in Euro	in Euro	in %
Personalaufwand	-454.682	-446.788	101,77
Wareneinkauf	-11.905	-9.918	120,02
Aus- und Fortbildung	-50.756	-49.593	102,34
Veranstaltungskosten	-25.166	-15.258	164,94
Fahrtspesen Ehrenamtliche	-29.714	-22.437	132,43
Mietaufwände	-14.446	-14.469	99,84
Betriebs- und Instandhaltungskosten	-16.597	-10.232	162,21
Büroaufwand	-15.581	-14.675	106,17
Buchhaltungsaufwand	-19.380	-15.126	128,13
Beratungsaufwand Gebäude	-104.505	-29.162	358,37
Werbeaufwand	-113.489	-68.516	165,64
Sonstiges	-29.346	-35.910	81,72
Aufwendungen	-885.566	-732.083	120,97
Finanzerfolg	12.624	19.232	65,64
Jahresergebnis	-54.072	-35.053	154,26

**Abbildung 11: Auflistung Einnahmen und Aufwendungen
(Lebensfreude Nr.1 2013, S.20)**

4.4 Vernetzung der unterschiedlichen Institutionen

Sieht man sich das Salzburger Modell genauer an, kann man eine intensive Zusammenarbeit unter den mobilen Palliativ- und den ehrenamtlichen Hospizteams erkennen. Zusätzlich unterliegen drei der insgesamt vier Palliativteams einer Einsatzleitung und werden von dieser eingeteilt und betreut. Seit Beginn gab es ein enges Miteinander unter den ehrenamtlichen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen in der gesamten Hospiz-Bewegung Salzburg. Die

Einsatzkoordinatorin ist nicht nur für das Palliativteam, sondern auch für alle ehrenamtlichen Hospizmitarbeiter und Hospizmitarbeiterinnen zuständig. Einen ausschlaggebenden Punkt stellt die Vernetzung mit anderen Einrichtungen der Pflege und Betreuung dar. Dies trifft auf mobile Bereiche und auf stationäre Bereiche zu. Zusätzlich wird mit dem jeweiligen Hausarzt oder der jeweiligen Hausärztin der Patientin oder des Patienten kommuniziert (Vgl. Palliativ & Hospiz mobil 2011, S.37).

Neben dem politischen Willen und verlässlichen, starken Kooperationspartnern und Kooperationspartnerinnen braucht es vor allem die Bereitstellung beträchtlicher finanzieller Mittel. Die Landesregierung und die Sozialversicherungsträger, sowie die vielen privaten Unterstützer und Unterstützerinnen haben vieles möglich gemacht. Palliativ- und Hospizbegleitung sollen auch zukünftig kostenlos angeboten und so von allen Betroffenen, unabhängig von ihren sozialen und finanziellen Möglichkeiten, in Anspruch genommen werden (Palliativ & Hospiz mobil 2011, S.37).

Die Hospiz- Bewegung Salzburg ist genauso ein Mitglied des Dachverbandes Hospiz Österreich und dadurch wird die Hospiz-Bewegung Salzburg auch sehr gut in die nationale Entwicklung integriert. Anteil an der Entstehung eines Qualitätshandbuches durch GÖG/ÖBIG hatte die Hospiz-Bewegung Salzburg auch. Veröffentlicht wurde dieses im Dezember 2012 (Vgl. Lebensfreude Nr.1 2013, S.19).

Die bedarfsgerechte Entwicklung der Angebote der Hospiz und Palliativversorgung kann nur durch entsprechende Vernetzung mit anderen Organisationen sichergestellt werden. Besonders bewährt hat sich das Kooperationsmodell der mobilen Palliativ- und Hospizteams mit der Caritas. So wird das enge Miteinander der psychosozialen Begleitung durch ehrenamtliche Hospizbegleiter und Hospizbegleiterinnen mit palliativ ausgebildeten Ärzten und Ärztinnen und Diplompflegerkräften gewährleistet. Gemeinsame Besprechungen auf den Ebenen der Leitung und der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen bringen die Entwicklung weiter voran, daneben sind regionale Vernetzungstreffen wichtig; seien es informelle Treffen zwischen Organisationen in diesem Bereich oder etwa durch die Mitgliedschaft im Gesundheitsnetzwerk Tennengau (Lebensfreude Nr.1 2013, S.21).

5. Ambulante Palliativpflege in Hamburg als Beispiel

5.1 Entwicklung in Hamburg

In Hamburg befindet man sich auf einem guten Weg die Hospiz- und Palliativversorgung auszubauen und zu verbessern. Die Besonderheit ihrer Leistungsangebote und Organisationsformen haben sich in Bezug zu den regelversorgenden Beschaffenheiten herausgebildet. Einen bedeutenden Nachteil gibt es hier jedoch, dadurch werden nämlich die negativen Aspekte, und auch fehlende Dinge in der Betreuung von sterbenden Patienten und Patientinnen mit übernommen. Im stationären Bereich wurde dieses Angebot der Palliativversorgung sehr schnell übernommen und auch von Patienten und Patientinnen angenommen. Jedoch stellt sich heraus, dass es im ambulanten Bereich mit der Integration und Anbindung deutliche Probleme gibt. Diese Probleme beziehen sich meist auf die Integration von ambulant und stationär, beziehungsweise auf den Übergang vom stationären Bereich in den ambulanten Bereich. Hier muss bedacht werden, dass spezialisierte Versorgungsangebote im Bereich der Palliativpflege, trotz der ganze Unterstützungen wie z.B. SAPV, immer nur ein kleiner Teil der betroffenen Patienten und Patientinnen betreut werden kann. Deswegen sollte hier mehr auf regelversorgende Strukturen geachtet werden und, dass diese auch in die Praxis umgesetzt werden, was in Hamburg leider zu selten der Fall ist. Für die Zukunft gesehen muss in diese Richtung noch sehr viel unternommen werden (Vgl. Wegleitner et. al 2009, S.17).

5.2 Einrichtungen und Anlaufstellen

Im Bereich der ambulanten Palliativpflege gibt es acht verschiedene ambulante Hospiz- und Palliativdienste, welche als Anlaufstellen in Hamburg agieren.

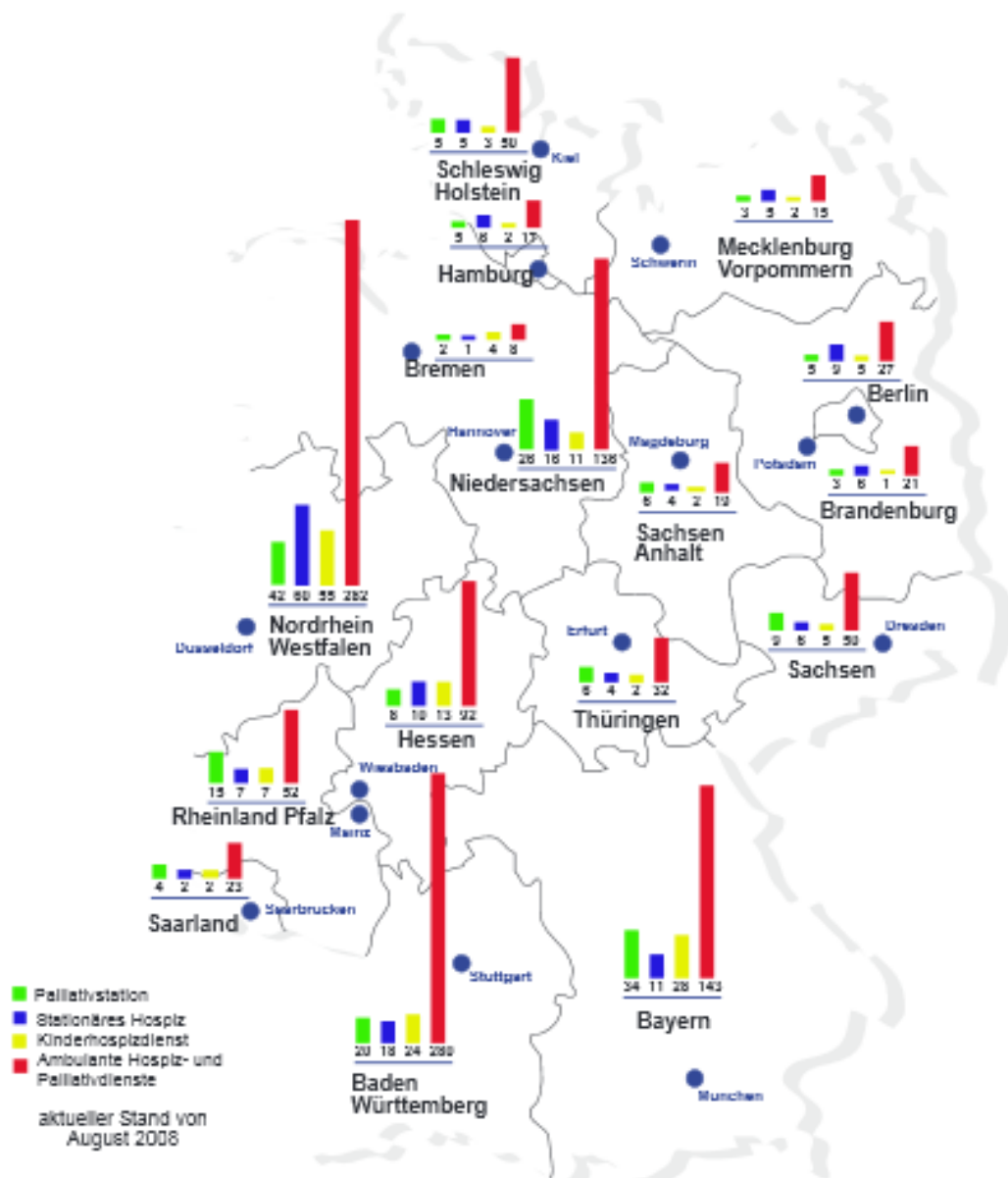


Abbildung 12: Hospiz- und Palliativeinrichtungen Deutschland (wegweiserhospiz.shiftec.de/texte/2008-02uebersichtskarte.pdf am 05.09.2013)

5.2.1 Ambulante Hospizdienste

Die Zahl der ambulanten Hospizdienste beläuft sich in Hamburg auf 16. Dies sind Hospizdienste- und auch –initiativen (Vgl. www.koordinierungsstelle-hospiz.de/index.php?id=84 am 06.09.2013).

Die ehrenamtlichen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen erhalten ihre Kompetenzen durch Schulungen. Zusätzlich erhalten diese in regelmäßigen Abständen Supervision. Von Zeit zu Zeit müssen die ehrenamtlichen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen an Fortbildungen teilnehmen um sich weiterhin für diese Position zu qualifizieren. Die zweckbestimmenden Bildungsmaßnahmen stellen nicht nur eine inhaltliche Grundlage da, sondern dienen zusätzlich zum Schutz vor Stress und Überforderung für Betreuer und Betreuerinnen. Ehrenamtliche Hospizbegleitung ist unbeschrenkt und es fallen hier auch keine Kosten für den Patienten oder die Patientin an (Hospizführer Hamburg 2013, S.30).

5.2.2 Palliativ Care Team

Ein Palliativ Care Team leistet die spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Es ist ein Zusammenschluss von Pflegediensten mit palliativ geschulten Fachkräften und qualifizierten Fachärzten und Fachärztinnen. Weitere Kooperationspartner, wie z.B. Hausärzte und Hausärztinnen oder auch Apotheken und ambulante Hospizdienste, werden verlässlich in die Arbeit einbezogen (www.hamburg.de/hospizarbeit-sterbebegleitung/2283180/ambulante-versorgung.html am 06.09.2013).

5.3 Finanzierung und Personal

5.3.1 Finanzierung

Sei dem gesetzlichen Beschluss am 1. April 2007 gibt es als besonderen Leistungsanspruch die sogenannte „spezialisierte ambulante Palliativversorgung“. Diese wurde im Sozialgesetzbuch V verankert. Von diesem Tag an hat jeder Versicherte und jede Versicherte ein Recht auf die Nutzung dieser neuen Versorgungsform. Das Ziel dieser ist es, dass auch Patienten und

Patientinnen mit einem erhöhten Betreuungsbedarf die Möglichkeit einer Versorgung und Betreuung zu Hause haben (Vgl. www.dhpv.de/themen_sapv.html am 07.09.2013).

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung hat den Nutzen- als Zusatz zur allgemeinen ambulanten Palliativversorgung- und das Ziel, Selbstbestimmung und Lebensqualität der betroffenen Palliativpatienten und Palliativpatientinnen größtmöglich zu erhalten, diese auch zu fördern und eventuell in der letzten Lebensphase auch noch zu verbessern (Vgl. www.dgpalliativmedizin.de/allgemein/sapv.html am 08.09.2013).

Die SAPV(spezialisierte ambulante Palliativversorgung) ist für Palliativpatientinnen und Palliativpatienten und deren Angehörige bestimmt, wenn Komplexität und Intensität aus dem Verlauf der Erkrankung ersichtlich sind und ein spezielles Palliativteam benötigt wird. Dies kann entweder nur übergangsmäßig sein, aber in manchen Fällen kann dies auch längerfristig sein. Den Rahmen für diese Versorgung stellt nur Palliativversorgung dar (Vgl. www.dgpalliativmedizin.de/allgemein/sapv.html am 08.09.2013).

In dieser Betreuung enthalten sind palliativpflegerische aber auch palliativärztliche Auskünfte und die Versorgung, sei es Teilzeit oder Vollzeit. Es gibt hier auch ein auf die betroffene Person abgestimmtes Unterstützungsmanagement sowie die Koordination verschiedener benötigter Versorgungsleistungen (Vgl. www.dgpalliativmedizin.de/allgemein/sapv.html am 08.09.2013).

Das interdisziplinäre Team setzt sich zusammen aus niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen, einem ehrenamtlichen Hospizmitarbeiter oder einer Hospizmitarbeiterin und einem ambulanten Palliativdienst, welcher auf die Situation abgestimmt ist. Mit der Finanzierung der Kosten sieht es folgendermaßen aus: ambulante ärztliche Versorgung erhalten Betroffene durch Krankenkassen. Maximal vier Wochen wird die Krankenpflege, welche vor Ort erscheint, finanziert und auf Anfrage beziehungsweise Antrag gibt es individuelle Entscheidungen, ob ein Patient oder eine Patientin eine ambulante Hospizversorgung benötigen und diese auch durch die Krankenkasse finanziert wird. Für den Betroffenen beziehungsweise die Betroffene ist immer ein bestimmter Eigenanteil zu begleichen. Im Bereich der ehrenamtlichen Betreuung fallen zwar Kosten an, jedoch hat der Betroffene beziehungsweise die Betroffene hier keine Kosten, die zustande kommen würden (Vgl. Hospizführer Hamburg 2013, S.22).

5.3.2 Personal

Es gibt einige Menschen, für welche es den größten Wunsch darstellt, während ihres Ablebens nicht allein zu sein. Ein wichtiges Ziel in der Ausbildung ist hier, dass ehrenamtliche Betreuer und Betreuerinnen mit der Situation umgehen können. Sie müssen die Betroffenen wirklich begleiten, aber auch dazu fähig sein, die letzte Lebensphase solcher Patienten oder Patientinnen mitzugehen und ihnen in dieser Phase auch beizustehen (Vgl. Hospizführer Hamburg 2009, S.28).

Gerade in diesem Bereich sind ehrenamtliche Helfer und Helferinnen sehr wichtig. Es ist wichtig, Betroffene und ihre Angehörige in eine Gemeinschaft mit einzubeziehen. Nur durch die fleißige Mitarbeit Freiwilliger gelingt es, Sterben, Tod und Trauer nicht zu einem Tabuthema zu machen, sondern dieses Thema zu fokussieren (Vgl. Hospizführer Hamburg 2009, S.29).

Es gibt Möglichkeiten der Schulung, Fort- und Weiterbildung.

- *Schulung: Schulungen zur Sterbebegleitung bieten viele Einrichtungen in Hamburg an. Die Angebote richten sich zum einen an Menschen, die sich ehrenamtlich in der ambulanten oder stationären Hospiz- und Palliativarbeit engagieren wollen. Zum anderen sprechen sie auch Interessierte an, die sich mit dem Thema auseinandersetzen und vertraut machen wollen.*
- *Ausbildung zur Trauerbegleiterin beziehungsweise zum Trauerbegleiter: wendet sich an Haupt-, Neben- und Ehrenamtliche in helfenden Tätigkeiten, die sterbende Menschen und/oder trauernde Angehörige bereits begleiten oder zukünftig begleiten wollen.*
- *Für professionelle Pflegefachkräfte in der ambulanten und stationären Krankenpflege und Hospizarbeit gibt es den „Basiskurs Palliative Care“ als qualifizierendes Fortbildungsangebot.*
- *für nicht-pflegende Berufsgruppen, also für Pädagoginnen oder Pädagogen, Sozialpädagogen oder Sozialpädagoginnen etc. wird der „Basiskurs Palliative Care für Nicht- Pflegende angeboten.*
- *Unabhängig von der Berufsgruppe gibt es für die Einsatzleitungen in ambulanten Hospizdiensten zwei weitere Fortbildungsangebote. Zum einen das „Koordinatoren-Modul“, das zur Koordination und Einsatzleitung von ehrenamtlichen Mitarbeitern*

und Mitarbeiterinnen qualifiziert und zum anderen das „Führungskompetenz-Modul“, das zur Leitung eines Hospizdienstes befähigt. (Hospizführer Hamburg 2009, 30).

5.4 Vernetzung der unterschiedlichen Institutionen

Vernetzungen finden hier zwischen ambulanten und stationären Bereich, sowie zwischen mobilen Palliativteams statt. Eine besondere Wichtigkeit stellt hier die Kommunikation mit der Hauskrankenpflege dar. Dies stellt sich deshalb als wichtig heraus, da die Hauskrankenpflege alles Wichtige über den Bedarf an Betreuung und Pflege von Betroffenen wissen muss. Der Grund für Vernetzungen liegt eigentlich auf der Hand. Sie ist dazu da, Verbesserungen von individuellen Versorgungssituationen von Betroffenen und deren Angehörigen zu erleichtern. Schließlich sieht es in der Realität so aus, dass man nur gemeinsam etwas verändern kann. Sprich, es sollte ein Teamwork der Betroffenen, Angehörigen, Fachkräften aber auch Einrichtungen statt finden. Denn nur durch diese Aspekte lässt sich eine gute Unterstützung gerade in der letzten Lebensphase sichern (Vgl. www.koordinierungsstelle-hospiz.de/index.php?id=136 am 10.09.2013).

Im Zuge vielfältiger Vernetzungsaktivitäten haben sich, teilweise mit Unterstützung der Koordinierungsstelle, multiprofessionelle Teams innerhalb von Einrichtungen beziehungsweise einrichtungsübergreifende regionale Netze auf eine Hamburger Region oder das gesamte Stadtgebiet bezogen entwickeln. (www.koordinierungsstelle-hospiz.de/index.php?id=136 am 10.09.2013).

Das wichtigste Ziel von Koordinierungsstellen im Bereich der Hospiz- und Palliativpflege sollte es sein, die bereits gute Versorgung von Patienten oder Patientinnen und deren Angehörigen weiter zu verbessern. Dies ist auch der Grund, weshalb die Koordinierungsstelle Vernetzungen der unterschiedlichen Institutionen zusätzlich fördert und eine Zusammenarbeit mit allgemeinen Krankenhäusern sehr positiv entgegenseht. Um diese Kooperationen zu festigen gibt es in Hamburg Regionalgruppen, Fachzirkel und einen runden Tisch, sozusagen Gremien. Dort findet dann ein reger Austausch zwischen den unterschiedlichen Institutionen statt (Vgl. Hospizführer Hamburg 2013, S.66).

6. Zusammenfassung und Fazit

6.1 Zusammenfassung

Mittlerweile gibt es überall auf der Welt Palliativversorgung. In manchen Ländern hat sich diese schneller weiterentwickelt als in anderen. Als Beispiel in Österreich, Salzburg und Steiermark, und in Deutschland, Hamburg, in einem Vergleich aufgelistet und die Unterschiede in diesen dargestellt. In Österreich gibt es in jedem Bundesland Palliativversorgung. Diese beinhaltet sowohl den stationären als auch den ambulanten Bereich der Palliativpflege. Ersichtlich wird, dass es in jedem dieser Bereiche die gleiche Problematik in den Bereichen Finanzierung, Integration und Kommunikation gibt. Damit dieses System funktionieren kann ist sehr viel Koordinationsarbeit gefragt. Ohne eine gute Koordination würde dieses System kaum funktionieren.

Um schwerkranken und sterbenden Patienten oder Patientinnen und deren Angehörigen die Betreuung zu Hause zu ermöglichen, gibt es bestimmte Voraussetzungen und vor allem auch Grenzen. Daraus ergibt sich folgender Handlungsbedarf: Zur Zeit sieht es so aus, dass die medizinische und pflegerische Versorgung rund um die Uhr nicht gewährleistet ist. Viele Angehörigen sind sehr unsicher, wenn es um das Thema mit der medizinischen Versorgung geht. Deshalb gehört eine Ärztenbreitschaft, welche über den Rahmen des Ärztenotdienstes hinausgeht, unbedingt dazu. Zusätzlich wäre auch eine Pflegebereitschaft rund um die Uhr von Vorteil. Dazu benötigt man jedoch strukturelle Veränderungen im Bereich der mobilen Pflege und der Finanzierung seitens der öffentlichen Verwaltung (Vgl. Pleschberger S. et al., 2005, S.279).

In Österreich gibt es größtenteils keine geregelte Versorgung im Bereich der Palliativpflege. Einzig die Steiermark stellt hier eine Ausnahme da, weil diese aus dem Gesundheitsfonds gefördert wird. Zusätzlich zu dieser Einnahmequelle kommen hier Spenden hinzu. Das Personal besteht meist aus ehrenamtlichen Helfern und Helferinnen, welche allerdings trotzdem eine spezielle Ausbildung für diese Tätigkeit besitzen. Das Problem mit den ehrenamtlichen Mitarbeitern ist, dass sie keine pflegerischen Tätigkeiten und Symptomkontrolle durchführen können beziehungsweise dies auch gar nicht dürfen, da ihnen in diesen Bereichen die fachlichen Kompetenzen fehlen.

Salzburg folgt dann direkt nach der Steiermark. Hier gab es das erste Tageshospiz von ganz Österreich bereits im Jahr 2000. Dieses Angebot wird von Betroffenen so gut

angenommen, dass bereits ausgebaut werden musste. Einzig die Finanzierung stellt hier noch ein Problem dar. Im Gesundheitsfonds ist diese nicht gefestigt. Der Dachverband in Salzburg erhält zwar Unterstützung durch das Land Salzburg jedoch reicht dies bei weitem nicht aus, da die Nachfrage nach solchen Institutionen immer mehr zunimmt.

Am Beispiel Hamburg sieht man, dass es auch Hospizangebote für Betroffene und deren Angehörige gibt. Hier gibt es die SAPV, welche die Finanzierung solcher Institutionen regelt. In Hamburg gibt es eine Koordinierungsstelle (das um und auf im Palliativbereich), welche einen regelmäßigen Austausch der unterschiedlichen Institutionen ermöglicht. Hier ist das Angebot im stationären Bereich jedoch gefestigter als es im ambulanten Bereich anzufinden ist.

6.2 Fazit:

Es gibt einige Merkmale, welche in Deutschland sowie in Österreich gleich sind. Diese wären, dass der Patient oder die Patientin und ihre Angehörigen im Mittelpunkt stehen sollten. Die Mitarbeiter sollten nicht nur aus einer Sparte kommen, sondern auch interdisziplinär handeln. Für mich stellt sich durch diese Arbeit heraus, dass ehrenamtliche Helfer und Helferinnen zwar einen gewissen Beitrag im Bereich der Palliativversorgung leisten, jedoch ist dies meiner Meinung nach nicht ausreichend. Hier würde man Personen brauchen, welche im Bereich der Pflege auch praktisch tätig werden können. Unter anderem sollte eine gute Symptomkontrolle stattfinden, welche durch Ehrenamtliche nicht stattfinden kann. Zusätzlich ist mir aufgefallen, dass es nur in der Steiermark eine geregelte Finanzierung der Palliativversorgung gibt. Denn hier ist es in der Regelfinanzierung integriert.

In einigen Bereichen wird meiner Meinung nach noch zu wenig unterstützt, weil den Betroffenen nicht bewusst ist wie wichtig gerade diese Anlaufstellen für betroffenen Patienten und Patientinnen sind. Wenn man sich mit diesem Thema genauer beschäftigt ist es interessant etwas über die geschichtliche Entwicklung in diesem Bereich zu erfahren. Denn durch diese erkennt man, dass im Bereich der Hospiz- und Palliativpflege schon viel unternommen wurde. Jedoch darf diese Entwicklung auf keinen Fall stehen bleiben, denn dieses Thema wird für uns immer wichtiger werden.

Mir selbst wurde dies auch erst bewusst im Rahmen einer unserer Vorlesungen. Man merkt erst wie wichtig es ist, wenn man darauf hingewiesen wird und auch erkennt, welche Angebote einem zur Verfügung stehen. Nachdem ich diese Arbeit geschrieben habe und mich ausgiebig mit diesem Thema beschäftigt habe, sehe ich wie viel Arbeit dahinter steckt und welche Ressourcen benötigt werden, um betroffenen Patienten oder Patientinnen und ihren Angehörigen die letzte Zeit ihres Lebens zu verschönern und zu erleichtern.

Wichtig ist hier auch, dass sich die Palliativversorgung nicht nur an Patienten im Palliativbereich richtet, sondern auch an chronisch Kranke um ihnen die Schmerzen zu erleichtern. Wenn man die demographische Entwicklung genau betrachtet erkennt man, dass die Palliativversorgung für eine steigende Zahl an alten Patienten und Patientinnen mit komplexeren Bedürfnissen, wie z.B. chronische Schmerzen, immer wichtiger wird. Aufgrund dessen denke ich, dass es wichtig ist die Palliativversorgung noch auszubauen und zu verbessern. Im Bereich der chronisch Kranken sollte man versuchen die Schmerzen der Patienten und Patientinnen zu lindern und ihnen ein, so weit wie möglich, schmerzfreies Leben zu ermöglichen. Bei den Palliativpatienten und Palliativpatientinnen sollte man darauf achten, ihr Leiden zu lindern. Und um dies zu schaffen braucht man, meiner Meinung nach, mehr als nur ehrenamtliche Helfer und Helferinnen, damit den Betroffenen pflegerisch und ärztlich geholfen werden kann, wenn sie nicht mehr dazu in der Lage sind einen Arzt aufzusuchen.

Literaturverzeichnis:

- <http://www.palliativ-portal.de/Zitate> am 10.07.2013
- Bundespressedienst 2002
- <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- Huber G. et. al (2011): Komplementäre Sterbebegleitung, Karl F. Haug Verlag.
- Herrlein P.(2009): Netzwerk und Vernetzung in der Hospiz- und Palliativversorgung, Hospiz Verlag, Wuppertal.
- Nagele S., Feichtner A.(2009): Lehrbuch der Palliativpflege, 2.Auflage, Facultas Verlag, Wien.
- http://www.hospiz.at/pdf_dl/broschuere_hospizgeschichte.pdf am 18.8.2013
- HusebØ, Klaschik (2009): Palliativmedizin, 5.Auflage, Springer Verlag, Heidelberg
- <http://www.palliativbetreuung.at/cms/beitrag/10089962/2885653>
- <http://www.palliativbetreuung.at/cms/beitrag/10088274/2805550/?qu>
- <http://www.ggz.graz.at/ggz/content/view/full/679>
- Hospiz Steiermark(2012): Tätigkeitsbericht 2012
- www.landtag.steiermark.at/cms/beitrag/11399065/58064506/ am 21.08.2013
- <http://www.palliativbetreuung.at/cms/beitrag/10090565/2883767/?qu> am 22.08.2013
- Baumgartner J. (2012): Hospiz- und Palliativführer, 5.Auflage, Styria Print GmbH, Steiermark
- Hospiz-Bewegung Salzburg(2010): Lebensfreude, 2.Ausgabe, DDZ
- Hospiz-Bewegung Salzburg(2013): Lebensfreude, 1.Ausgabe, DDZ
- Hospiz-Bewegung Salzburg(2012): Lebensfreude, 4.Ausgabe, DDZ
- Hospiz-Bewegung Salzburg(2011): Palliativ & Hospiz mobil
- Wegleitner K. et. al (2009): Hamburg am Lebensende, IFF Wien Eigenverlag, Wien
- www.koordinierungstelle-hospiz.de/index.php?id=84 am 06.09.2013
- www.hamburg.de/hospizarbeit-sterbebegleitung/128274/ambulante-hospizdienste.html am 06.09.2013
- Gesundheits- und Verbraucherschutz et. al (2013): Hospizführer Hamburg
- www.hamburg.de/hospizarbeit-sterbebegleitung/2283180/ambulante-versorgung.html am 06.09.2013
- www.dhpfv.de/themen_sapv.html am 07.09.2013

- www.dgpalliativmedizin.de/allgemein/sapv.html am 08.09.2013
- Freie und Hansestadt Hamburg(2009): Hospizführer Hamburg, Karl Bergmann & Sohn KG, Hamburg.
- www.koordinierungsstelle-hospz.de/index.php?id=136 am 10.09.2013
- Nemeth C.(2004): Abgestufte Hospiz und Palliativversorgung.
- Pleschberger S. et. al(2005): Palliativpflege, 2.Auflage, Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien.
- Höfler E.(2001): Die Geschichte der Hospizbewegung in Österreich, Zukunft braucht Vergangenheit

Abbildungsverzeichnis:

Abbildung 1: www.hospiz.at/pdf_dl/Ergebnisse_Datenerhebung_2011.pdf

Abbildung 2: Herrlein P.(2009): Netzwerk und Vernetzung in der Hospiz- und Palliativversorgung, Hospiz Verlag, Wuppertal

Abbildung 3: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen 2004, S.14

Abbildung 4: <http://www.palliativbetreuung.at/cms/beitrag/10088756/2781404/?qu=>
am 20.08.2013

Abbildung 5:

http://www.palliativbetreuung.at/cms/dokumente/10089936_2885801/0805f139/Steiermarkkarte_MPTs_2012.pdf am 20.08.2013

Abbildung 6: Hospiz-Bewegung Salzburg(2012): Lebensfreude, 4.Ausgabe, DDZ

Abbildung 7: <http://www.palliative.at/index.php/palliative-care-in-salzburg.html> am
23.08.2013

Abbildung 8: Hospiz-Bewegung Salzburg(2012): Lebensfreude, 4.Ausgabe, DDZ

Abbildung 9: Hospiz-Bewegung Salzburg(2012): Lebensfreude, 4.Ausgabe, DDZ

Abbildung 10: Hospiz-Bewegung Salzburg(2013): Lebensfreude, 1.Ausgabe, DDZ

Abbildung 11: Hospiz-Bewegung Salzburg(2013): Lebensfreude, 1.Ausgabe, DDZ

Abbildung 12: wegweiserhospiz.shiffttec.de/texte/2008-02uebersichtskarte.pdf am
05.09.2013

Tabellenverzeichnis:

Tabelle 2: www.landtag.steiermark.at/cms/beitrag/11399065/58064506/ am 21.02.2013