

HOSPIZ- UND PALLIATIVE CARE IN ÖSTERREICH 2020

**DATENBERICHT DER SPEZIALISIERTEN HOSPIZ- UND
PALLIATIVEINRICHTUNGEN, DER BILDUNGSARBEIT
SOWIE DER PROJEKTE IN DER GRUNDVERSORGUNG**

Mag.^a Leena Pelttari, MSc (Palliative Care)
Mag.^a Anna H. Pissarek
Mag.^a Claudia Nemeth
Natascha Slezak

Mit freundlicher Unterstützung der
WIENER STÄDTISCHEN
Versicherung AG Vienna
Insurance Group

INHALTS VERZEICHNIS

Vorwort.....	5	3. EHREN- UND HAUPTAMTLICHE MITARBEITERINNEN 2020	23
ABGESTUFTE HOSPIZ- UND PALLIATIVVERSORGUNG FÜR ERWACHSENE	6	3.1. Anzahl ehrenamtliche Mitarbeiter*innen	23
1. HOSPIZ- UND PALLIATIVEINRICHTUNGEN FÜR ERWACHSENE IN ÖSTERREICH 2020	9	3.2. Zeitaufwand ehrenamtlicher Mitarbeiter*innen	24
1.1. Anzahl Hospiz- und Palliativeinrichtungen für Erwachsene in Österreich	9	3.3. Anzahl der hauptamtlichen Mitarbeiter*innen (VZÄ)	25
1.2. Anzahl Hospizteams	10	3.4. Anzahl der hauptamtlichen Mitarbeiter*innen (Personen, Mehrfachnennungen)	25
1.3. Anzahl Palliativkonsiliardienste	10	3.5. Hauptamtliche Mitarbeiter*innen nach Berufsgruppen	26
1.4. Mobile Palliativteams: Anzahl und Personalausstattung	11	3.6. Personalstruktur (VZÄ) in den Hospiz- und Palliativeinrichtungen	26
1.5. Anzahl Palliativstationen und Palliativeinheiten	12	3.7. Mobile Palliativteams – Honorarkräfte nach Berufsgruppen	27
1.6. Anzahl Stationäre Hospize	12	4. HOSPIZ- UND PALLIATIVEINRICHTUNGEN FÜR ERWACHSENE IM 3-JAHRES-VERGLEICH 2018–2020	28
1.7. Anzahl Tageshospize	13	4.1. Entwicklung 2018–2020 pro Einrichtungsart	28
2. HOSPIZ- UND PALLIATIVBETREUUNG FÜR ERWACHSENE 2020	14	4.2. Betreute/Begleitete Patient*innen 2018–2020	29
2.1. Anzahl Hospiz- und Palliativbetten	14	4.3. Hauptort der Begleitung von Hospizteams 2018 – 2020	30
2.2. Anzahl der betreuten Patient*innen (Mehrfachnennungen)	15	4.4. Hauptort der Betreuung von Mobilien Palliativteams 2018–2020	31
2.3. Betreuen und Begleiten von Angehörigen	15	4.5. Ehrenamtliche Mitarbeiter*innen 2018–2020	32
2.4. Durchschnittsalter der betreuten Patient*innen	16	4.6. Hauptamtliche Mitarbeiter*innen (VZÄ) 2018–2020	33
2.5. Geschlechterverteilung der Patient*innen	16	4.7. Hauptamtliche Mitarbeiter*innen (Personen) 2018–2020	34
2.6. Erkrankungen der Palliativpatient*innen	17	4.8. Entwicklung der Hospiz- und Palliativeinrichtungen in Österreich 1989–2020	35
2.7. Verstorbene – entlassene – am 31.12. in Betreuung befindliche Patient*innen	18		
2.8. Haus-, Konsil- und Patient*innenbesuche	19		
2.9. Hauptort der Betreuung	20		
2.10. Sterbeort von Patient*innen	21		
2.11. Trauergruppen	22		
2.12. Trauerbegleitungen durch Hospizteams	22		

ABGESTUFTE PÄDIATRISCHE HOSPIZ- UND PALLIATIVVERSORGUNG	36
1. HOSPIZ- UND PALLIATIVEINRICHTUNGEN FÜR KINDER, JUGENDLICHE UND JUNGE ERWACHSENE IN ÖSTERREICH 2020	39
1.1. Anzahl pädiatrische Hospiz- und Palliativeinrichtungen in Österreich	39
1.2. Anzahl pädiatrische Hospiz- und Palliativeinrichtungen in Österreich nach Bundesländern	40
2. PÄDIATRISCHE HOSPIZ- UND PALLIATIVBETREUUNG 2020	41
2.1. Anzahl der betreuten Patient*innen (Mehrfachnennungen)	41
2.2. Anzahl der betreuten Patient*innen in den Bundesländern (Mehrfachnennungen)	42
2.3. Anzahl der betreuten Personen	43
2.4. Status der Betreuungen	44
2.5. Beendigung der Betreuungen	45
2.6. Erkrankungen und Alter der Patient*innen	46
2.7. Respiratorische Symptomatiken der Patient*innen	48
2.8. Hauptort der Betreuung	49
2.9. Sterbeort von Patient*innen	49
2.10. Tätigkeit im mobilen Bereich	50
2.11. Weitere Tätigkeiten	51
3. EHREN- UND HAUPTAMTLICHE MITARBEITER*INNEN 2020	52
3.1. Anzahl ehrenamtliche Mitarbeiter*innen	52
3.2. Zeitaufwand ehrenamtlicher Mitarbeiter*innen	53
3.3. Hauptamtliche Mitarbeiter*innen (VZÄ)	53

4. HOSPIZ- UND PALLIATIV-EINRICHTUNGEN FÜR KINDER, JUGENDLICHE UND JUNGE ERWACHSENE IM 3-JAHRES-VERGLEICH 2018 – 2020	54
4.1. Entwicklung 2018-2020 pro Einrichtungsart	54
4.2. Betreute Patient*innen 2018-2020	55
4.3. Tätigkeiten der Kinder-Hospizteams 2018-2020	56
4.4. Tätigkeiten der Mobilen Kinder-Palliativteams 2018-2020	56
4.5. Ehrenamtliche Mitarbeiter*innen 2018-2020	57
4.6. Hauptamtliche Mitarbeiter*innen (VZÄ) 2018-2020	57
4.7. Entwicklung der pädiatrischen Hospiz- und Palliativeinrichtungen 2015-2020	58
WEITERBILDUNG IN HOSPIZ & PALLIATIVE CARE	59
1. BEFÄHIGUNGSKURSE FÜR EHRENAMTLICHE MITARBEITER*INNEN 2020	61
1.1. Befähigung zur Lebens-, Sterbe- und Trauerbegleitung Erwachsener	61
1.2. Befähigung zur Hospizbegleitung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen	64
1.3. Befähigung zur Trauerbegleitung	67
2. DER UNIVERSITÄTSLEHRGANG PALLIATIVE CARE 2020 ..	70
2.1. Interprofessionelle Palliativ-Basislehrgänge (Level I)	71
2.2. Fachspezifische Vertiefungslehrgänge (Level II)	75
2.3. Interprofessioneller Aufbaulehrgang mit abschließender akademischer Graduierung (Level III)	75

HOSPIZKULTUR UND PALLIATIVE CARE IN EINRICHTUNGEN DER GRUNDVERSORGUNG	77
1. HPCPH (HOSPIZKULTUR UND PALLIATIVE CARE IN ALTEN- UND PFLEGEHEIMEN) 2009-2019	78
1.1. HPCPH Heime, nach Bundesland (abgeschlossen und im Prozess): 187 Heime	79
1.2. HPCPH Heime, die den VSD Vorsorgedialog anbieten: 55 Heime	79
1.3. Workshops Palliative Geriatrie in HPCPH: 560 Workshops	80
2. HPC MOBIL (HOSPIZKULTUR UND PALLIATIVE CARE IN DER MOBILEN PFLEGE UND BETREUUNG ZU HAUSE) BZW. HIZ (HAUSKRANKENPFLEGE IM ZENTRUM) 2015-2019	81
2.1. Teilnehmende Träger/Krankenpflegevereine nach Bundesland	82
2.2. Teilnehmende Mitarbeitende im Projekt HPC Mobil/ HiZ	82
2.3. WS HPC Mobil / HiZ: 140 Workshops	83

HOSPIZ ÖSTERREICH Dachverband von Palliativ- und Hospizeinrichtungen



VORWORT

HOSPIZ ÖSTERREICH, der Dachverband von rund 360 Hospiz- und Palliativeinrichtungen für Erwachsene und 32 Hospiz- und Palliativeinrichtungen für Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene und deren Familien, führt seit 2005 jährlich eine bundesweite Datenerhebung bei allen spezialisierten Hospiz- und Palliativeinrichtungen für Erwachsene und seit 2014 auch für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in Österreich durch. Damit will HOSPIZ ÖSTERREICH die geleistete Arbeit der haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen sichtbar machen mit dem Ziel, die Verwirklichung einer abgestuften flächendeckenden Hospiz- und Palliativversorgung - für alle erreichbar, leistbar und zugänglich - konsequent verfolgen zu können. Es werden strukturelle Parameter und ausgewählte Kernleistungen der Einrichtungen erhoben und dargestellt.

Darüber hinaus erhebt HOSPIZ ÖSTERREICH Daten zur Bildungsarbeit in Hospiz & Palliative Care sowie zu Projekten der Grundversorgung.

Mit besten Grüßen

Waltraud Klasnic
Präsidentin

Leena Pelttari
Geschäftsführerin

Anna H. Pissarek
Projektleitung

Claudia Nemeth
Projektleitung Kinderhospiz

Natascha Slezak
Auswertung

Die gute Qualität der Daten ist nur möglich, weil unzählige Menschen zusammenarbeiten. Dank des großen Engagements aller Beteiligten konnte diese Qualität und Zusammenarbeit auch während der außergewöhnlichen und herausfordernden Zeit der COVID-19-Pandemie erhalten werden.

An erster Stelle möchten wir allen Mitarbeiter*innen herzlich danken, die täglich Schwerkranken und Sterbende sowie ihre Angehörigen liebevoll und kompetent betreuen und begleiten und sich zugleich die Mühe machen, das Getane sorgfältig zu dokumentieren, sei es in hauptamtlicher oder ehrenamtlicher Funktion.

Weiters sei all jenen gedankt, die diese Aufzeichnungen weiter verarbeiten, den Controlling- und IT Abteilungen einzelner Institutionen, den Verantwortlichen in den Geschäftsstellen der landeskoordinierenden Hospiz- und Palliativorganisationen und jenen, die die Daten in die Datenbank von HOSPIZ

ÖSTERREICH eingeben und für die Richtigkeit der jeweiligen Bundesländerdaten verantwortlich sind. Ebenso danken wir unseren Kolleginnen Sabine Tiefnig für die Daten zum Unilehrgang sowie Maria Eibel und Sigrid Beyer für die Daten zu den Projekten der Grundversorgung. Die österreichweite Datenerhebung ist international gesehen eine Besonderheit und wir sind mit diesen umfangreichen Daten international in einer Vorreiterrolle.

Ein herzliches Dankeschön auch an die WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG Vienna Insurance Group für die Unterstützung der österreichweiten Datenerhebung!

Es freut uns sehr, die detaillierten Daten aus der Datenerhebung 2020 im Folgenden darstellen zu können.

Das Studieren der Daten soll Ihnen viel Freude bereiten!

ABGESTUFTE HOSPIZ- UND PALLIATIVVERSORGUNG FÜR ERWACHSENE

	„Einfache“ Situationen	Komplexere Situationen, schwierigere Fragestellungen		
	Grundversorgung	Unterstützende Angebote		Betreuende Angebote
Akutbereich	Krankenhäuser	Hospiz- teams	Palliativ- konsiliardienste	Palliativ- stationen
Langzeitbereich	Alten- und Pflegeheime		Mobile Palliativteams	stationäre Hospize
Familienbereich, Zuhause	Niedergelassene (Fach)-Ärztenschaft, mobile Dienste, Therapeutinnen/ Therapeuten			Tageshospize

Das Konzept der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene wurde 2004 von GÖG/ÖBIG im Auftrag des Gesundheitsministeriums gemeinsam mit Expert*innen des Dachverbandes Hospiz Österreich und der Österreichischen Palliativgesellschaft entwickelt und 2006 von Bund, Ländern, Sozialversicherungen und Ärztekammer bestätigt. 2014 wurden Bedarfszahlen und Qualitätskriterien aktualisiert. Das Modell der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung soll sicher stellen, dass "die richtigen Patient*innen zur richtigen Zeit am richtigen Ort" betreut werden.

Grundversorgung

In allen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens soll eine palliative Grundversorgung stattfinden. Das bedingt eine entsprechende Integration von Hospiz und Palliative Care in die Ausbildung. Zwei aktuelle Projekte des Dachverbandes Hospiz Österreich haben die Integration von Hospiz und Palliative Care in Pflegeheime und die mobile Pflege und Betreuung zu Hause zum Ziel.

Spezialisierte Versorgung

Die spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung kann darüber hinaus auf komplexere Situationen und schwierigere Fragestellungen eingehen.

SPEZIALISIERTE HOSPIZ- UND PALLIATIVVERSORGUNG FÜR ERWACHSENE

Definitionen der einzelnen Organisationsformen nach GÖG/ÖBIG

Palliativstation

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

Stationäres Hospiz

Das stationäre Hospiz ist eine Einrichtung mit einer eigenen Organisationsstruktur, die einer stationären Pflegeeinrichtung zugeordnet sein kann. Es werden Palliativpatient*innen in der letzten Lebensphase betreut, bei denen eine Behandlung im Akutkrankenhaus nicht erforderlich und eine Betreuung zu Hause oder in einem Pflegeheim nicht mehr möglich ist. Ein multiprofessionell zusammengesetztes Team kümmert sich in einem ganzheitlichen Ansatz um die Patient*innen und deren Angehörige.

Tageshospiz

Das Tageshospiz bietet Palliativpatient*innen die Möglichkeit, tagsüber außerhalb ihrer gewohnten Umgebung an verschiedenen Aktivitäten teilzuhaben. Es bietet Behandlung, Beratung und Begleitung durch ein multiprofessionelles Team mit Unterstützung durch ehrenamtlich Tätige. Zusätzliche psychosoziale und therapeutische Angebote dienen dazu, den Tag zu gestalten und die Gemeinschaft gleichermaßen Betroffener zu erleben.

Palliativkonsiliardienst

Der Palliativkonsiliardienst wird von einem multiprofessionell zusammengesetzten Team im Krankenhaus gebildet und wendet sich in erster Linie an das betreuende ärztliche Personal und Pflegepersonen in den Stationen und in den Ambulanzen, erst in zweiter Linie an die Patient*innen und deren Angehörige. Der Dienst ist beratend tätig und bietet seine Erfahrung in Schmerztherapie, Symptomkontrolle, ganzheitlicher Pflege und psychosozialer Begleitung an. Entscheidungen über die durchzuführenden Maßnahmen und deren Umsetzung obliegen dem betreuenden ärztlichen Personal und den Mitarbeiter*innen.

Mobiles Palliativteam

Das mobile Palliativteam ist ein multiprofessionell zusammengesetztes Team, das sich in erster Linie an die Betreuenden zu Hause und im Heim wendet (z. B. ärztliches Personal, Pflegepersonen, Physiotherapeut*innen, Angehörige). Es ist beratend und anleitend tätig und bietet seine Erfahrung in Schmerztherapie, Symptomkontrolle, Palliativpflege und psychosozialer Begleitung an. Die Beratung durch das Palliativteam kann auch von der Patientin/vom Patienten selbst in Anspruch genommen werden. In Absprache mit den Betreuenden kann auch eine gezielte Einbindung in die Pflege und Betreuung erfolgen.

Hospizteam

Das Hospizteam besteht aus qualifizierten ehrenamtlichen Hospizbegleiter*innen und mindestens einer hauptamtlichen koordinierenden Fachkraft. Es bietet Palliativpatient*innen und Angehörigen mitmenschliche Begleitung und Beratung in der Zeit der Krankheit, des Schmerzes, des Abschieds und der Trauer. Das mobile Hospizteam versteht sich als Teil eines umfassenden Betreuungsnetzwerkes und arbeitet eng mit anderen Fachdiensten in der palliativen Versorgung zusammen.

Definitionen nach Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) – Geschäftsbereich Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheit (ÖBIG) 2006

Im Folgenden verwendete Abkürzungen:

AKH	Allgemeines Krankenhaus
EG	Erfassungsgrad (d.h. Anteil an Einrichtungen, die Rückmeldungen übermittelt haben)
KH	Krankenhaus
LKH	Landeskrankenhaus
MPT	Mobiles Palliativteam
PKD	Palliativkonsiliardienst
VZÄ	Vollzeitäquivalent(e)

COVID-19 UND DIE DAMIT VERBUNDENEN AUSWIRKUNGEN AUF DIE DATENERHEBUNG ZUR SPEZIALISIERTEN HOSPIZ- UND PALLIATIVVERSORGUNG FÜR ERWACHSENE

Die im März 2020 aufgetretene COVID-19-Pandemie sowie die damit verbundenen Auswirkungen und Einschränkungen haben die Arbeit der spezialisierten Hospiz- und Palliativeinrichtungen und damit auch die Datenerhebung des Dachverbands Hospiz Österreich beeinflusst.

Zu Beginn der Pandemie mussten die persönlichen Kontakte in allen Bereichen auf ein Minimum reduziert werden. Dies hat insbesondere dazu geführt, dass die ehrenamtlichen Hospizteams keine persönlichen Begleitungen mehr durchführen konnten. Auch die Mobilien Palliativteams und Tageshospize waren davon in unterschiedlich starkem Ausmaß betroffen. Im Laufe der Zeit wurden verschiedene kreative Möglichkeiten entwickelt, eine persönliche Weiterbegleitung und -betreuung der Betroffenen zu ermöglichen sowie die Betreuungen und Begleitungen auf anderen, digitalen Wegen fortzusetzen.

Durch die unterschiedlichen Maßnahmen der Landesregierungen wurden die Betreuungen und Begleitungen in den Bundesländern nach Ende der Kontaktbeschränkungen teilweise sehr unterschiedlich wieder aufgenommen. Einige Maßnahmen sind nachhaltig in die Betreuungsmethoden und Strukturen übergegangen. Dazu zählen insbesondere (vermehrte) telefonische Beratungen, die verstärkt digitale Kommunikation der Mitarbeiter*innen insbesondere in den mobilen Einrichtungen

sowie neu entwickelte Möglichkeiten zur Trauerbegleitung ohne physischen Kontakt.

Bei den Palliativstationen und Palliativkonsiliardiensten stellten besonders die Besuche durch Angehörige und die Entlassung der Patient*innen in eine andere Einrichtung (Stationäres Hospiz, Pflegeheim etc.) oder nach Hause eine besondere Herausforderung dar. Zudem war ein Einfluss auf die Aufenthaltsdauer von Patient*innen in stationären Einrichtungen spürbar.

Auf Tageshospize hatte die Pandemie österreichweit ganz unterschiedliche Auswirkungen. Teilweise wurden in Tageshospizen vermehrt Leistungen erbracht, die vormals ambulant in Krankenhäusern erbracht wurden. Es kam in diesen Fällen zu einer Verlagerung der Betreuung in die spezialisierte Versorgung zum Schutz der Risikogruppe. Teilweise mussten Tageshospize ihre Angebote einschränken bzw. in der Zeit des Lockdowns ihre Türen vorübergehend schließen.

In den Ergebnissen der Datenerhebung sind die Auswirkungen und Entwicklungen nur teilweise sichtbar. Einerseits liegt dies daran, dass die Daten auf österreichweiter Ebene ausgewertet werden, wodurch sich unterschiedliche Entwicklungen einzelner Bundesländer bzw. einzelner Einrichtungen innerhalb der Bundesländer gegenseitig aufheben. Andererseits konnten

durch die unterschiedlichen neuen Betreuungs- bzw. Begleitungsmethoden die Betroffenen weiterhin gut unterstützt werden, sodass die Gesamtanzahl der Patient*innen insbesondere im palliativen Bereich kaum zurückgegangen ist, auch wenn sich der Kontakt zu den Patient*innen und ihren An- und Zugehörigen verändert hat. Insbesondere in denjenigen Einrichtungen, die ihre Leistungen teilweise aussetzen mussten (wie bspw. den Hospizteams) kam es zu einer Verschiebung des Leistungsspektrums, die in der Datenerhebung nicht zur Gänze abgebildet werden kann.

Auch im Ablauf der aktuellen Datenerhebung war die COVID-19-Pandemie spürbar.

Die Ergebnisse zeigen daher deutlich, dass die Hospiz- und Palliativeinrichtungen durch ihre Anpassungsfähigkeit gut mit neuen Gesamtumständen zurechtkommen und der Zugang der Patient*innen und ihrer An- und Zugehörigen zur spezialisierten Versorgung durch außergewöhnliche Umstände trotz allen Herausforderungen ermöglicht werden konnte.

HOSPIZ- UND PALLIATIV- EINRICHTUNGEN FÜR ERWACHSENE IN ÖSTERREICH 2020

1.1. Anzahl Hospiz- und Palliativeinrichtungen für Erwachsene in Österreich

Im Jahr 2020 waren in Österreich 357 spezialisierte Hospiz- und Palliativeinrichtungen für Erwachsene tätig. Bei den Hospizteams wurden zwei neu gegründet und eines aufgelöst. Weiters wurden im Jahr 2020 ein neues Tageshospiz (Salzburg) und ein neues Stationäres Hospiz (Wien) erfasst.

Rückfragen zu den Daten für Erwachsene –
Natascha Slezak, natascha.slezak@hospiz.at

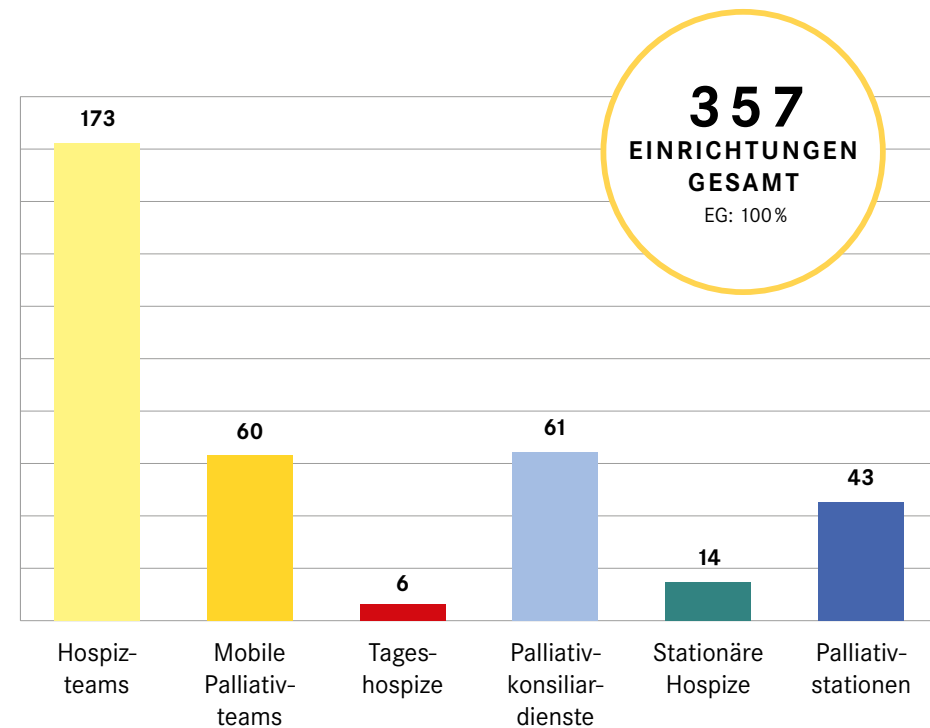


Abb. 1: Anzahl der Hospiz- und Palliativeinrichtungen Österreichs für Erwachsene 2020

1.2. Anzahl Hospizteams

2020 waren 173 Hospizteams in Österreich im Einsatz. Zwei Hospizteams wurden neu gegründet (Tirol und Kärnten), eines löste sich auf (Tirol).

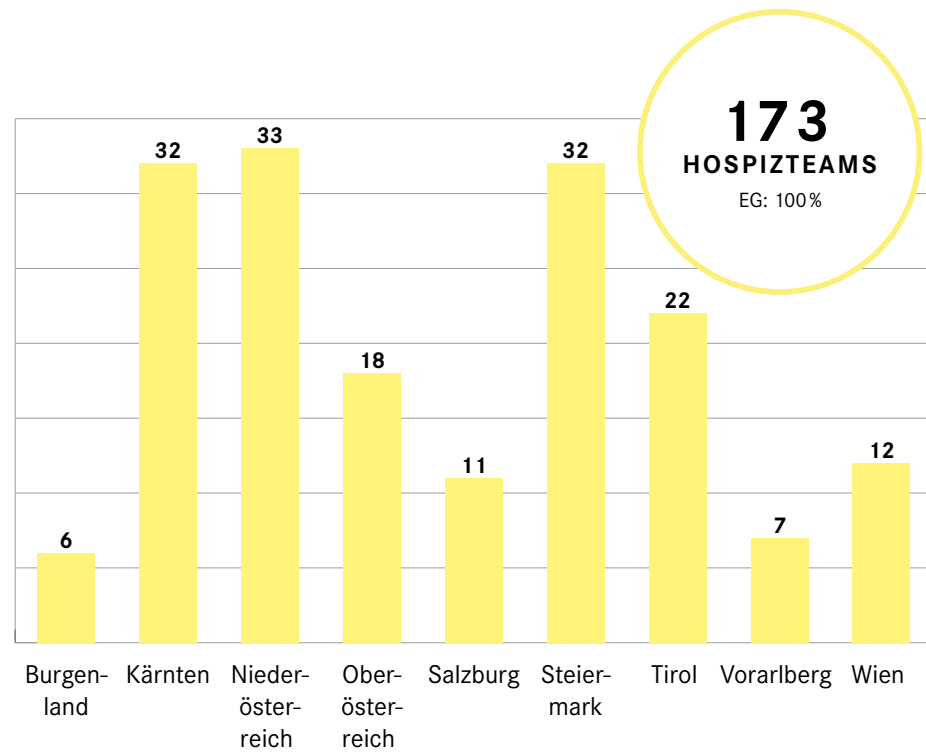


Abb. 2: Ehrenamtliche Hospizteams in Österreich, Stand 2020

1.3. Anzahl Palliativkonsiliardienste

In Österreich waren Ende 2020 insgesamt 61 Palliativkonsiliardienste (PKD) tätig. Bezogen auf die Organisationsstruktur eines PKD werden drei Formen unterschieden: ein alleinstehender PKD in einem KH, ein kombiniertes MPT/PKD Team, ein PKD in Verbindung mit einer Palliativstation. Die kombinierten PKD/MPT überwiegen in NÖ, der Steiermark und Tirol. Man kann davon ausgehen, dass über die hier abgebildeten PKD hinaus palliativkonsiliarähnliche Dienste in weiteren Krankenhäusern zur Verfügung stehen, in unterschiedlichen Formen.

*) In Kärnten werden die Fondskrankenanstalten von den bestehenden Mobilien Palliativteams bei Bedarf mitversorgt.

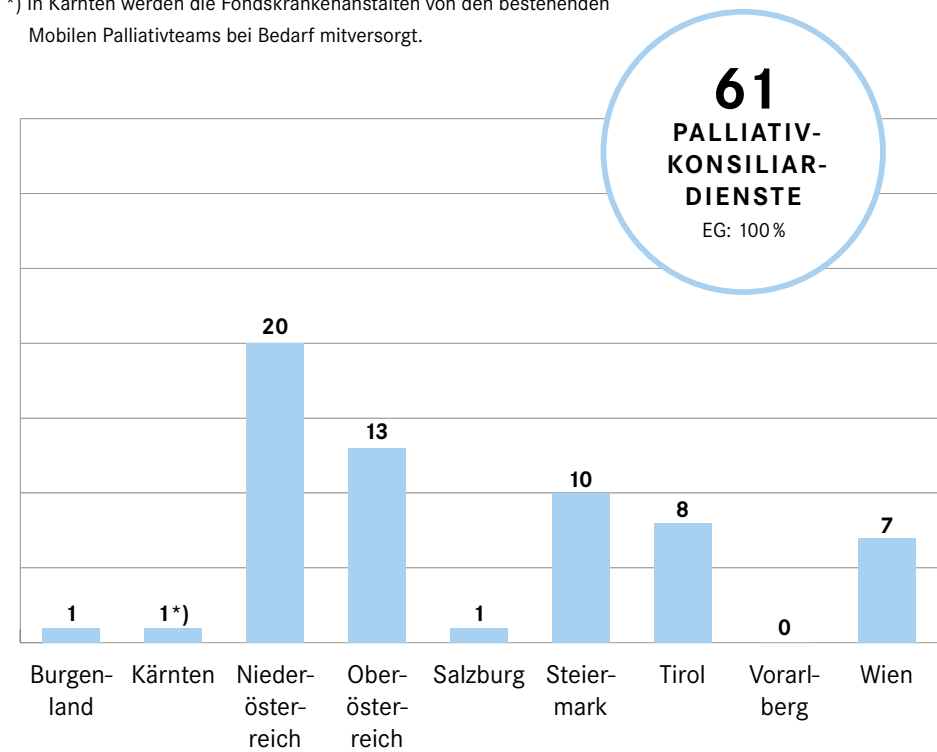


Abb. 3: Palliativkonsiliardienste in Österreich, Stand 31.12.2020

1.4. Mobile Palliativteams: Anzahl und Personalausstattung

Mobile Palliativteams unterstützen mit ihrer Fachkompetenz und Haltung die Betreuung zu Hause bis zuletzt, manchmal auch in Pflegeheimen.

Mit Ende 2020 waren 60 Mobile Palliativteams (MPT) in Österreich tätig, davon einige als kombinierte MPT/PKD Teams (vgl. 1.3.). Da bei MPT's die Personalausstattung oft mehr über die Versorgungskapazität aussagt als die

Anzahl der Teams, wurden die Vollzeitäquivalente (1 VZÄ = 40 Wochenstunden) und die Anzahl der Jahresstunden von Honorarkräften, die in einigen MPT's tätig sind, mit abgebildet.

Abb. 25 im Abschnitt 3.7. zeigt, welche Berufsgruppen mit wie vielen Stunden und Personen als Honorarkräfte tätig sind.

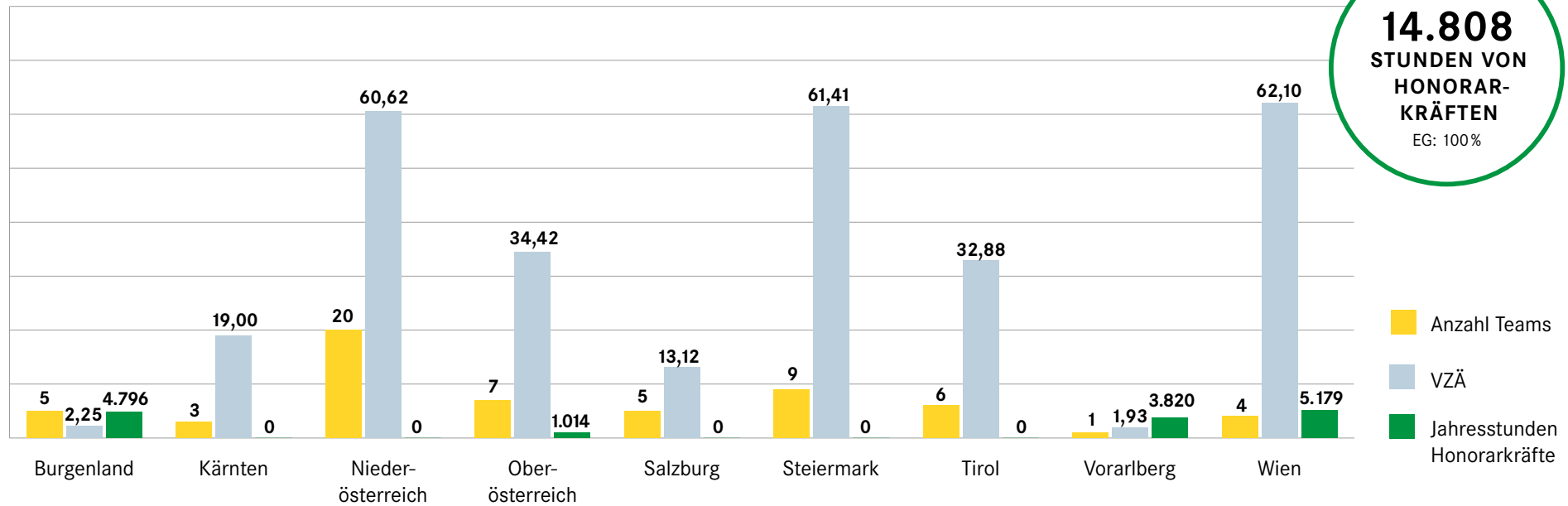


Abb. 4: Mobile Palliativteams in Österreich, Stand 31.12.2020

1.5. Anzahl Palliativstationen und Palliativeinheiten

In Österreich gab es Ende 2020 insgesamt 43 Palliativstationen¹ bzw. Palliativeinheiten. Palliativeinheiten sind Teil einer größeren Station (z.B. Onkologie, Interne).

¹ Zur Definition von Palliativstation vgl. Seite 7

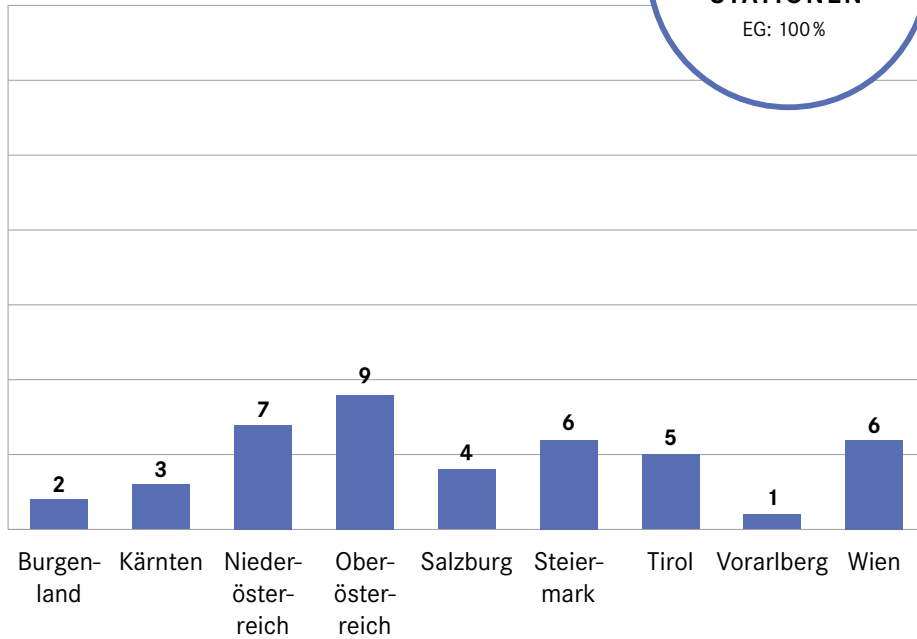
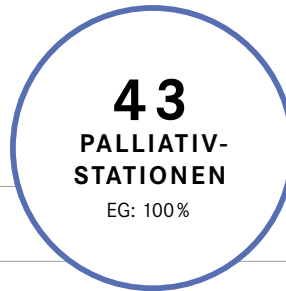


Abb. 5: Palliativstationen/-einheiten in Österreich, Stand 31.12.2020

1.6. Anzahl Stationäre Hospize

In Österreich gab es im Jahr 2020 insgesamt 14 Stationäre Hospize. Das neue Stationäre Hospiz befindet sich in Wien und verfügt über 8 Betten. Bei Stationären Hospizen bedarf es nach wie vor dringend des weiteren Ausbaus.

*) Bei den drei Einrichtungen in Graz handelt es sich um das Albert Schweitzer Hospiz mit 12 Betten, das VinziHospiz mit 2 Betten für Bewohner*innen des VinziDorfes (für obdachlose Menschen) und als Pilotprojekt für drei Jahre das St. Elisabeth Hospiz im KH der Elisabethinen mit 2 Betten.

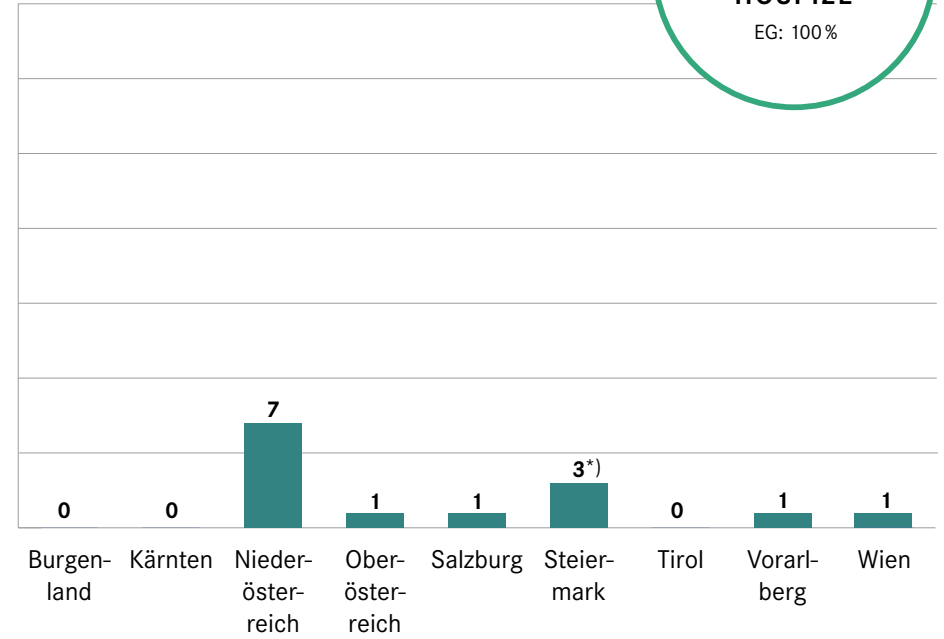
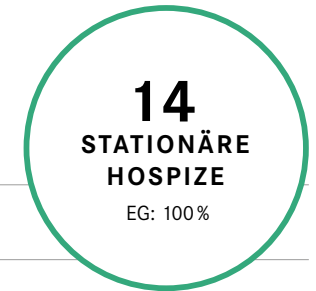


Abb. 6: Stationäre Hospize in Österreich, Stand 31.12.2020

1.7. Anzahl Tageshospize

In Österreich gab es im Jahr 2020 insgesamt 6 Tageshospize, je eines in Graz, Hall i.T., Leogang, Salzburg, St. Pölten und Wien.

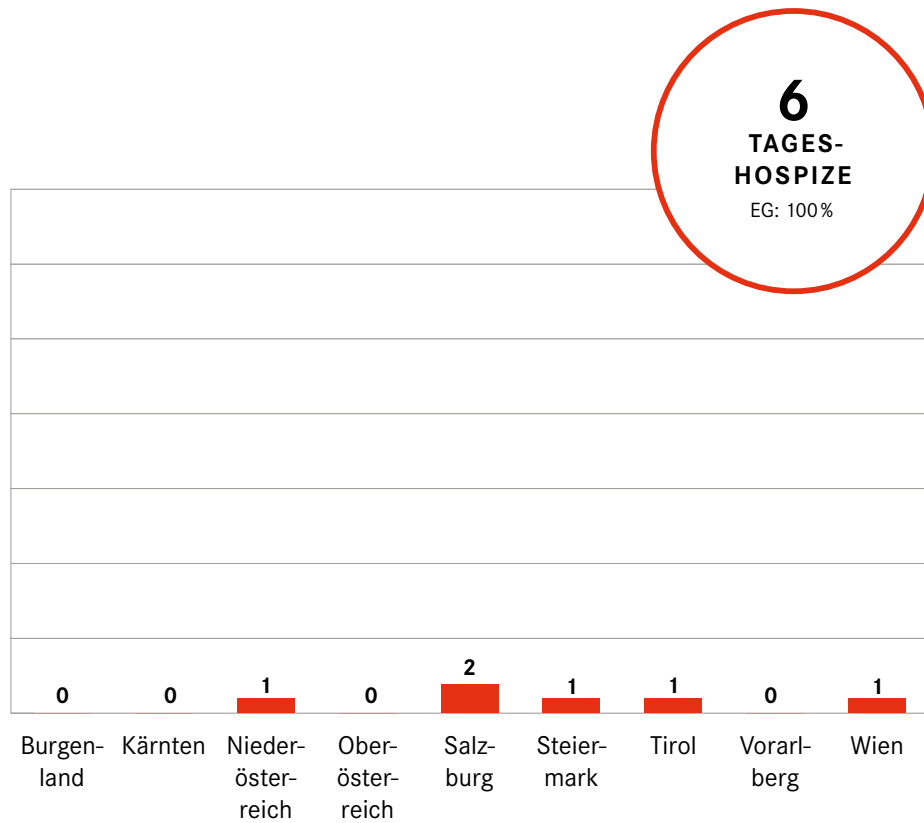


Abb. 7: Tageshospize in Österreich, Stand 31.12.2020

2 HOSPIZ- UND PALLIATIV-BETREUUNG 2020 FÜR ERWACHSENE

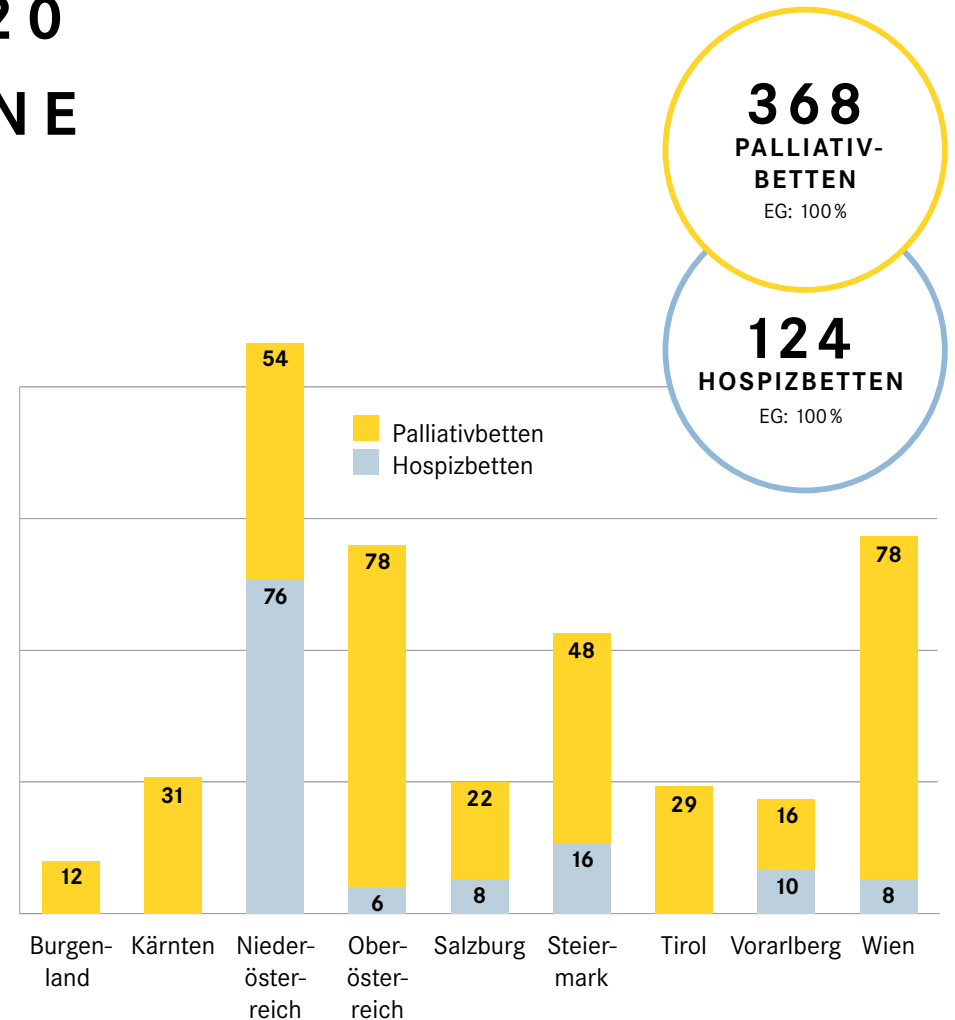
2.1. Anzahl Hospiz- und Palliativbetten

In Österreich standen Ende 2020 für Schwerkranke und Sterbende 492 Hospiz- und Palliativbetten zur Verfügung. Davon sind 368 Betten in Palliativstationen/-einheiten und 124 Betten in Stationären Hospizen.

Aufgrund der COVID-19-Pandemie waren die Palliativstationen insofern zusätzlich belastet, als dass in einzelnen Fällen ein Teil der Palliativbetten vorübergehend für COVID-19-Patient*innen zur Verfügung gestellt werden musste. Im Rahmen der Auswertung auf Österreichebene zum Stichtag 31.12.2020 ist diese vorübergehende Entwicklung im Vergleich zu 2019 (365 Betten zum 31.12.2019) nicht sichtbar.

Gleichzeitig hat insbesondere auch die Aufenthaltsdauer der Patient*innen auf Palliativstationen zugenommen, da eine Entlassung bzw. Überstellung aufgrund der COVID-19-Pandemie erschwert war.

Abb. 8: Hospiz- und Palliativbetten in Österreich, Stand 31.12.2020



2.2. Anzahl der betreuten Patient*innen (Mehrfachnennungen)

Stationäre und mobile Betreuung und Begleitung gehen oft ineinander über bzw. wechseln sich ab. Das benötigt viel Koordination und Kooperation zwischen den einzelnen Einrichtungen. Aufgrund der Betreuung und Begleitung in mehreren Einrichtungen (z.B. MPT/PKD, MPT/Palliativstation, Hospizteam/MPT bzw. Palliativstation etc.) können die Zahlen der betreuten Patient*innen **nicht direkt zusammengezählt werden**, da sie Mehrfachnennungen beinhalten.

*) Bei 3% der gemeldeten Patient*innenzahlen handelt es sich um die Zahl der Fälle. Bei 4% der gemeldeten Patient*innenzahlen konnte nicht eruiert werden, ob es sich um Fälle oder Köpfe handelt.
 **) Bei 21% der gemeldeten Patient*innenzahlen handelt es sich um die Zahl der Aufenthalte.

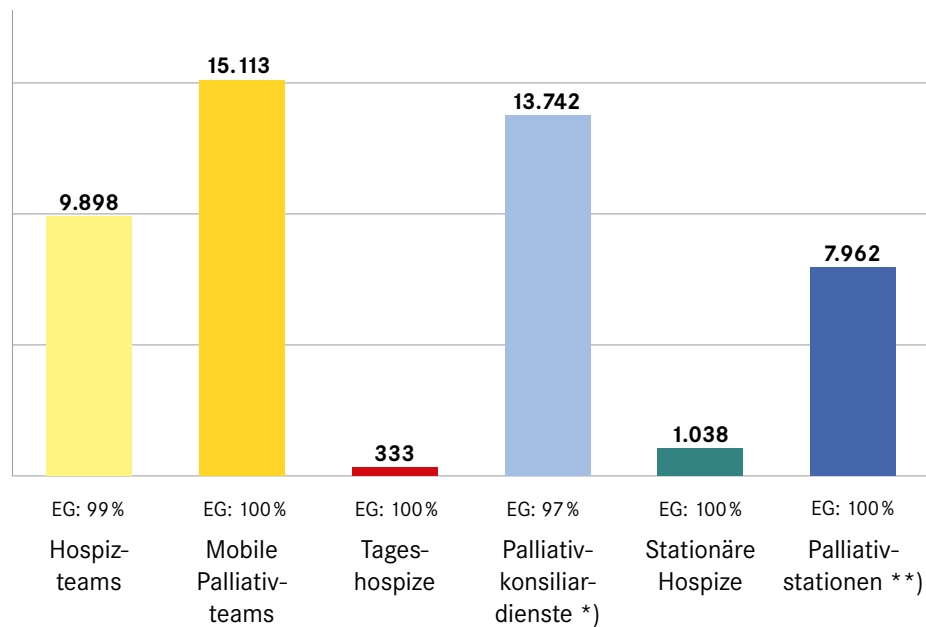


Abb. 9: Im Jahr 2020 betreute Patient*innen in Österreich

2.3. Betreuen und Begleiten von Angehörigen

Hospiz- und Palliativbetreuung wendet sich ausdrücklich auch an die Angehörigen und Nahestehenden von schwerkranken und sterbenden Menschen.

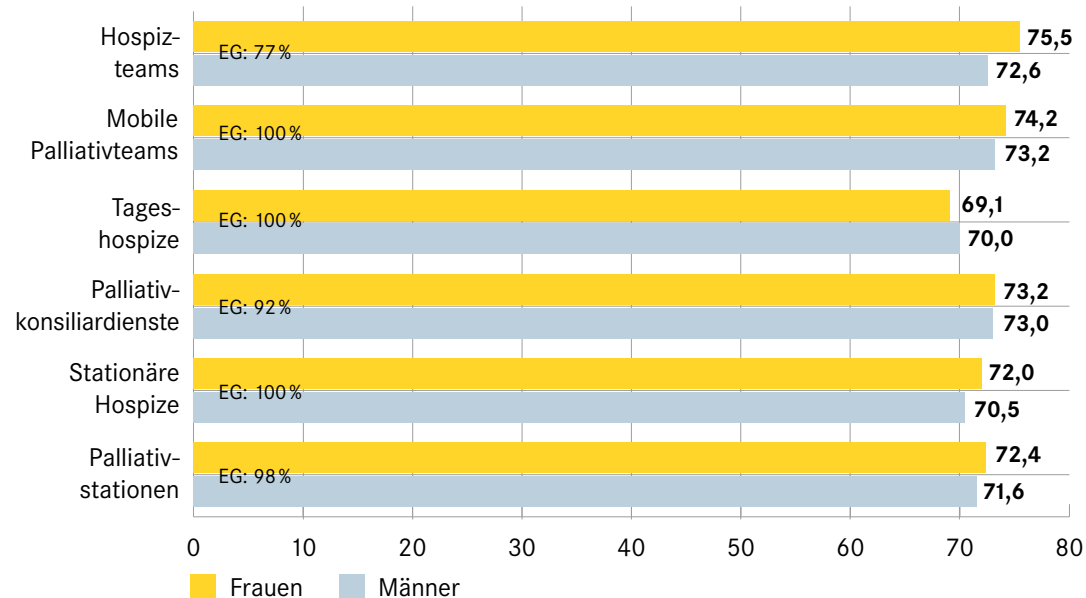
Zusätzlich zu den in der Abb. 9 dargestellten Zahlen der betreuten Patient*innen rechnet man 3–5 Angehörige, die pro Patient*in mitbetreut werden.

Alle Hospiz- und Palliativeinrichtungen, besonders Mobile Palliativteams und auch Hospizteams, führen telefonisch und auch persönlich viele Beratungen durch. Nicht alle münden in eine unmittelbare Betreuung. Dennoch stellen die Beratungen und Informationen einen unverzichtbaren Beitrag in der Gesamtversorgung dar.

2.4. Durchschnittsalter der betreuten Patient*innen

Das Durchschnittsalter der Hospiz- und Palliativpatient*innen lag zwischen 69,1 Jahren (Frauen im Tageshospiz) und 75,5 Jahren (Frauen, von ehrenamtlichen Hospizteams begleitet).

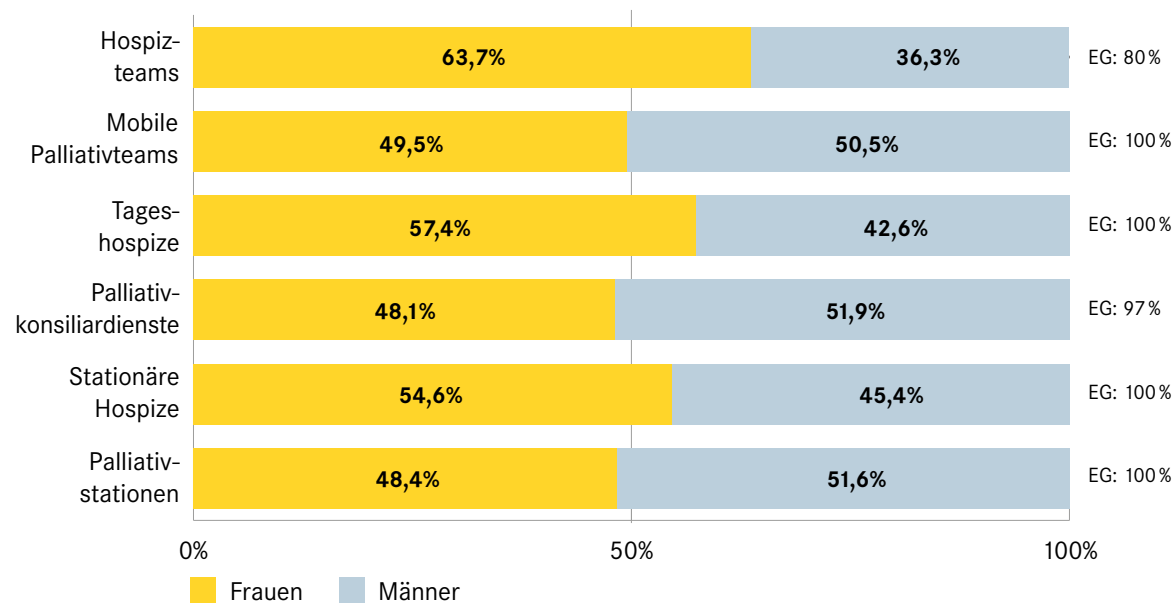
Abb. 10: Durchschnittsalter der Patient*innen 2020



2.5. Geschlechterverteilung der Patient*innen

Der Frauenanteil überwiegt deutlich bei den von Hospizteams und im Tageshospiz Betreuten. Die anderen Betreuungseinrichtungen weisen ein relativ ausgewogenes Geschlechterverhältnis bei den betreuten Patient*innen auf.

Abb. 11: Geschlechterverteilung der PatientInnen 2020



2.6. Erkrankungen der Palliativpatient*innen

Der Anteil der Patient*innen mit onkologischer Erkrankung liegt zwischen 72 % (Palliativstationen/-einheiten) und 88 % (Stationäre Hospize). Seit 2017 werden auch neuromuskuläre Erkrankungen von Palliativpatient*innen erfasst. Dazu gehören ALS (Amyotrophe Lateralsklerose), Morbus Parkinson, Multiple Sklerose u.a.. Das entspricht der internationalen Entwicklung, Hospiz- und Palliativbetreuung auch über die Onkologie hinaus allen, die es brauchen, zugänglich zu machen.

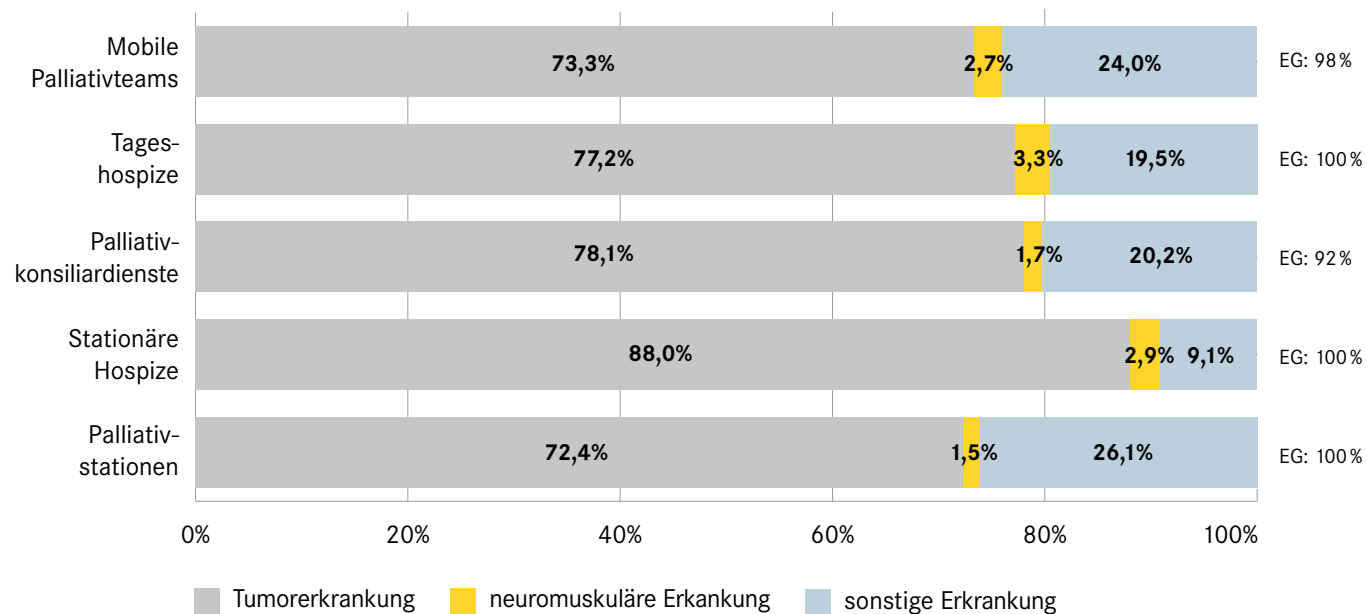


Abb.12: Erkrankungen der Palliativpatient*innen 2020

2.7. Verstorbene – entlassene – am 31.12. in Betreuung befindliche Patient*innen

Die Grafik zeigt, welcher Anteil der jeweils betreuten Patient*innen in den einzelnen Einrichtungsarten in Betreuung verstarb, aus der Betreuung entlassen wurde oder per 31.12. in Betreuung war. Gemäß ihrem Auftrag ist der Anteil der in Betreuung verstorbenen Patient*innen in den Stationären Hospizen am höchsten.

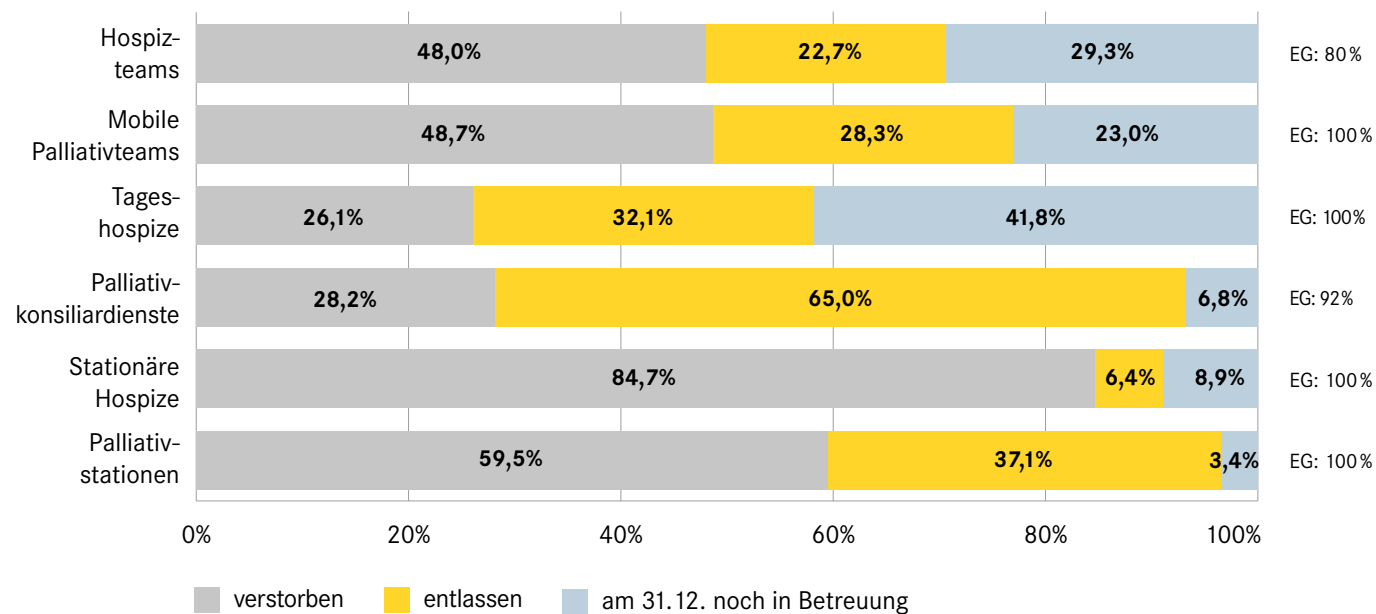


Abb. 13: Patient*innen: verstorben, entlassen, in Betreuung per 31.12.2020

2.8. Haus-, Konsil- und Patient*innenbesuche

Im Jahr 2020 unterstützten Mobile Palliativteams die Betreuung zu Hause österreichweit durch 76.493 Hausbesuche.

Palliativkonsiliardienste unterstützten 2020 Kolleg*innen und Patient*innen in den Krankenhäusern mit insgesamt 36.171 Konsilbesuchen.

Ein Qualitätsmerkmal der Hospiz- und Palliativbetreuung ist die multiprofessionelle Versorgung. Wir können den Rückmeldungen bei den Patient*innenbesuchen entnehmen, dass ein großer Teil der Mobilien Palliativteams und Palliativkonsiliardienste zumindest bei einem Besuch mit zwei oder mehr Personen im Einsatz war. Die multiprofessionelle Versorgung zeigt sich insbesondere auch in der Verteilung der hauptamtlichen Mitarbeiter*innen nach Berufsgruppen je Einrichtungsart (s. dazu auch Abb. 23 und Abb. 24 in Abschnitt 3.5. f).

Neben den Haus-, Konsil- und Patient*innenbesuchen spielen **telefonische Beratungen** von Patient*innen sowie von anderen Versorgungseinrichtungen (wie bspw. Hauskrankenpflege, etc.) eine wichtige Rolle im Versorgungsalltag. Insbesondere aufgrund der COVID-19-Pandemie hat die Bedeutung und das Ausmaß telefonischer Beratungen spürbar zugenommen.

Definitionen:

- Die Anzahl der Hausbesuche gibt an, wie oft Patient*innen vom MPT zu Hause aufgesucht wurden. Wenn bei einem Besuch mehrere Mitarbeiter*innen aus dem MPT GLEICHZEITIG vor Ort sind (z.B. Ärztin und Pflegeperson gemeinsam für das Erstgespräch), so ist dies als 1 Hausbesuch zu zählen.
- Die Anzahl der Konsilbesuche gibt an, wie oft Patient*innen vom PKD im Krankenhaus aufgesucht wurden. Wenn bei einem Besuch mehrere Mitarbeiter*innen aus dem PKD GLEICHZEITIG vor Ort sind (z.B. Ärztin und Pflegeperson gemeinsam für das Erstgespräch), so ist dies als 1 Konsilbesuch zu zählen.
- Die Anzahl der Patient*innenbesuche ist die Gesamtzahl der Einzel- (und ggf. gemeinsamen) Besuche aller Mitarbeiter*innen des MPT bzw. PKD. Beispiel: 1 Besuch durch Ärzt*in und Pflegeperson = 2 Patient*innenbesuche.

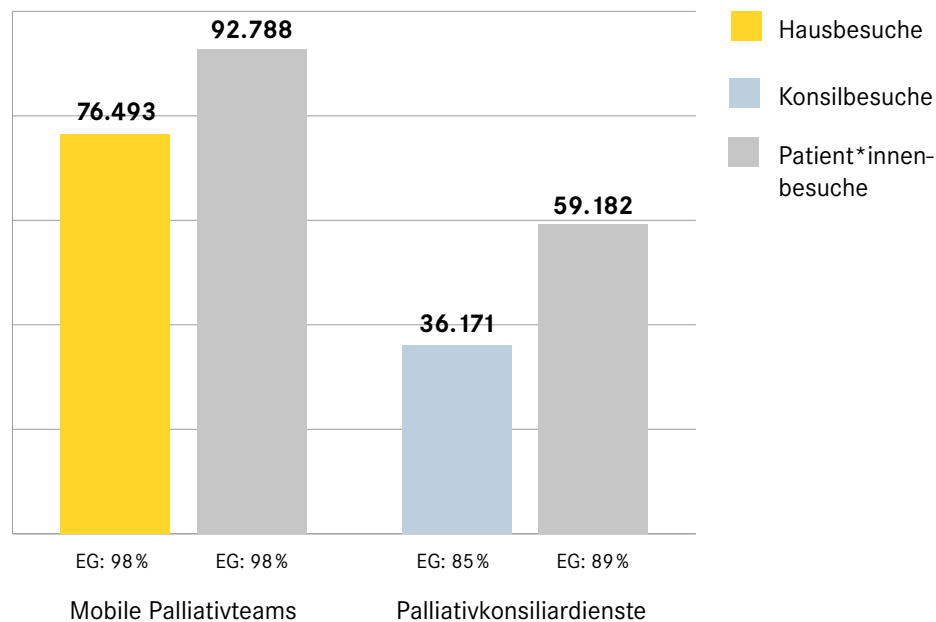


Abb. 14: Haus-, Konsil- und Patient*innenbesuche 2020

2.9. Hauptort der Betreuung

Hospizteams begleiten Menschen in allen Kontexten. Mobile Palliativteams betreiben vor allem zu Hause und im Pflegeheim.

Die Begleitung durch Hospizteams zu Hause unterscheidet sich aufgrund des anderen Settings von einer Begleitung auf einer Palliativstation. Typischerweise ist die Begleitung zu Hause individueller und langfristiger.

Aufgrund der COVID-19-Pandemie konnte beim Hauptort der Betreuung ein Rückgang im Bereich der Krankenhäuser, Pflegeheime und Palliativstationen beobachtet werden. Dies lag insbesondere am eingeschränkten Zugang zu diesen Einrichtungen aufgrund verschiedener (bundes- und landesweiter) Maßnahmen.

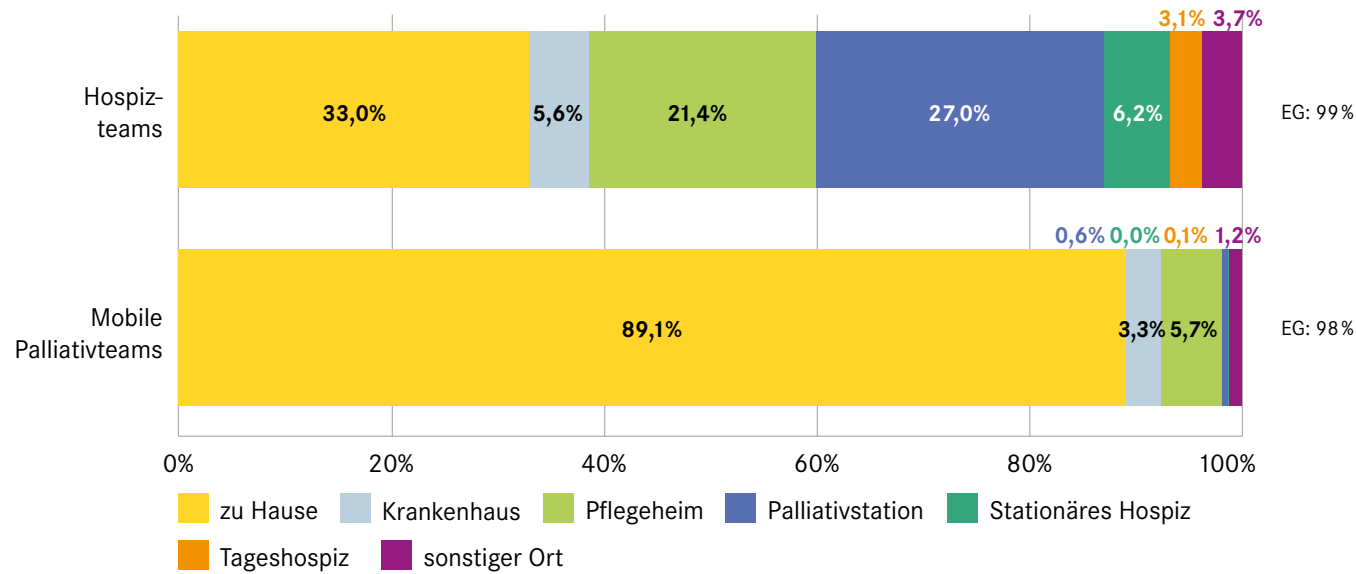


Abb. 15: Hauptort der Betreuung 2020

2.10. Sterbeort von Patient*innen

Bei Umfragen gibt ein Großteil der Menschen an, zu Hause sterben zu wollen. Die Grafik zeigt, dass von den Patient*innen, die von Mobilien Palliativteams betreut wurden, etwas mehr als 66 % zu Hause bzw. im Pflegeheim, dem neuen Zuhause, versterben konnten.

Bei den Sterbeorten der Patient*innen konnte eine Zunahme bei den auf der Palliativstation Verstorbenen festgestellt werden. Aufgrund der COVID-19-Pandemie war im Jahr 2020 die Entlassung bzw. Überstellung von Patient*innen aus dem Krankenhaus erschwert, weshalb es zu längeren Aufenthalten kam. Ein Rückschluss auf eine erhöhte Anzahl an Patient*innen, die an COVID-19 verstarben, kann daraus jedoch nicht gezogen werden.

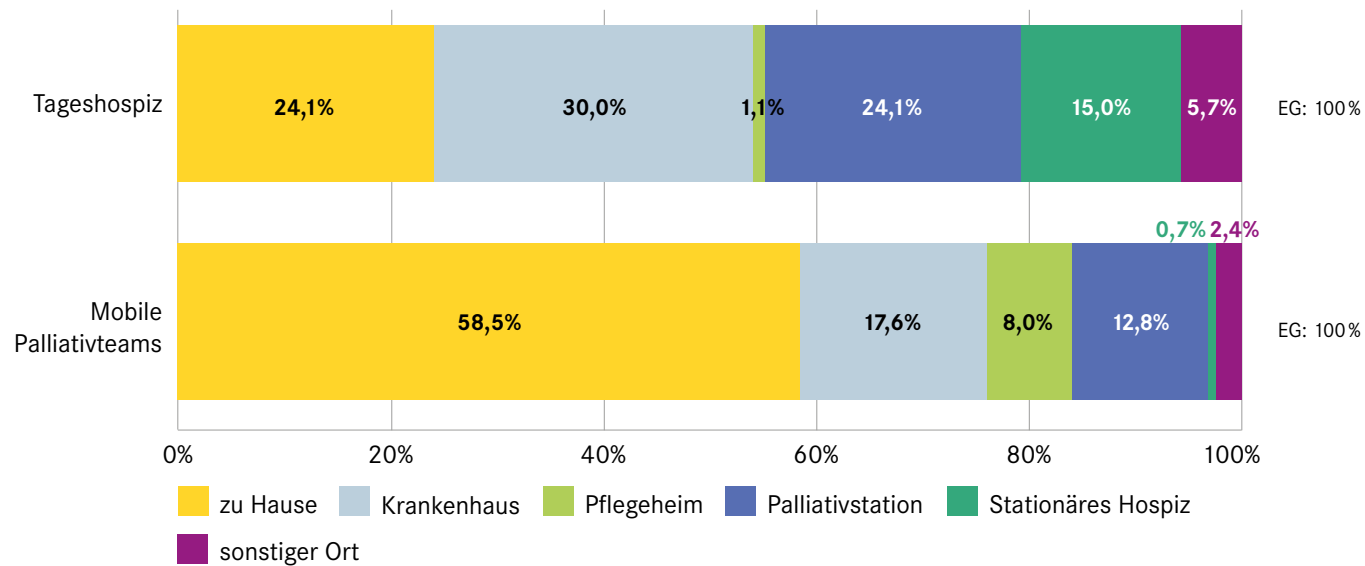


Abb. 16: Sterbeort von Patient*innen 2020

2.11. Trauergruppen

Trauerbegleitung ist ein Teil der Hospiz- und Palliativbetreuung. Sie bezieht sich in erster Linie auf die Angehörigen und Nahestehenden der betreuten und verstorbenen Patientinnen und Patienten, steht aber darüber hinaus meist allen Trauernden offen. Die Formen sind vielfältig. Abb. 17 gibt einen Überblick über geschlossene Trauergruppen und offene Trauerangebote der einzelnen Hospiz- und Palliativdienste. Hospizteams sind oft in offenen Formen wie Trauercafés engagiert.

Im Vergleich zu 2019 kam es aufgrund der COVID-19-Pandemie insbesondere im Bereich der offenen Trauerangebote zu einem deutlichen Rückgang. Geschlossene Trauergruppen wurden während der strengen Lockdown-Phasen unterbrochen.

Geschlossene Trauergruppe = wiederkehrende, regelmäßige, moderierte Treffen einer geschlossenen Gruppe für Menschen, die trauern. **Offene Trauerangebote** = wiederkehrende, regelmäßige, moderierte Treffen einer offenen Gruppe für Menschen, die trauern (z.B. Trauercafés, Palliativcafé, ...).

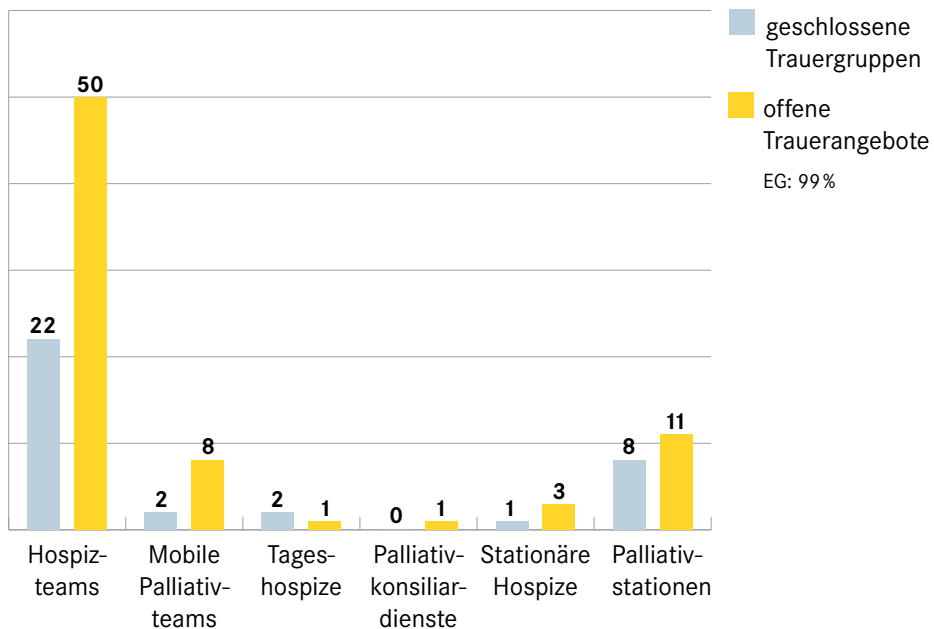


Abb. 17: Trauergruppen im Jahr 2020

2.12. Trauerbegleitungen durch Hospizteams

Trauerbegleitungen beziehen sich auf Begleitungen von Angehörigen nach dem Tod des Patienten/der Patientin unabhängig davon, ob schon vorher eine Begleitung stattgefunden hat. Die Zahlen beinhalten auch Begleitungen in Trauergruppen, sofern die Teilnehmenden der Trauergruppe individualisiert werden können.

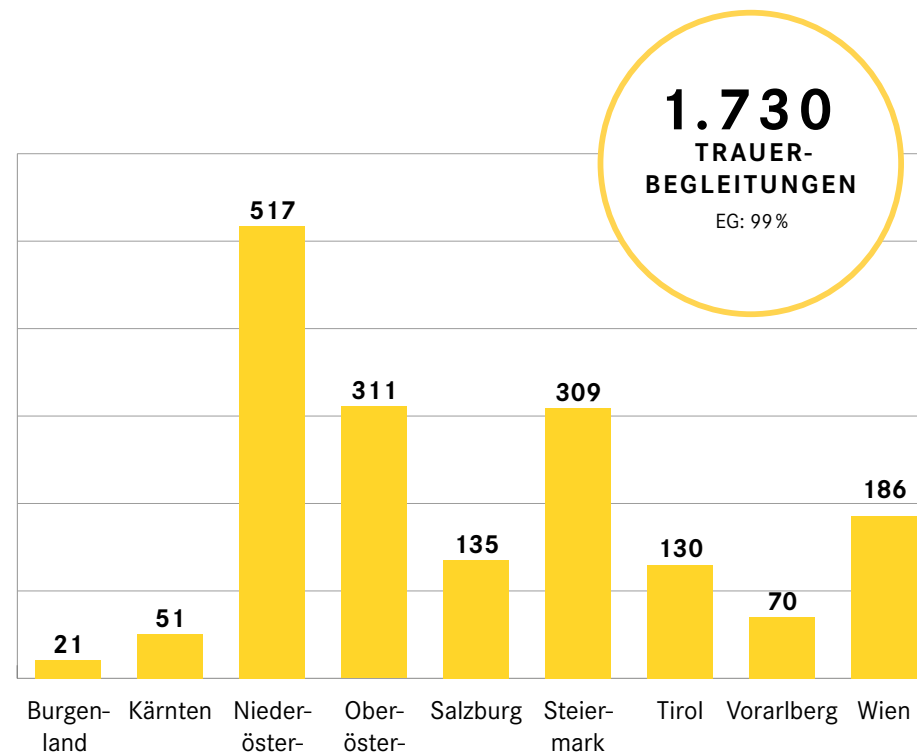


Abb. 18: Trauerbegleitungen durch Hospizteams 2020 (Anzahl Personen)

EHREN- UND HAUPTAMTLICHE MITARBEITER*INNEN 2020

3.1. Anzahl ehrenamtliche Mitarbeiter*innen

In Österreich waren Ende 2020 insgesamt 3.430 ehrenamtliche Mitarbeiter*innen tätig, der Großteil in einem der Hospizteams bzw. in anderen spezialisierten Einrichtungen sowie den landeskoordinierenden Hospiz-Organisationen. Davon waren 86 % Frauen und 14 % Männer. Von den 3.430 ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen engagierten sich 2.874 in der Begleitung von erwachsenen Patient*innen und deren Familien, 338 waren in sonstigen Tätigkeiten wie Vorstandsarbeit, Fundraising, Beratung, Bewirtung im Tageshospiz, Hospizcafe... aktiv.

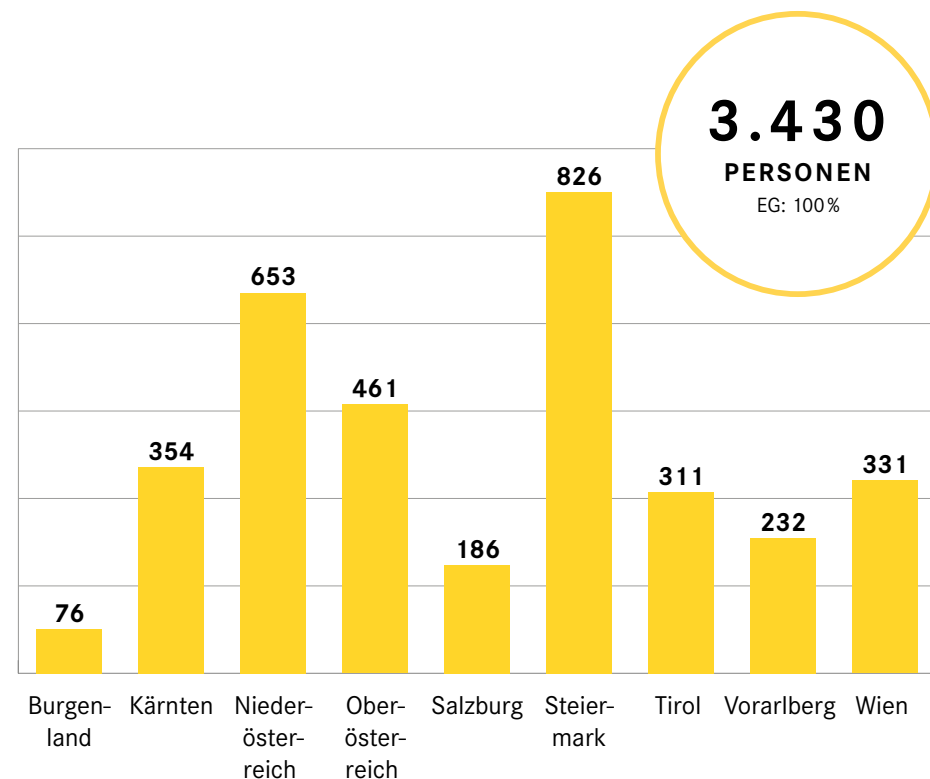


Abb.19: Anzahl ehrenamtliche Mitarbeiter*innen, Stand 31.12.2020

3.2. Zeitaufwand ehrenamtlicher Mitarbeiter*innen

3.430 ehrenamtliche Mitarbeiter*innen haben insgesamt 274.949 Stunden unbezahlte Arbeit geleistet, 64 % (d.h. 177.189 Stunden) davon in der Begleitung. Diese Begleitstunden umfassen die Begleitung der Schwerkranken und Sterbenden, die Begleitung von An- und Zugehörigen und die Trauerbegleitungen nach dem Tod von Patient*innen. Diese Arbeit wird nur von qualifizierten Mitarbeiter*innen, die nach den Standards von HOSPIZ ÖSTERREICH ausgebildet worden sind, durchgeführt. Unter „sonstige Stunde“ fallen Tätigkeiten im Zusammenhang mit Supervision und Weiterbildung von ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen, Fundraising, Beratung, administrativen Tätigkeiten usw.. Die 36% sonstige Stunden beinhalten auch 36.920 Stunden, die auf Ebene der landeskoordinierenden Organisationen und des Dachverbandes Hospiz Österreich ehrenamtlich erbracht wurden.

Im Vergleich zu 2019 ist die Anzahl der ehrenamtlichen Stunden um etwa 35% zurückgegangen. Dies lag insbesondere an den Einschränkungen im Rahmen der COVID-19-Pandemie während des ersten Lockdowns. In dieser Zeit konnten die Patient*innen aufgrund der umfangreichen Kontaktbeschränkungen oft nicht besucht werden. Die ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen haben daraufhin alternative Wege ohne physischen Kontakt gefunden, um eine Begleitung und Unterstützung der Patient*innen sowie ihrer An- und Zugehörigen dennoch zu ermöglichen.

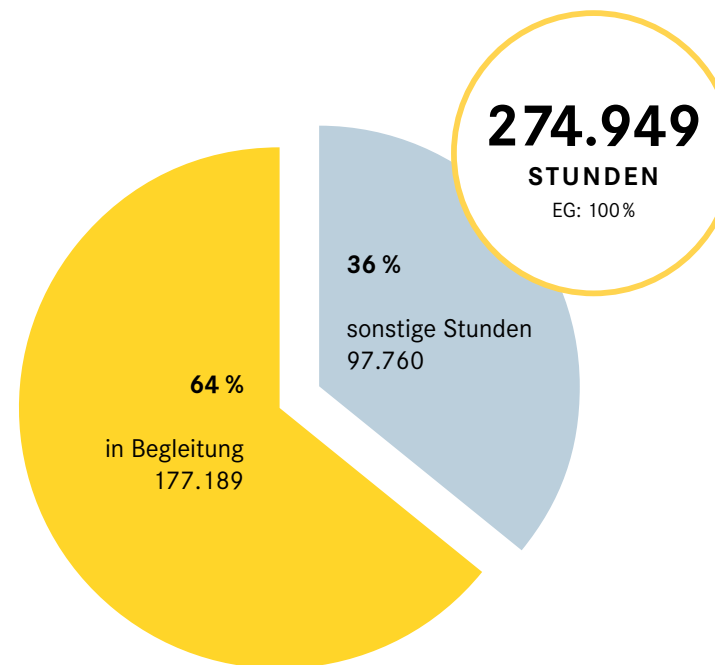


Abb. 20: Zeitaufwand ehrenamtlicher Mitarbeiter*innen in Österreich, Stand 31.12.2020

3.3. Anzahl der hauptamtlichen Mitarbeiter*innen (VZÄ)

Ende 2020 gab es in den Hospiz- und Palliativeinrichtungen in Österreich, ausgedrückt in Vollzeitäquivalenten (VZÄ), insgesamt 1.330 Beschäftigte². Als Vollzeit wird hier ein Beschäftigungsausmaß von 40 Stunden pro Woche angenommen. Die Anzahl der tatsächlich in diesem Bereich tätigen Personen liegt deutlich höher, da der Anteil an Teilzeitbeschäftigten hoch ist und manche Einrichtungen bestimmte Leistungen nach Bedarf anfordern, diese jedoch nicht unter den VZÄ erfasst werden. Das gilt insbesondere für den Beitrag, den Psychotherapeut*innen, Psycholog*innen, Physiotherapeut*innen und Seelsorger*innen bei der Betreuung leisten. Sie stehen bei Bedarf zur Verfügung, sind aber nicht fix angestellt bzw. man teilt sich diese Dienste mit anderen Einrichtungen.

² Bitte beachten Sie: bei den Mobilien Palliativteams werden Personenanzahl und Stunden der Honorarkräfte separat dargestellt. Vgl. Abb. 4 und Abb. 25.

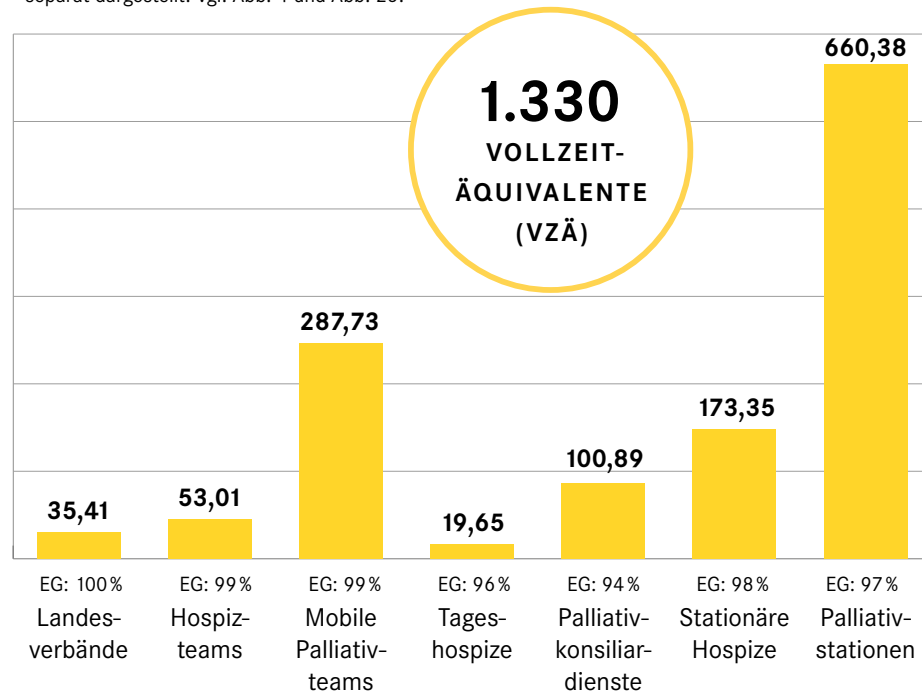


Abb. 21: Hauptamtliche Mitarbeiter*innen (VZÄ) in Österreich, Stand 31.12.2020

3.4. Anzahl der hauptamtlichen Mitarbeiter*innen (Personen, Mehrfachnennungen)

Die Anzahl der Personen³ in den einzelnen Einrichtungsarten darf nicht addiert werden, da fallweise Personen in mehreren Einrichtungen tätig sind (Beispiel: im Mobilien Palliativteam und Palliativkonsiliardienst oder im PKD und der Palliativstation).

³ In der Anzahl der Personen sind teilweise auch jene miterfasst, die bei Bedarf zur Verfügung stehen, aber nicht fix angestellt sind und deren VZÄ nicht bekannt ist. Das betrifft v.a. psychosozial-spirituelle Dienste. **Aus diesem Grund kann man die Anzahl z.B. der VZÄ der Palliativstationen nicht durch die Anzahl der Personen der Palliativstationen dividieren.** Die Anzahl der Personen, die als Honorarkräfte arbeiten, ist hier nicht inkludiert und wird in Abb. 25 dargestellt.

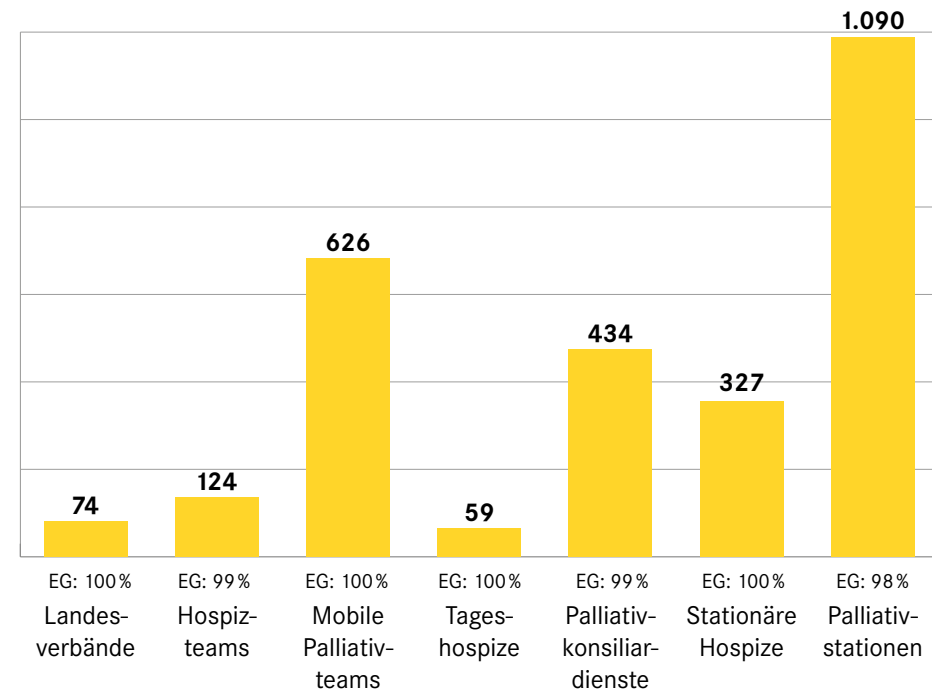
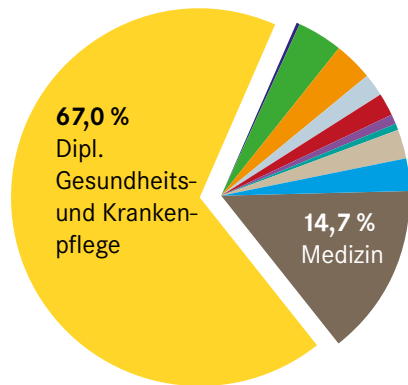


Abb. 22: Hauptamtliche Mitarbeiter*innen (Personen, Mehrfachnennungen) in Österreich, Stand 31.12.2020

3.5. Hauptamtliche Mitarbeiter*innen nach Berufsgruppen

Diplomierte Pflegepersonen sind mit Abstand die größte Berufsgruppe, gefolgt von Ärzt*innen, Pflegeassistent*innen, Sozialarbeiter*innen, sonstigen Mitarbeiter*innen, dem Sekretariat, Psychotherapeut*innen/Psycholog*innen sowie Physiotherapeut*innen. Der Bereich „Sonstige“ umfasst u.a. administratives und technisches Personal. Angaben zu den Honorarkräften sind hier nicht inkludiert und werden in Abb. 25 dargestellt.



- 0,36 % Pflegefachassistenz
- 3,8 % Pflegeassistentenz
- 3,3 % Sozialarbeit
- 2,1 % Psychologie/Psychotherapie
- 1,8 % Physiotherapie
- 0,8 % Seelsorge
- 0,7 % weitere Fachkräfte in der Betreuung
- 2,5 % Sekretariat
- 2,8 % Sonstige

Abb. 23: Hauptamtliche Mitarbeiter*innen nach Berufsgruppen 2020 (VZÄ) – ohne Honorarkräfte

3.6. Personalstruktur (VZÄ) in den Hospiz- und Palliativeinrichtungen

Diese Grafik zeigt die Verteilung der Berufsgruppen in den einzelnen Einrichtungsarten, ohne Honorarkräfte. Die Berufsgruppe der Pflege macht den größten Teil aus. Bei den PKD ist entsprechend ihrer Funktion im Krankenhaus der prozentuelle Anteil an Ärzt*innen am höchsten.

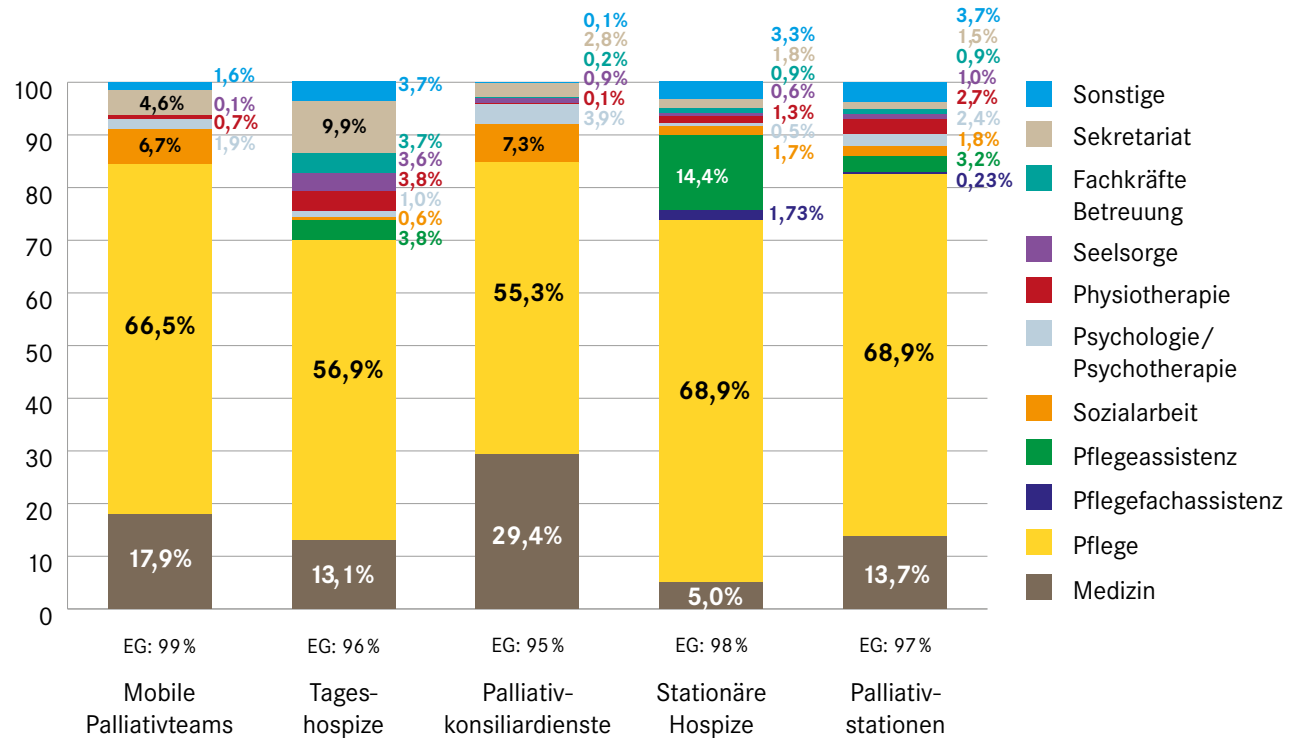


Abb. 24: Personalstruktur (VZÄ) je Einrichtungsart, Stand 31.12.2020

3.7. Mobile Palliativteams - Honorarkräfte nach Berufsgruppen

In einigen Mobilien Palliativteams im Burgenland, OÖ, Vorarlberg und Wien arbeiten Honorarkräfte. Der Großteil der Stunden entfällt auf ärztliche Leistungen.
Beachten Sie auch Abb. 4 im Abschnitt 1.4..

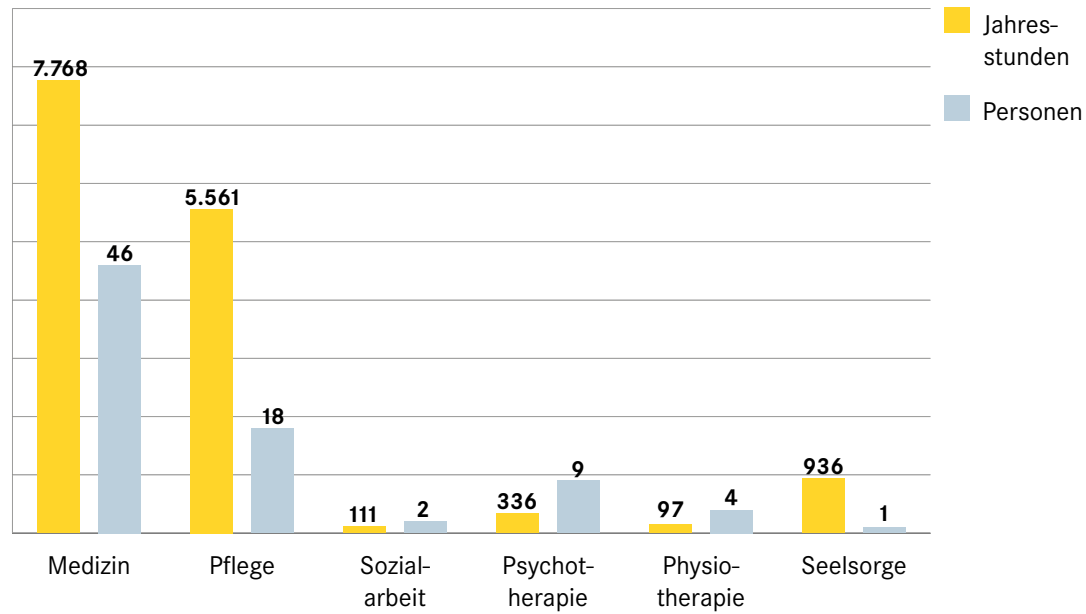


Abb. 25: Mobile Palliativteams: Verteilung der Honorarkräfte (Personen und Jahresstunden) nach Berufsgruppen 2020

4 HOSPIZ- UND PALLIATIV- EINRICHTUNGEN FÜR ERWACHSENE IM 3-JAHRES- VERGLEICH 2018–2020

28

4.1. Entwicklung 2018–2020 pro Einrichtungsart

Seit 2018 wurden vier Hospizteams neu gegründet, zwei lösten sich auf und ein kleineres Hospizteam wurde mit einem größeren fusioniert. Es wurden insgesamt ein neues Tageshospiz (in Salzburg) sowie ein neues Stationäres Hospiz (in Wien) erfasst. Weiters wurden 2019 drei neue Mobile Palliativteams sowie vier neue Palliativkonsiliardienste erfasst. Ein Palliativkonsiliardienst wurde aufgelöst.

Weitere Details zu den neuen Einrichtungen 2020 entnehmen Sie bitte der Beschreibung im Abschnitt 1.1.

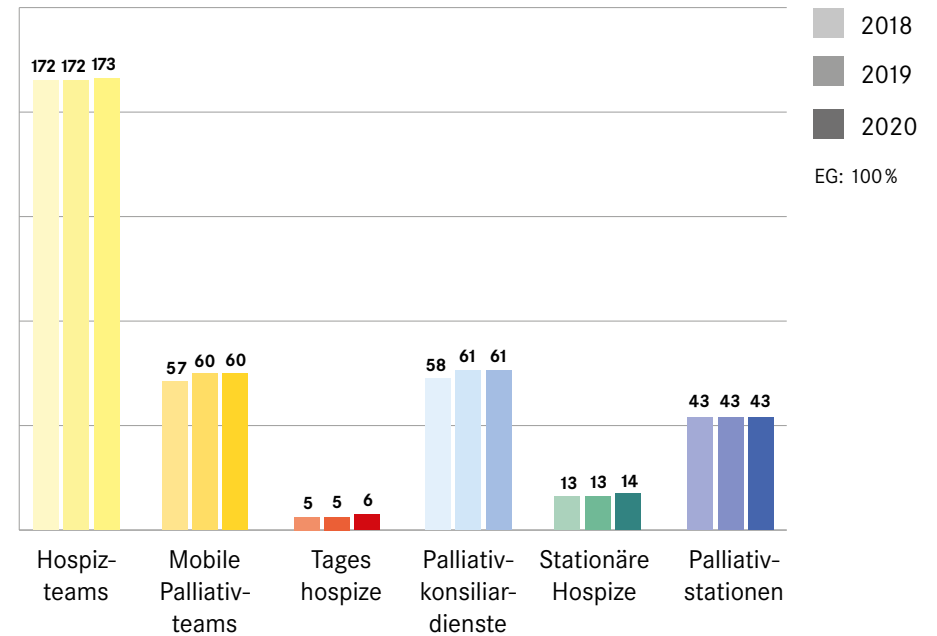


Abb. 26: Entwicklung pro Einrichtungsart 2018–2020



4.2. **Betreute/Begleitete Patient*innen 2018–2020**

In den meisten Einrichtungen ist eine kontinuierliche Steigerung der Anzahl der betreuten Patient*innen zu beobachten. Bei den Hospizteams hat sich diese Tendenz aufgrund der COVID-19-Pandemie im Jahr 2020 nicht fortgesetzt. Dies lag insbesondere an den weitreichenden Einschränkungen, aufgrund derer zwischenzeitlich Begleitungen eingestellt bzw. unterbrochen werden mussten. In den stationären Einrichtungen ist die Anzahl der betreuten Patient*innen minimal zurückgegangen. Dieser Rückgang kann auf die erschwerten Bedingungen im Zusammenhang mit Entlassungen und Überstellungen aufgrund der COVID-19-Pandemie zurückgeführt werden.

Die Zahlen dürfen nicht addiert werden, da Patient*innen häufig zwischen mehreren Einrichtungen nach Bedarf wechseln bzw. von diesen gleichzeitig betreut/begleitet werden (z.B. vom Hospizteam und dem Mobilen Palliativteam, vom Hospizteam auf der Palliativstation).

*) Details zum Anteil der Fallzahlen 2020 siehe Abb. 9.

***) Details zum Anteil der Aufenthalte 2020 siehe Abb. 9.

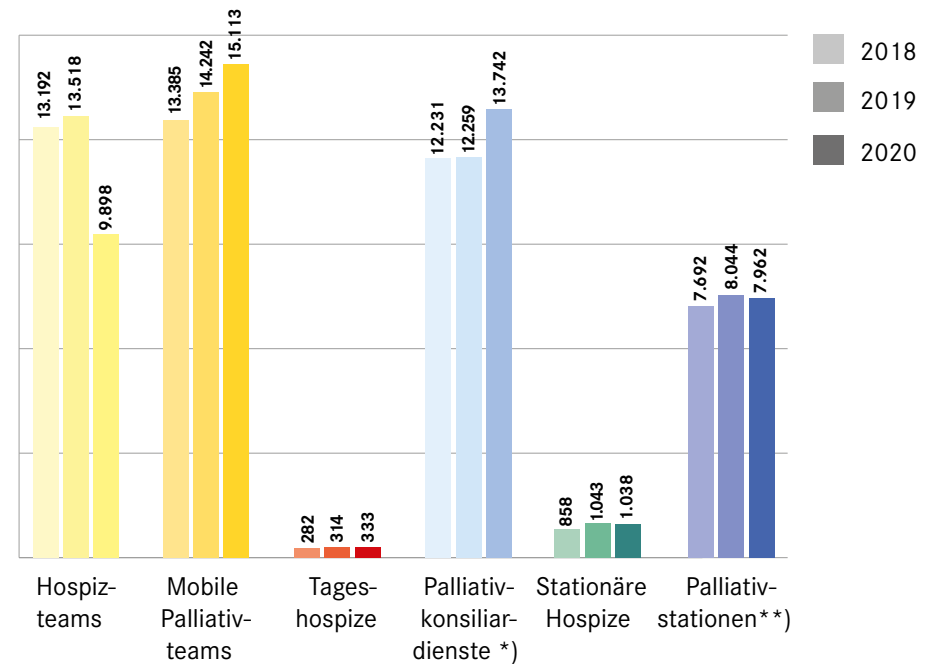


Abb. 27: Entwicklung betreute/begleitete Patient*innen 2018–2020

4.3. Hauptort der Begleitung von Hospizteams 2018–2020

Ehrenamtliche Hospizbegleiter*innen gehen dorthin, wo die Menschen sind, die sie begleiten: zu Hause, in Krankenhäusern, auf Palliativstationen, in Pflegeheimen, in Stationären Hospizen, im Tageshospiz. Einige Hospizteams in Großstädten, z.B. in Wien, sind ausschließlich an Palliativstationen tätig. Daher ist die Anzahl jener Menschen, die Hospizteams zu Hause und in Palliativstationen begleiten, am höchsten, danach folgt das Pflegeheim als Hauptort der Betreuung.:

verschoben. Diese Verschiebung ist primär auf die COVID-19-Pandemie zurückzuführen: Insbesondere während der Lockdowns, aber auch darüber hinaus, war der Zugang der Ehrenamtlichen in stationäre Einrichtungen (Krankenhäuser, Palliativstationen, Alten- und Pflegeheime, Stationäre Hospize) eingeschränkt bzw. teilweise sogar überhaupt nicht möglich.

Der Anteil der zu Hause betreuten Personen im Verhältnis zu den auf der Palliativstationen betreuten Patient*innen hat sich im Jahr 2020 wieder in Richtung zu Hause

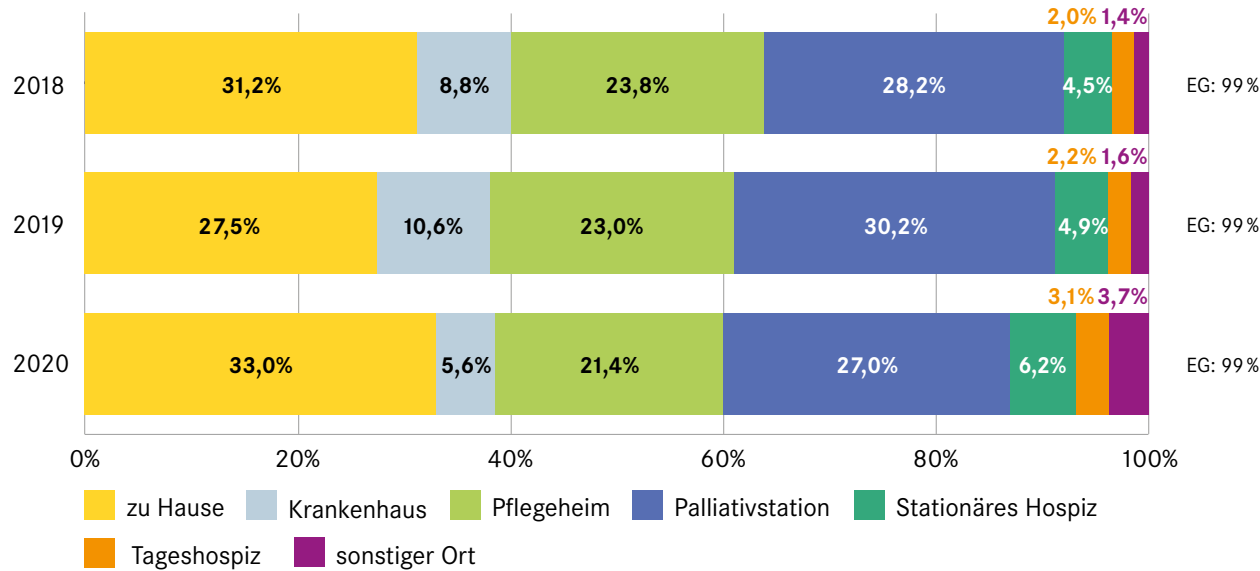


Abb. 28: Hauptort der Begleitung durch Hospizteams 2018–2020

4.4. Hauptort der Betreuung von Mobilien Palliativteams 2018–2020

Im Vergleichszeitraum sind für Mobile Palliativteams gemäß ihrem Auftrag in konstant über 90% der Fälle das Zuhause bzw. Pflegeheim als neues Zuhause der Hauptort der Betreuung. Nennungen von stationären Einrichtungen beziehen sich oft auf das Schnittstellenmanagement, welches ebenfalls Auftrag Mobiler Palliativteams ist..

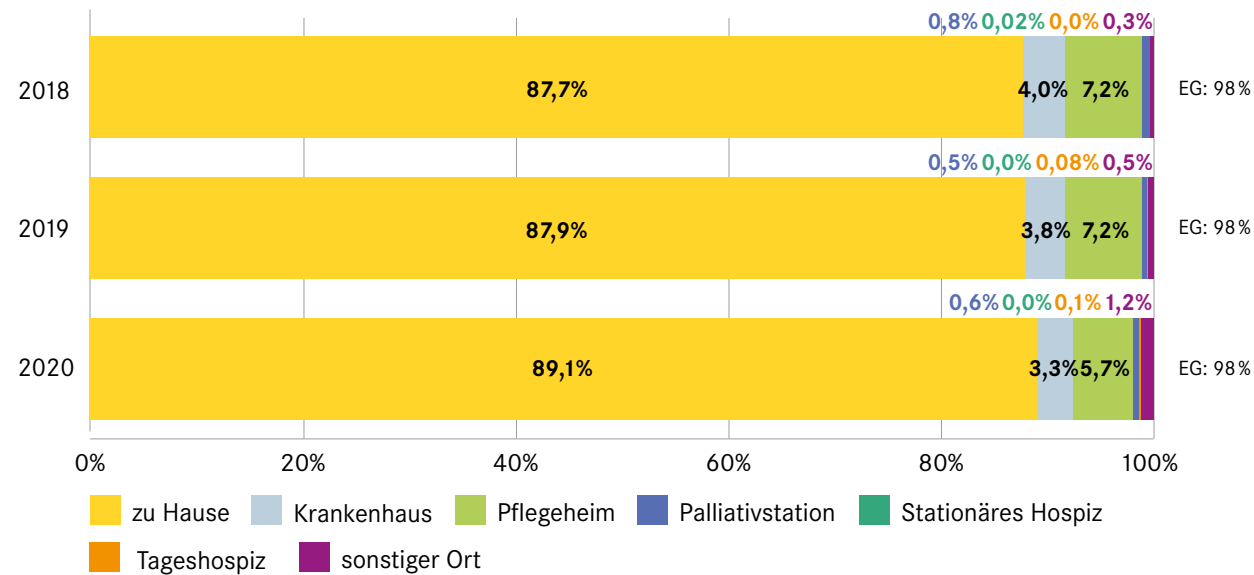


Abb. 29: Hauptort der Betreuung durch Mobile Palliativteams 2018–2020

4.5. Ehrenamtliche Mitarbeiter*innen 2018–2020

Die Zahl ehrenamtlicher Mitarbeiter*innen (und der Hospizteams) unterliegt natürlichen Schwankungen, wenn z.B. Teams neu entstehen, große Teams sich teilen oder - sehr selten - Teams sich auflösen. Neue Hospizbegleiter*innen kommen dazu, andere scheiden aus oder machen eine Einsatzpause.

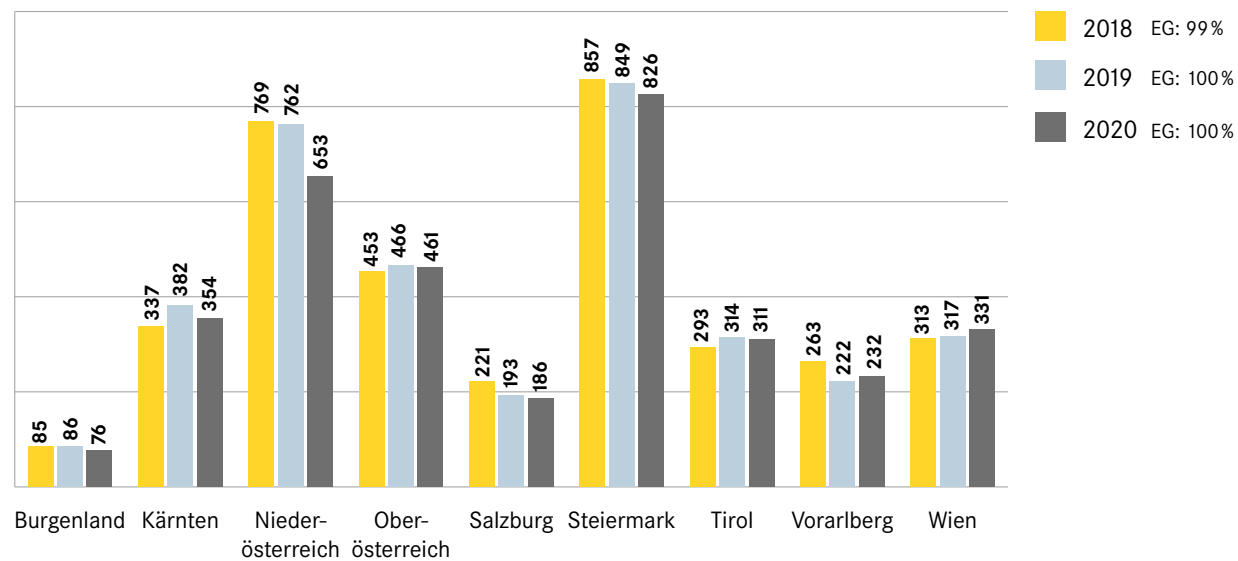


Abb. 30: Ehrenamtliche Mitarbeiter*innen in Österreich im Jahr 2018–2020

4.6. Hauptamtliche Mitarbeiter*innen (VZÄ) 2018–2020

Diese Grafik zeigt die Entwicklung der Anzahl der hauptamtlichen Mitarbeiter*innen, ausgedrückt in Vollzeitäquivalenten (Vollzeit = 40 Stunden pro Woche).

Die Anzahl der tatsächlich in diesem Bereich tätigen Personen liegt deutlich höher, da der Anteil an Teilzeitbeschäftigten hoch ist und manche Einrichtungen bestimmte Leistungen nach Bedarf anfordern, diese jedoch nicht unter den VZÄ erfasst werden. Das gilt insbesondere für den Beitrag, den Psychotherapeut*innen, Psycholog*innen, Physiotherapeut*innen und Seelsorger*innen bei der Betreuung leisten. Sie stehen bei Bedarf zur Verfügung, sind aber nicht fix angestellt bzw. man teilt sich diese Dienste mit anderen Einrichtungen.

Beachten Sie bitte auch die Erläuterungen in den Abschnitten 3.3.

Die von 2019 auf 2020 erkennbare Verschiebung der VZÄ von den Palliativkonsiliardiensten hin zu den Mobilien Palliativteams liegt an veränderten Arbeitsbedingungen der kombinierten Teams. Aufgrund der COVID-19-Pandemie haben die kombinierten Teams ihre Tätigkeit vermehrt als Mobiles Palliativteam und weniger als Palliativkonsiliardienst ausgeübt, weshalb auch die damit verbundene Arbeitszeit der Mitarbeiter*innen den Mobilien Palliativteams zugerechnet wurde. Diese Verschiebung darf daher nicht als effektiver Zuwachs oder Abbau an Personal interpretiert werden.

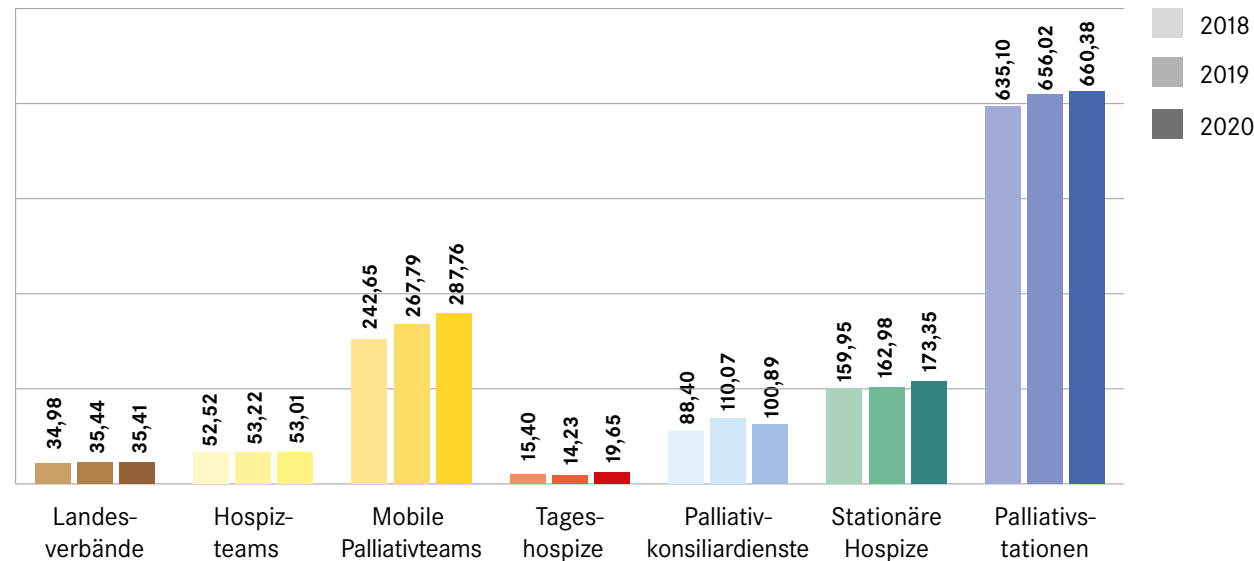


Abb. 31: Hauptamtliche Mitarbeiter*innen (VZÄ) 2018–2020

4.7. Hauptamtliche Mitarbeiter*innen (Personen) 2018–2020

Diese Grafik zeigt die Entwicklung der Anzahl der hauptamtlichen Mitarbeiter*innen (Personen). Die Zahlen beinhalten Mehrfachnennungen und dürfen nicht addiert werden.

Beachten Sie bitte auch die Erläuterungen in Abschnitt 3.4.

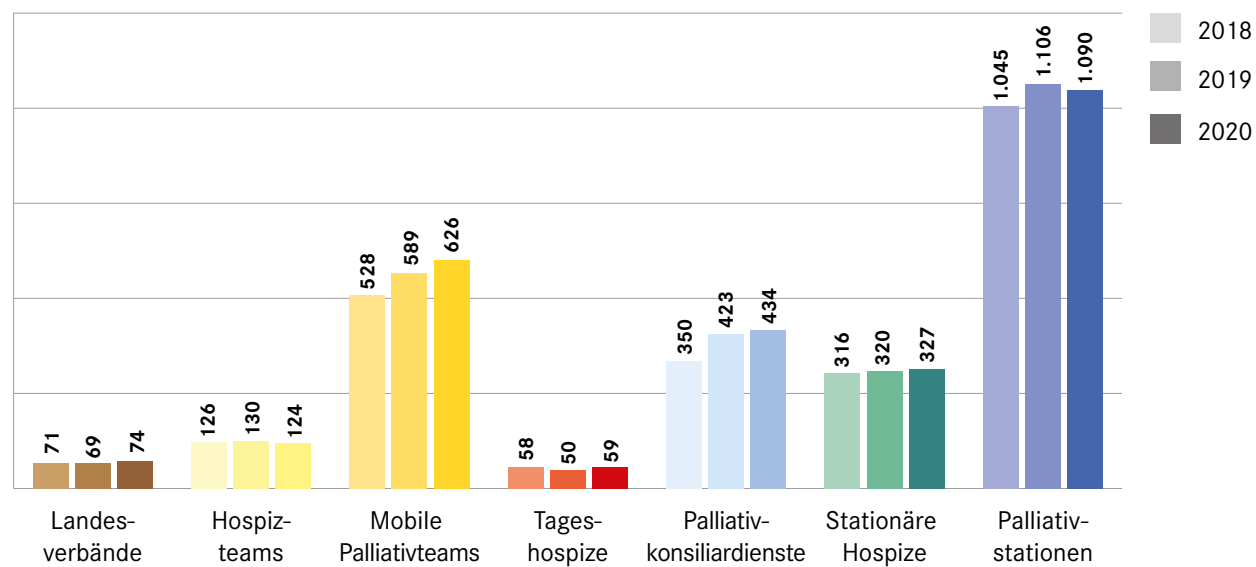


Abb. 32: Hauptamtliche Mitarbeiter*innen (Personen) 2018–2020

4.8. Entwicklung der Hospiz- und Palliativ-einrichtungen in Österreich 1989–2020

Der Vergleich 1989–2020 zeigt die deutliche Zunahme seit 1997 in vier Bereichen: bei den Hospizteams der Ehrenamtlichen, bei den Mobilien Palliativteams, den Palliativstationen und den Palliativkonsiliardiensten.⁴ In keinem Bereich ist österreichweit gesehen die Flächendeckung erreicht. Eine Zunahme ist fast ausschließlich in Zusammenhang mit gesicherter Finanzierung zu sehen, wobei österreichweit

Palliativstationen noch die einzigen Einrichtungen mit einer Regelfinanzierung sind. Die ehrenamtlichen Hospizteams profitieren in fast allen Bundesländern seit 2007 vom Kooperationsprojekt des Dachverbandes Hospiz Österreich mit der Österreichischen Sparkassengruppe.

⁴ Die große Veränderung in den Zahlen von MPT und PKD 2014 im Vergleich zu 2013 geht auf eine Änderung in der statistischen Erfassung in Niederösterreich zurück. Die kombinierten PKD/MPT Teams teilen seither die Daten konsequent in separate PKD- und MPT-Daten auf.

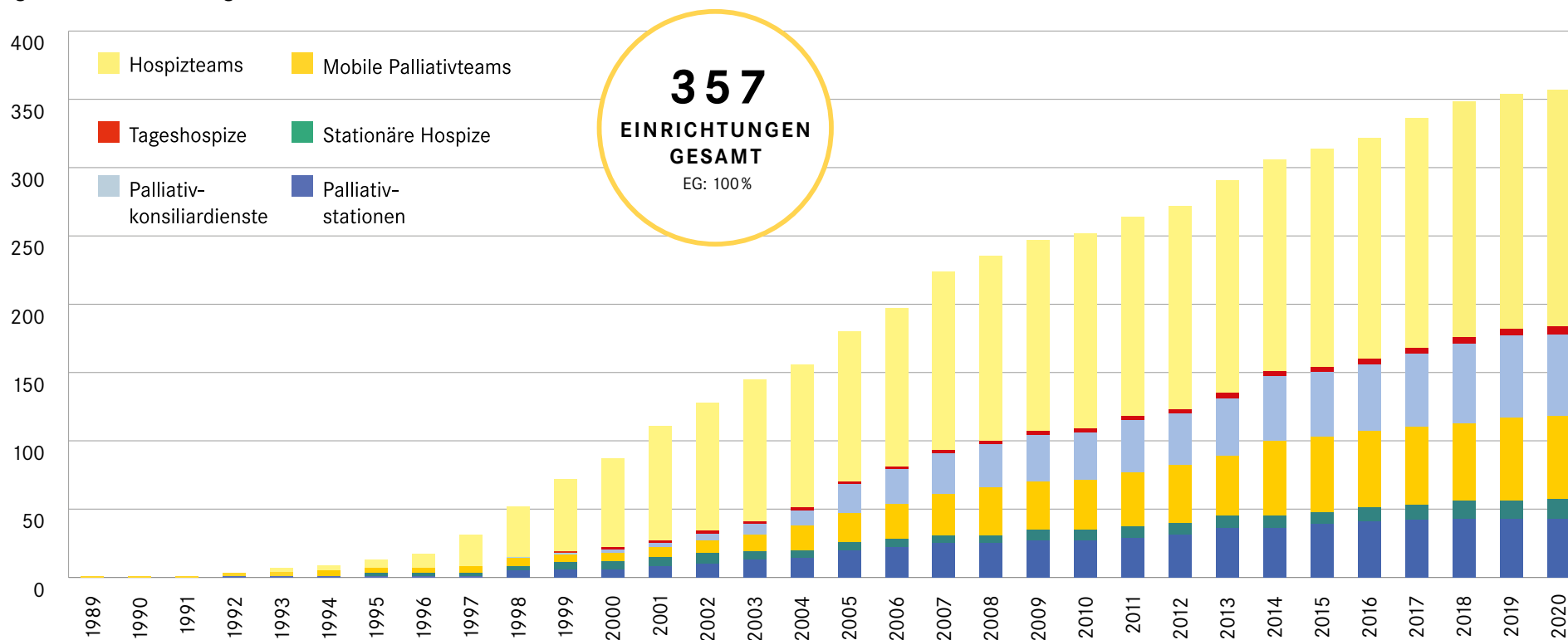


Abb. 33: Entwicklung der Hospiz- und Palliativeinrichtungen in Österreich 1989–2020

ABGESTUFTE PÄDIATRISCHE HOSPIZ- UND PALLIATIVVERSORGUNG

Im Rahmen des im April 2010 gestarteten Kinder- gesundheitsdialogs wurde dringender Handlungsbedarf im Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen festgestellt und zu diesem Thema in der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie im Jahr 2011 ein eigenes Ziel formuliert.

In der Folge erstellte GÖG/ÖBIG gemeinsam mit einer Expert*innengruppe ein spezifisches abgestuftes Konzept für die Hospiz- und Palliativversorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, das 2013 vom BMGF veröffentlicht wurde.

Grundversorgung

Die palliative Grundversorgung (= „Basispalliativversorgung“) sollen die etablierten Einrichtungen und Dienstleister – das sind Krankenhaus, niedergelassene Fachärzt*innen für Kinder- und Jugendheilkunde, (Kinder-)Krankenpflegedienste, Therapeut*innen etc. – übernehmen.

Spezialisierte Versorgung

Angebote der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit einer lebensbedrohlichen oder lebensverkürzenden Krankheit ergänzen die bestehenden Einrichtungen und Dienste, indem sie spezifisches Knowhow in die Betreuung einbringen.

Grundversorgung	Spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung		Entlastung
Einrichtung / Dienstleister	Mobile Angebote		Mobile, (teil-) stationäre Angebote
Kinderkliniken, (Kinder-)Krankenhäuser Betreuungseinrichtungen Niedergelassene (Fach-) Ärzteschaft mobile (Kinder-) Krankenpflege Therapeut*innen	Kinder-Hospizteams	Mobile Kinder-Palliativteams	Pädiatrische Palliativbetten Tagesbetreuung Entlastungspflege Kurz-, Langzeitpflege
			Stationäre Kinder-Hospize Erholung Trauerbegleitung ...

SPEZIALISIERTE HOSPIZ- UND PALLIATIVVERSORGUNG FÜR KINDER, JUGENDLICHE UND JUNGE ERWACHSENE

Definitionen der einzelnen Organisationsformen nach GÖG/ÖBIG

Mobiles Kinder-Palliativteam

Das Mobile Kinder-Palliativteam ist ein multiprofessionell zusammengesetztes Team, das die bereits bestehende Basisversorgung in der vertrauten Umgebung ganzheitlich unterstützt und ergänzt. Es wendet sich in erster Linie an die Betreuenden zu Hause oder in Betreuungseinrichtungen. Es kann auf Anfrage beratend im Krankenhaus tätig werden. Das Mobile Kinder-Palliativteam unterstützt weiters die Übergänge zwischen Krankenhaus und häuslicher Betreuung.

Kinder-Hospizteam

Das Kinder-Hospizteam setzt sich aus qualifizierten ehrenamtlichen Kinder-Hospizbegleiter*innen zusammen, die von einer hauptamtlichen Fachkraft koordiniert werden. Es versteht sich als Teil eines umfassenden Betreuungsnetzwerkes und arbeitet eng mit anderen Fachdiensten in der Hospiz- und Palliativversorgung

zusammen. Das Kinder-Hospizteam kann in allen Versorgungskontexten (Zuhause, im Krankenhaus, im Kinder-Hospiz, in Betreuungseinrichtungen, Schulen, Kindergärten etc.) tätig sein.

Stationäres Kinder-Hospiz

Das Stationäre Kinder-Hospiz ist eine Einrichtung, in der erkrankte Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene und/oder ihre Familie und/oder nahen An- und Zugehörigen in der Regel für eine bestimmte Zeit aufgenommen werden. Der Aufenthalt dient der Entlastung und professionellen Unterstützung der Familien. Stationäre Kinder-Hospize sind auf die besonderen Bedürfnisse und Wünsche von Kindern/Jugendlichen/jungen Erwachsenen mit lebenslimitierenden Erkrankungen und ihren Familien bereits ab Diagnosestellung ausgerichtet. Sie sind aufgrund ihres speziellen Aufgabengebiets eigenständige Einrichtungen.

Pädiatrische Palliativbetten

Pädiatrische Palliativbetten sind Betten in Abteilungen für Kinder- und Jugendheilkunde, die speziell für Palliativbehandlung ausgestattet sind. Ein speziell qualifiziertes multiprofessionell zusammengesetztes Team kümmert sich in einem ganzheitlichen Ansatz um die Kinder/Jugendlichen/jungen Erwachsenen und deren Familie, An- und Zugehörige.

COVID-19 UND DIE DAMIT VERBUNDENEN AUSWIRKUNGEN AUF DIE DATENERHEBUNG ZUR SPEZIALISIERTEN PÄDIATRISCHEN HOSPIZ- UND PALLIATIVVERSORGUNG

Die im März 2020 aufgetretene COVID-19-Pandemie sowie die damit verbundenen Auswirkungen und Einschränkungen haben die Arbeit der spezialisierten Hospiz- und Palliativeinrichtungen und damit auch die Datenerhebung des Dachverbands Hospiz Österreich beeinflusst.

Die Einschränkungen der persönlichen Kontakte zu Beginn der Pandemie hatten insbesondere im Bereich der mobilen Versorgung große Auswirkungen. In einem ersten Schritt konnten die betreuten/begleiteten Familien nicht mehr aufgesucht werden. Die Einschränkungen waren ursprünglich eine Folge insbesondere des ersten Lockdowns, haben sich in weiterer Folge jedoch punktuell auch über den Lockdown hinaus fortgesetzt, da sich die betroffenen Familien selbst aufgrund des Risikos für ihre Kinder zurückgezogen haben und gegenüber persönlichen Besuchen zurückhaltend waren.

Wie auch in der spezialisierten Versorgung für Erwachsene wurden im Rahmen der pädiatrischen Hospiz- und Palliativversorgung neue und kreative Möglichkeiten zur Kommunikation mit den Familien entwickelt, um eine Weiterbegleitung und -betreuung bestmöglich auf anderen, digitalen Wegen fort- und umzusetzen.

Durch die unterschiedlichen Maßnahmen der Landesregierungen konnten die Betreuungen und Begleitungen

in den Bundesländern nach Ende der Kontaktbeschränkungen teilweise sehr unterschiedlich wieder aufgenommen werden. Einige Maßnahmen sind nachhaltig in die Betreuungsmethoden und Strukturen übergegangen. Dazu zählen insbesondere (vermehrte) telefonische Beratungen, die verstärkt digitale Kommunikation der Mitarbeiter*innen insbesondere in den mobilen Einrichtungen sowie neu entwickelte Möglichkeiten zur Trauerbegleitung.

Auch eine vormalige Betreuung von erkrankten Kindern in Krankenhausambulanzen ist teilweise zu einer Hürde für die betroffenen Familien geworden. Um diese Hürde zu bewältigen, haben Mobile Kinder-Palliativteams im Einzelfall Patient*innen kurzfristig übernommen bzw. mitbetreut, sodass Familien das höhere Risiko eines Spitalsbesuchs ihres Kindes vermeiden konnten.

Weiters hat vor allem der Lockdown am Jahresende dazu geführt, dass in der mobilen Versorgung per 31.12.2020 vermehrt Betreuungsverhältnisse ruhend gestellt wurden.

In den hier wiedergegebenen Ergebnissen der Datenerhebung sind diese und weitere Auswirkungen und Entwicklungen der COVID-19-Pandemie nur teilweise sichtbar. Einerseits liegt dies daran, dass die Daten auf österreichweiter Ebene ausgewertet werden, wodurch

sich unterschiedliche Entwicklungen einzelner Bundesländer gegenseitig aufheben. Andererseits konnten durch die unterschiedlichen neuen Betreuungs- bzw. Begleitungsmethoden die betroffenen Familien weiterhin gut unterstützt werden, auch wenn sich die Form des Kontakts verändert hat. Insbesondere in den mobilen Einrichtungen (Kinder-Hospizteams und Mobile Kinder-Palliativteams) kam es in erster Linie zu einer Verschiebung des Leistungsspektrums hin zu telefonischen Beratungen. Inwieweit diese Verschiebung nachhaltig ist, wird sich in den kommenden Jahren zeigen.

Auch im Ablauf der aktuellen Datenerhebung war die COVID-19-Pandemie spürbar.

Die Datenerhebung 2020 zeigt deutlich, dass die pädiatrischen Hospiz- und Palliativeinrichtungen durch ihre Anpassungsfähigkeit sowie das Engagement der Mitarbeiter*innen gut mit neuen Gesamtumständen zu recht kommen und der Zugang der betroffenen Familien zur spezialisierten Versorgung trotz allen Herausforderungen ermöglicht werden konnte.



HOSPIZ- UND PALLIATIV-EINRICHTUNGEN FÜR KINDER, JUGENDLICHE UND JUNGE ERWACHSENE IN ÖSTERREICH 2020

1.1. Anzahl pädiatrische Hospiz- und Palliativeinrichtungen in Österreich

In Österreich gibt es mit Ende 2020 insgesamt 32 spezialisierte pädiatrische Hospiz- und Palliativeinrichtungen.

Im stationären Bereich stehen den Familien mit Ende 2020 insgesamt 4 Kinderhospizplätze und 8 Pädiatrische Palliativbetten zur Verfügung.

*) mit psychosozialer Ausrichtung

1 weiterer Kinderhospizplatz ist in der Datenerhebung nicht erfasst.

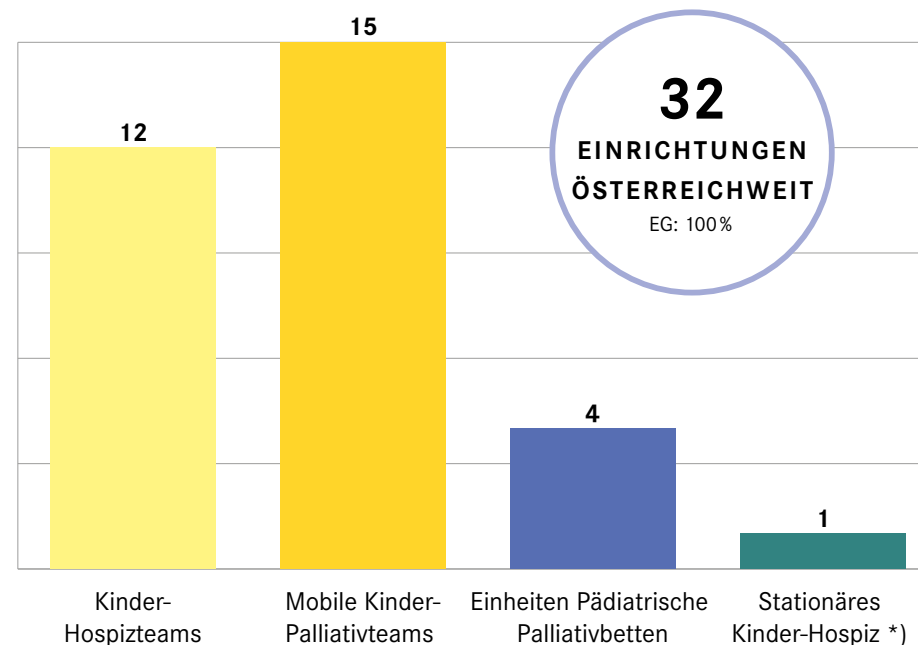


Abb. 34: Anzahl der pädiatrischen Hospiz- und Palliativeinrichtungen Österreichs, Stand 31.12.2020

1.2. Anzahl pädiatrische Hospiz- und Palliativeinrichtungen in Österreich nach Bundesländern

Im Vergleich zu 2019 kam ein Mobiles Kinder-Palliativteam in Kärnten hinzu.

Burgenland: 1 Stationäres Kinder-Hospiz mit psychosozialer Ausrichtung

Niederösterreich: 4 kleine Mobile Kinder-Palliativteams; 1 Kinderhospizplatz ist nicht in der Datenerhebung erfasst

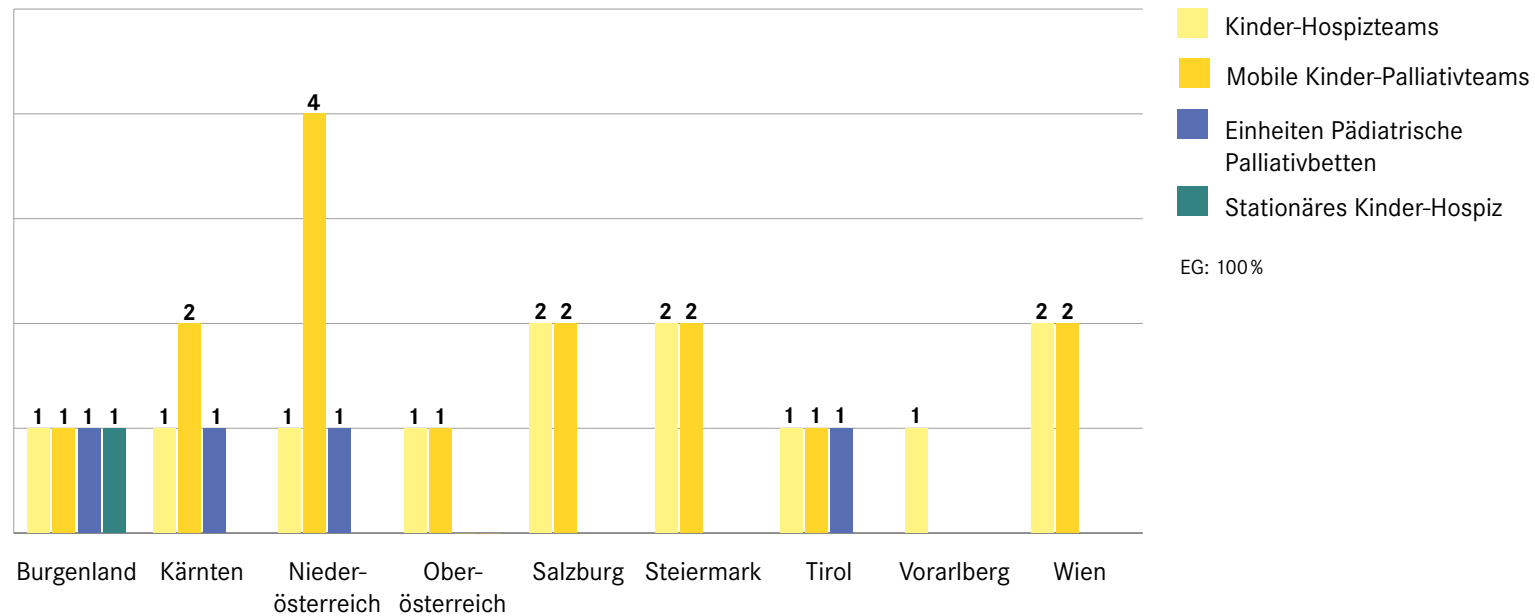


Abb. 35: Anzahl der pädiatrischen Hospiz- und Palliativeinrichtungen in den Bundesländern, Stand 31.12.2020

2

PÄDIATRISCHE HOSPIZ- UND PALLIATIVBETREUUNG 2020

2.1. Anzahl der betreuten Patient*innen (Mehrfachnennungen)

Betreuung zu Hause und stationäre Aufenthalte gehen oft ineinander über oder wechseln ab, häufig sind auch mehrere Dienste gleichzeitig in den Familien (z.B. Mobiles Kinder-Palliativteam und Kinder-Hospizteam). Aus diesem Grund dürfen und können die Patient*innenzahlen **der unterschiedlichen Einrichtungsarten nicht zu einer Gesamtzahl** summiert werden, weder auf Österreich- noch auf Bundeslandebene.

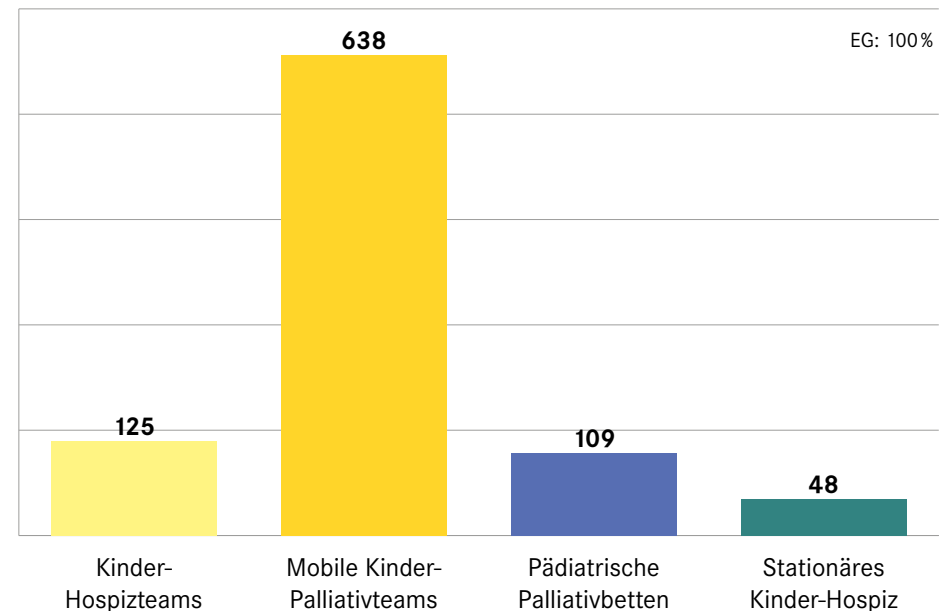


Abb. 36: In den pädiatrischen Hospiz- und Palliativeinrichtungen im Jahr 2020 betreute Patient*innen

2.2. Anzahl der betreuten Patient*innen in den Bundesländern (Mehrfachnennungen)

Abb. 37 zeigt, wie viele Patient*innen die verschiedenen Einrichtungsarten in den einzelnen Bundesländern im Jahr 2020 betreut haben. Die Patient*innen müssen dabei nicht zwingend aus dem Bundesland der Einrichtung stammen. Die Pädiatrischen Palliativbetten in Niederösterreich etwa versorgen auch Patient*innen aus den angrenzenden Bundesländern, das Stationäre Kinder-Hospiz im Burgenland nimmt Familien aus ganz Österreich auf.

Beim Vergleich der Patient*innenzahlen der Mobilien Kinder-Palliativteams ist zu berücksichtigen, dass diese Teams vereinzelt auch Entlastungspflege übernehmen.

Die Patient*innenzahlen der unterschiedlichen Einrichtungsarten dürfen **nicht summiert** werden (siehe auch Hinweis unter 2.1.).

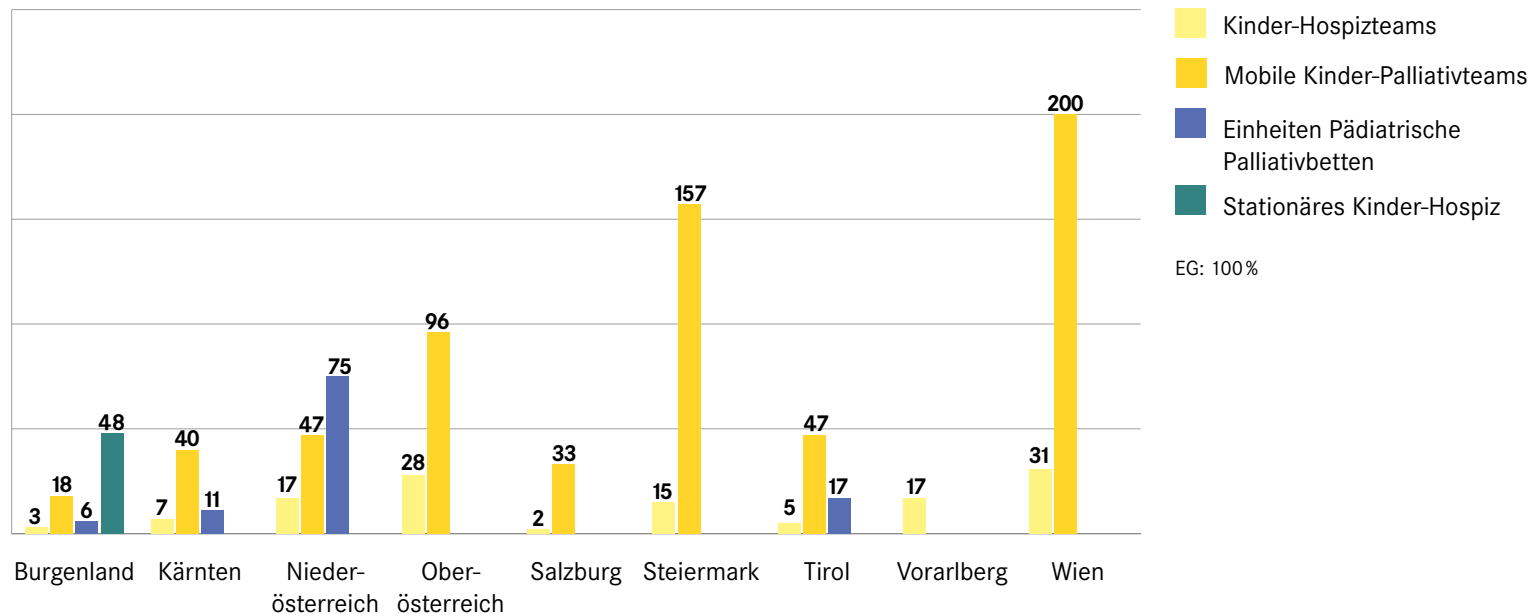


Abb. 37: In den pädiatrischen Hospiz- und Palliativeinrichtungen im Jahr 2020 betreute Patient*innen nach Bundesländern

2.3. Anzahl der betreuten Personen

Im Fokus der pädiatrischen Hospiz- und Palliativversorgung stehen die schwerkranken jungen Patient*innen und ihre Familien. Dementsprechend kümmern sich die pädiatrischen Hospiz- und Palliativeinrichtungen auch um die Eltern, die Geschwister und weiteren Angehörigen und Nahestehenden. Abb. 38 zeigt, wie viele Personen die einzelnen Einrichtungen betreut und begleitet haben.

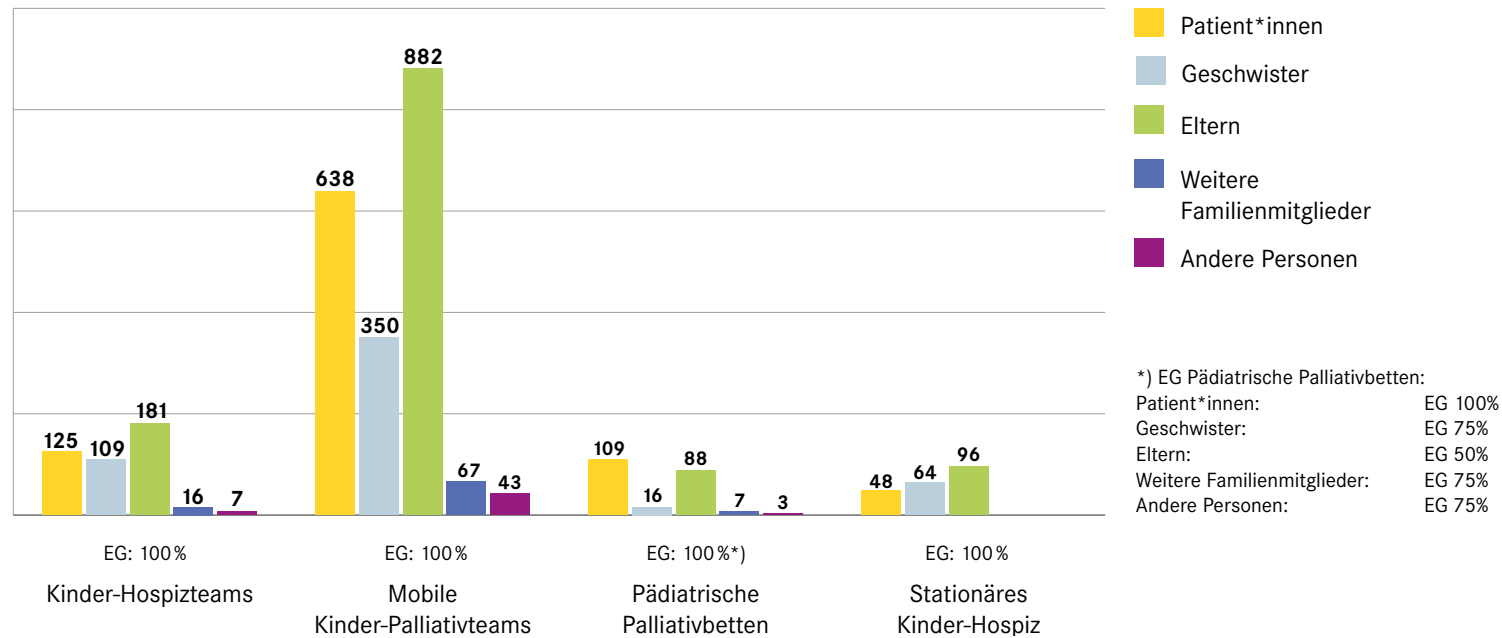


Abb. 38: In den pädiatrischen Hospiz- und Palliativeinrichtungen im Jahr 2020 betreute Personen

2.4. Status der Betreuungen

Die Grafik zeigt für die einzelnen Einrichtungsarten die Zusammensetzung der im Jahr 2020 betreuten Patient*innen nach ihrem Betreuungsstatus am 31.12.. Speziell im mobilen Bereich spiegelt sich der Umstand, dass die pädiatrische Hospiz- und Palliativbetreuung – im Unterschied zum Erwachsenenbereich – viel früher (gegebenenfalls bereits ab Diagnosestellung) einsetzt und Betreuungsphasen länger (gegebenenfalls auch über Jahre hinweg) andauern. Der Anteil der am 31.12.2020 aufrechten bzw. ruhend gestellten Betreuungen ist hier hoch.

Im Vergleich zu 2019 wurden deutlich mehr Betreuungen ruhend gestellt. Laut Rückmeldungen aus den Einrichtungen ist dies primär auf die COVID-19-Pandemie und den damit verbundenen Lockdown zum Jahresende zurückzuführen. Bei den Kinder-Hos-

pizteams ist der Anteil etwa 4-mal so hoch wie 2019, bei den Mobilien Kinder-Palliativteams ist der Anteil etwa 1,5-mal so hoch.

Pädiatrische Palliativbetten sollen in komplexen und krisenhaften Situationen die Krisenbewältigung und Stabilisierung übernehmen, Stationäre Kinder-Hospize sollen Familien für eine bestimmte Zeit zur Entlastung und professionellen Unterstützung aufnehmen. Dass die stationären Einrichtungen ihrem Auftrag nachkommen, zeigen die hohen Entlassungsquoten.

Ein vergleichsweise geringer Anteil der Patient*innen ist im Verlauf des Jahres 2020 in Betreuung verstorben.

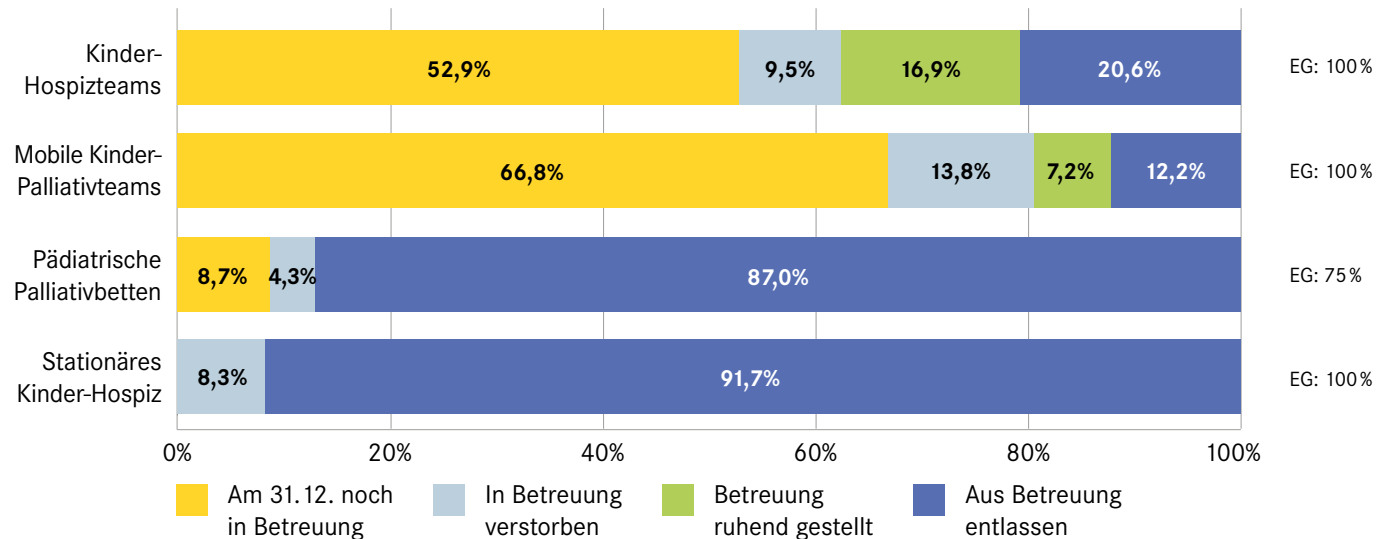


Abb. 39: Patient*innen in pädiatrischen Hospiz- und Palliativeinrichtungen: per 31.12.2020 noch in Betreuung, verstorben, Betreuung ruhend gestellt, entlassen.

2.5. Beendigung der Betreuungen

Die Grafik zeigt die Gründe für eine Beendigung der Betreuungen. Betreuungen enden bei den Mobilien Kinder-Palliativteams zu über 50 Prozent durch den Tod des/der Patient*in. Bei den Pädiatrischen Palliativbetten und dem Stationären Kinder-Hospiz enden Betreuungen in über 90% mit einer Entlassung.

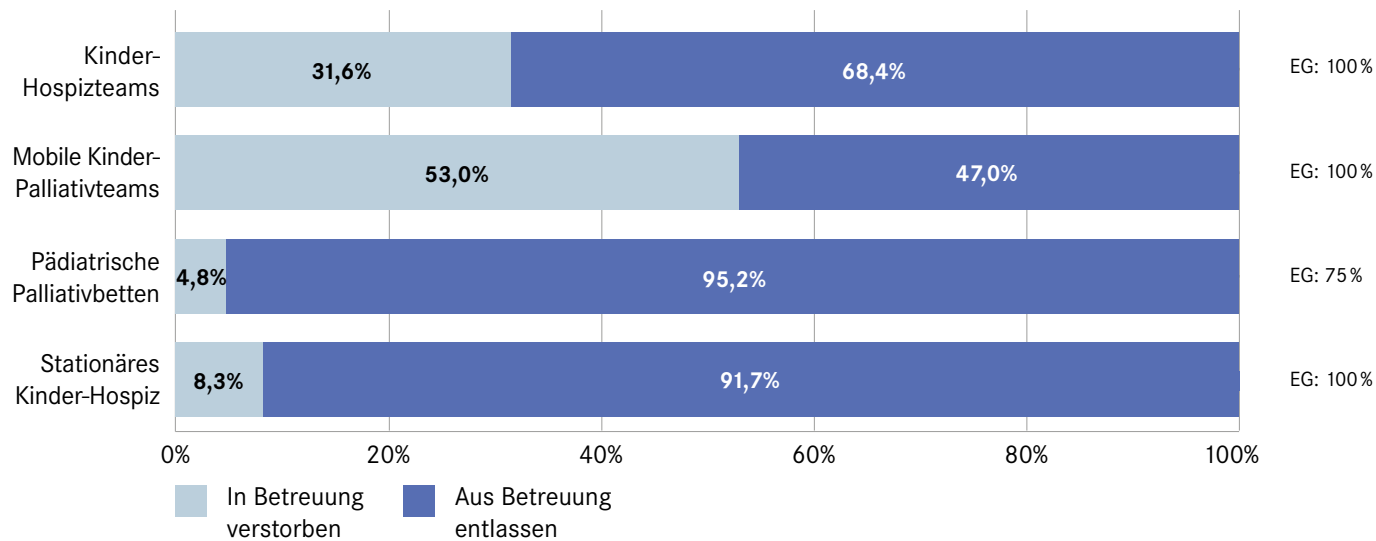


Abb. 40: Beendigung der Betreuungen 2020

2.6. Erkrankungen und Alter der Patient*innen

Lebensverkürzend erkrankte Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene können anhand ihrer Erkrankung in vier Gruppen eingeteilt werden. Diese Erkrankungsgruppen wurden 2006 von einer internationalen Arbeitsgruppe definiert, in einem IMPaCCT-Statement⁵ veröffentlicht und sind seither international gebräuchlich.

Erkrankungsgruppen 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: Krebserkrankungen, korrigierbare Herzfehler

Gruppe 2: Erkrankungen, bei denen ein frühzeitiger Tod unvermeidlich ist. Lange Phasen intensiver Therapie haben eine Lebensverlängerung und eine Teilnahme an normalen Aktivitäten des täglichen Lebens zum Ziel.
Beispiele: nicht korrigierbare Herzfehler, zystische Fibrose

Gruppe 3: Progrediente Erkrankungen ohne die Möglichkeit einer kurativen Therapie. Die Therapie erfolgt ausschließlich palliativ. Sie erstreckt sich häufig über viele Jahre.
Beispiele: Stoffwechselerkrankungen, Muskeldystrophie

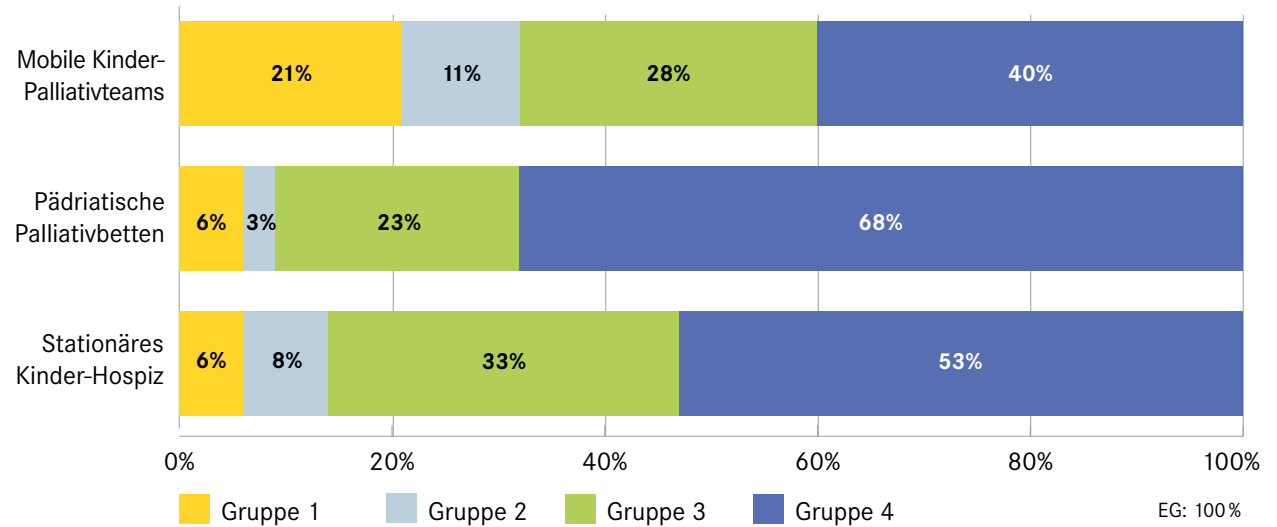
Gruppe 4: Irreversible, jedoch nichtprogrediente Erkrankungen, die regelhaft Komplikationen zeigen und wahrscheinlich zum vorzeitigen Tod führen. Diese Erkrankungen stellen komplexe Anforderung an die medizinische Versorgung.
Beispiele: schwere Zerebralparese, Mehrfachbehinderung nach Schädelhirntrauma

⁵ IMPaCCT (International Meeting for Palliative Care in Children, Trento): Standards pädiatrischer Palliativversorgung in Europa.
Im Original publiziert im European Journal of Palliative Care, 2007; 14(3): 109-114.

Verteilung der Patient*innen nach Erkrankungsgruppen in den einzelnen Einrichtungsarten:

Alle Einrichtungen betreuen Patient*innen aller vier Erkrankungsgruppen. Die Gruppe 4 stellt dabei den größten Anteil dar (in den stationären Einrichtungen sogar mehr als die Hälfte der Patient*innen).

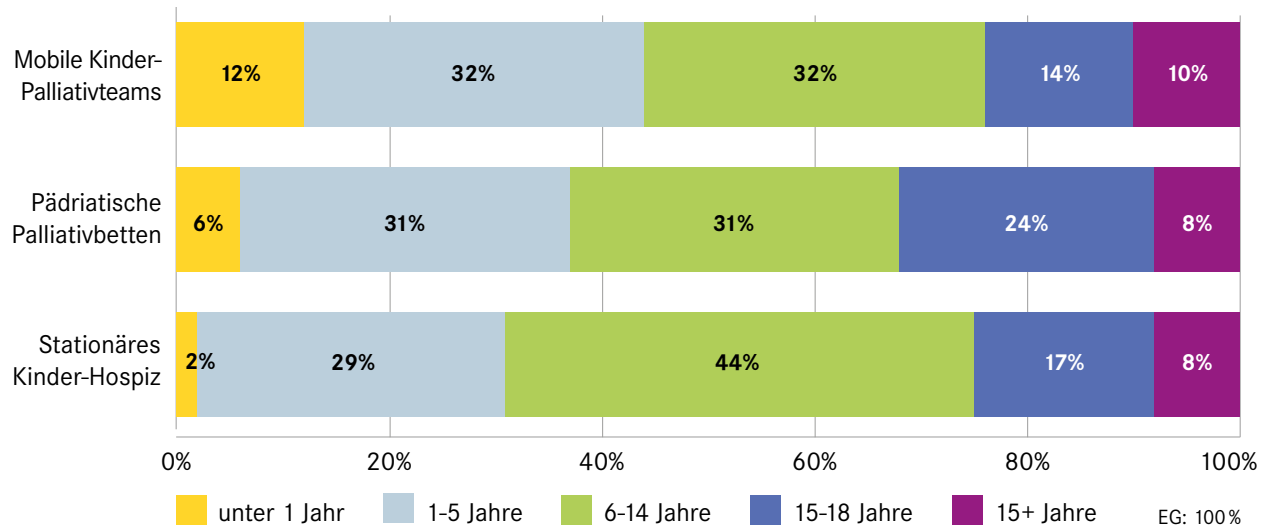
Abb. 41: Patient*innen in den pädiatrischen Hospiz- und Palliativeinrichtungen 2020 nach Erkrankungsgruppen



Verteilung der Patient*innen nach Altersgruppen in den einzelnen Einrichtungsarten:

Patient*innen im Alter von einem Jahr bis 14 Jahren stellen den größten Anteil der betreuten Patient*innen dar. In den erfassten Einrichtungen liegt dieser Anteil bei mehr als 60%. Im Stationären Kinder-Hospiz sogar bei über 70%.

Abb. 42: Patient*innen in den pädiatrischen Hospiz- und Palliativeinrichtungen 2020 nach Altersgruppen



2.7. Respiratorische Symptomatiken der Patient*innen

Viele chronische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter gehen mit Beeinträchtigungen der Atemtätigkeit einher. Diese stellen die betreuenden Personen vor besondere Herausforderungen. Die Grafik zeigt bei wie vielen Patient*innen welche Symptomatiken im Erhebungsjahr vorlagen.

Hinweis: Die respiratorische Symptomatik kann sich bei einem/ einer Patient*in im Zeitverlauf ändern; es können auch mehrere Symptomatiken gleichzeitig vorliegen. Die Werte dürfen daher nicht summiert werden.

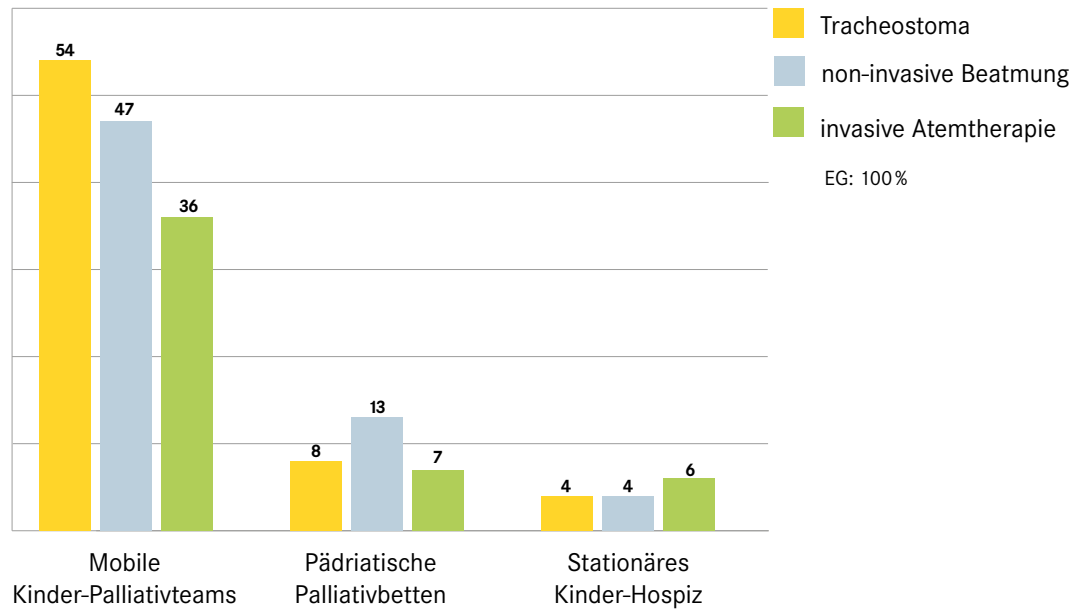


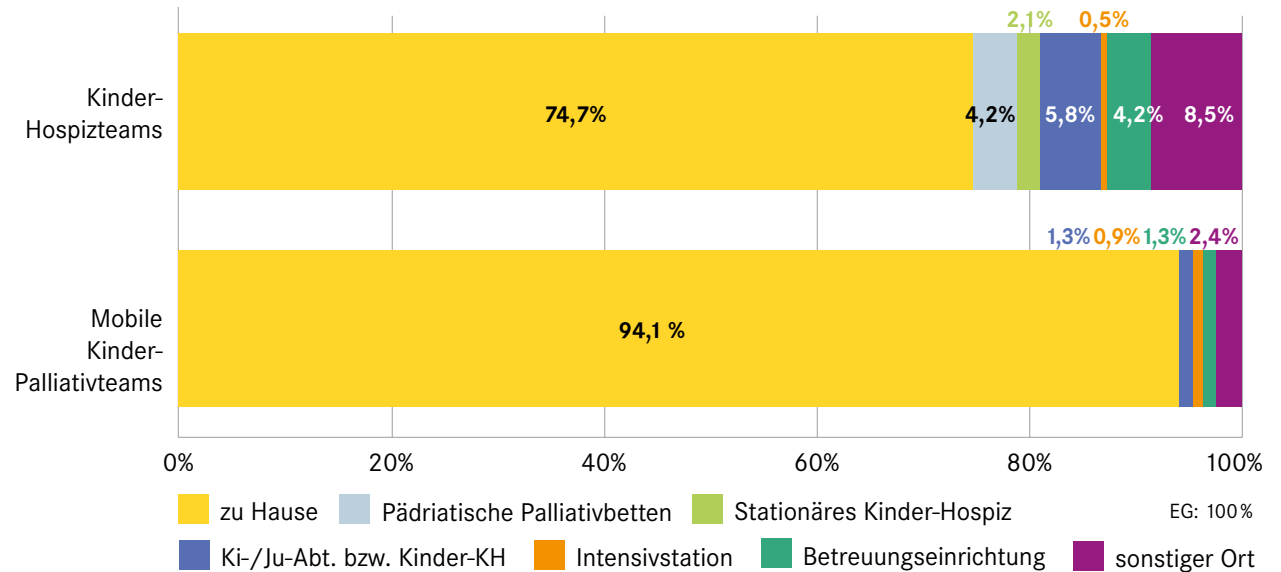
Abb. 43: Respiratorische Symptomatiken der Patient*innen 2020

2.8. Hauptort der Betreuung

Mobile Kinder-Palliativteams und Kinder-Hospizteams betreuen und begleiten die Patient*innen und ihre Familien an ihrem Aufenthaltsort. Während die Mobilien Kinder-Palliativteams vorwiegend zu Hause bei den Patient*innen im Einsatz sind, erstrecken sich die Einsätze der Kinder-Hospizteams auf alle Versorgungskontexte.

Aufgrund der COVID-19-Pandemie war im Jahr 2020 eine deutliche Verschiebung des Hauptorts der Betreuung weg von den stationären Einrichtungen (Pädiatrische Palliativbetten, Krankenhaus, Intensivstation) hin zum Zuhause oder sonstigen Orten zu beobachten.

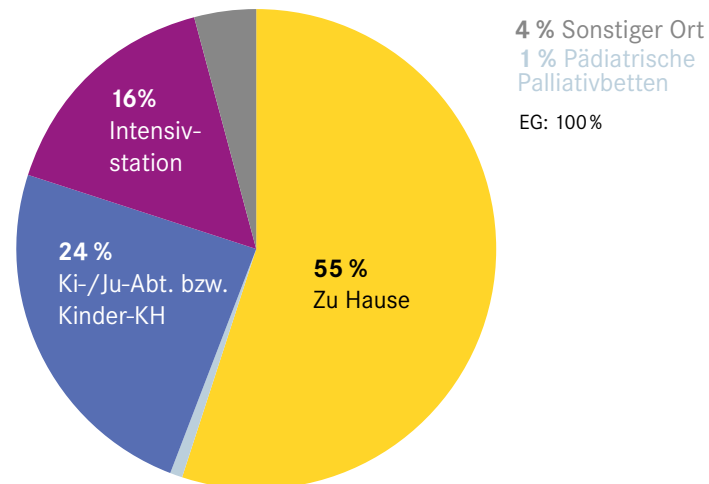
Abb. 44: Hauptort der Betreuung von pädiatrischen Palliativpatient*innen 2020



2.9. Sterbeort von Patient*innen

88 von Mobilien Kinder-Palliativteams betreute Patient*innen sind im Jahr 2020 verstorben – 55 % davon in ihrem vertrauten Zuhause.

Abb. 45: Sterbeort von pädiatrischen Palliativpatient*innen, die 2020 von Mobilien Kinder-Palliativteams betreut wurden



2.10. Tätigkeit im mobilen Bereich

Mobile Kinder-Palliativteams und Kinder-Hospizteams bieten den Familien Unterstützung in ihrem häuslichen Umfeld. Neben Besuchen und Beratungen erstreckt sich ihre Tätigkeit auch auf die Betreuung der Geschwister von lebensverkürzend erkrankten oder verstorbenen Kindern/Jugendlichen und die Begleitung der Familie in der Trauer. Die Beratung der Betreuer*innen und des Umfelds der Patient*innen zählt zu den wesentlichen Aufgaben der Mobilien Kinder-Palliativteams. 2020 führten die Mobilien Kinder-Palliativteams über 13.000 persönliche und telefonische Beratungen durch und absolvierten mehr als 6.000 Patient*innenbesuche. Bei den Kinder-Hospizteams

stehen ebenfalls die Besuche der Familien (mehr als 1.000) und die persönlichen und telefonischen Beratungen (mehr als 1.200) im Vordergrund.

Aufgrund der COVID-19-Pandemie lag im Jahr 2020 der Schwerpunkt der Tätigkeiten sowohl bei den Mobilien Kinder-Palliativteams als auch bei den Kinder-Hospizteams auf den telefonischen Beratungen. Die Zahl der Geschwisterbetreuungen hat aufgrund der Kontakteinschränkungen massiv abgenommen, auch bei den Trauerbegleitungen ist ein Rückgang zu verzeichnen.

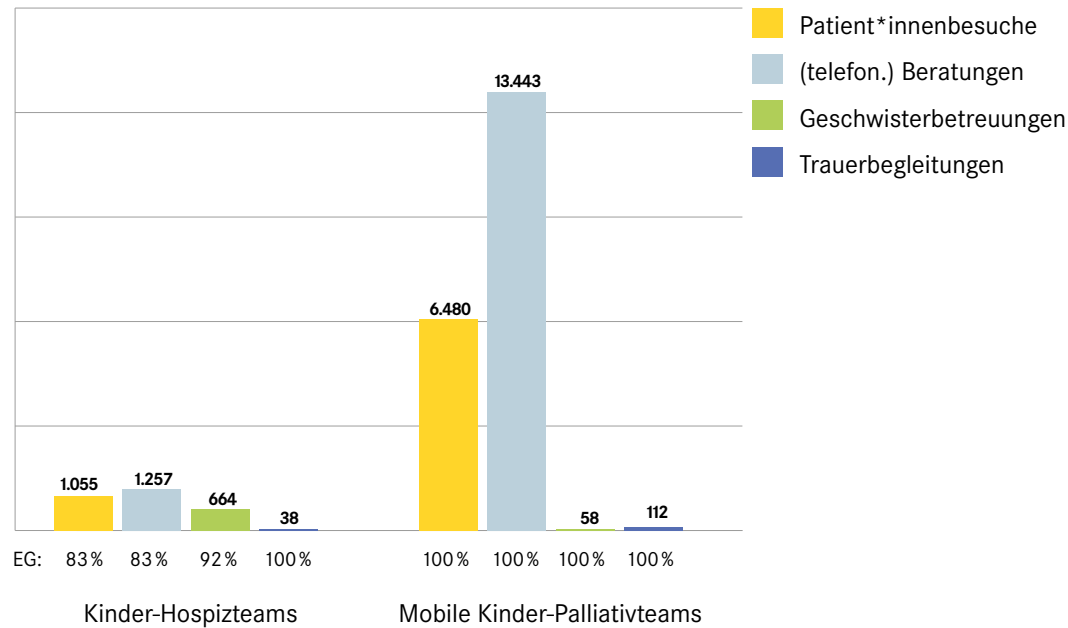


Abb. 46: Tätigkeit Mobile Kinder-Palliativteams und Kinder-Hospizteams 2020

2.11. Weitere Tätigkeiten

Zusätzlich zu den in Abschnitt 2.10. für die mobilen Einrichtungen dargestellten Leistungen erbringen spezialisierte pädiatrische Hospiz- und Palliativeinrichtungen weitere Leistungen, die dem Kernleistungsspektrum zugerechnet werden oder aber auch darüber hinaus gehen. Damit gehen die Einrichtungen flexibel auf die Bedürfnislagen der versorgten Familien oder auf regionale Gegebenheiten ein. Eine Erhebung des (vollständigen) Leistungsspektrums der einzelnen Einrichtungen würde den Rahmen einer jährlichen Datenerhebung sprengen. Weiters können individuelle, spezifische Leistungen, die nicht von allen Einrichtungen angeboten werden, aufgrund der daraus resultierenden Unvergleichbarkeit auf Österreichebene weder erhoben noch im Datenbericht dargestellt werden.

EHREN- UND HAUPTAMTLICHE MITARBEITER*INNEN 2020

3.1. Anzahl ehrenamtliche Mitarbeiter*innen

Ende 2020 waren in den Kinder-Hospizteams insgesamt 231 Personen ehrenamtlich tätig, davon 89 % Frauen und 11 % Männer. 198 engagierten sich als Kinder-Hospizbegleiter*innen direkt in der Unterstützung der Familien, 33 Personen waren in Tätigkeitsbereichen wie Administration, Fundraising etc. aktiv.

Es gibt Hospizbegleiter*innen mit Aufbaukurs zur Kinder-Hospizbegleitung, die in Hospizteams für Erwachsene tätig sind und (nur) fallweise unterstützend in der Kinderhospizbegleitung tätig werden. Diese sind bei den Hospizteams für Erwachsene erfasst.

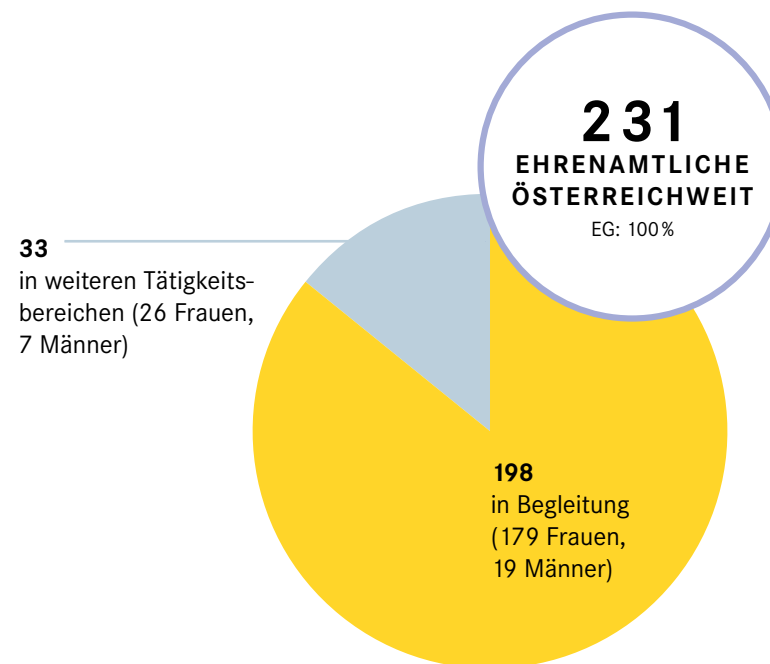


Abb. 47: Anzahl ehrenamtliche Mitarbeiter*innen in den Kinder-Hospizteams per 31.12.2020

3.2. Zeitaufwand ehrenamtlicher Mitarbeiter*innen

231 ehrenamtliche Mitarbeiter*innen haben über 11.000 Stunden unbezahlte Arbeit geleistet. Mehr als 7.500 Stunden wurden im Zusammenhang mit der Begleitung der schwerkranken Patient*innen und ihrer Familien aufgewendet. Über 3.500 Stunden wurden für weitere Tätigkeiten in den Bereichen Administration, Öffentlichkeitsarbeit, Fundraising etc. erbracht.

Im Vergleich zu 2019 ist die Anzahl der geleisteten Stunden um etwa 37 % zurückgegangen. Dies lag an den weitreichenden Kontaktbeschränkungen der COVID-19-Pandemie und der damit verbundenen Zurückhaltung der betroffenen Familien bei persönlichen Kontakten.

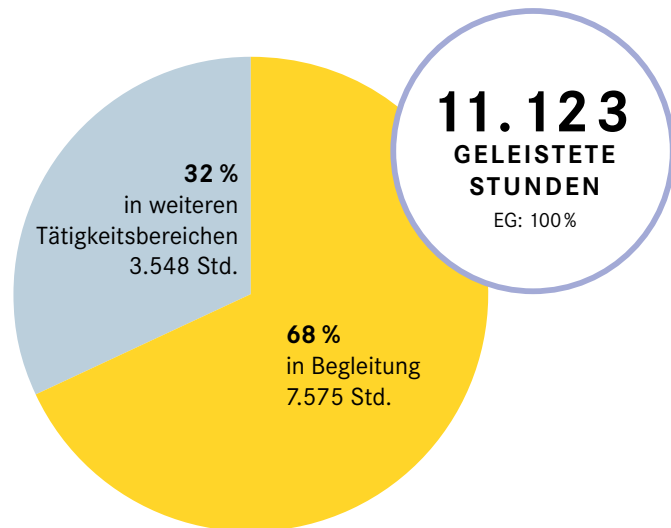


Abb. 48: Zeitaufwand ehrenamtlicher Mitarbeiter*innen in Kinder-Hospizteams 2020

3.3. Hauptamtliche Mitarbeiter*innen (VZÄ)

Per Ende 2020 waren in den pädiatrischen Hospiz- und Palliativeinrichtungen in Österreich umgerechnet knapp 67 Vollzeitkräfte tätig.

1 VZÄ entspricht einer Vollzeitanstellung im Ausmaß von 40 h/Woche.

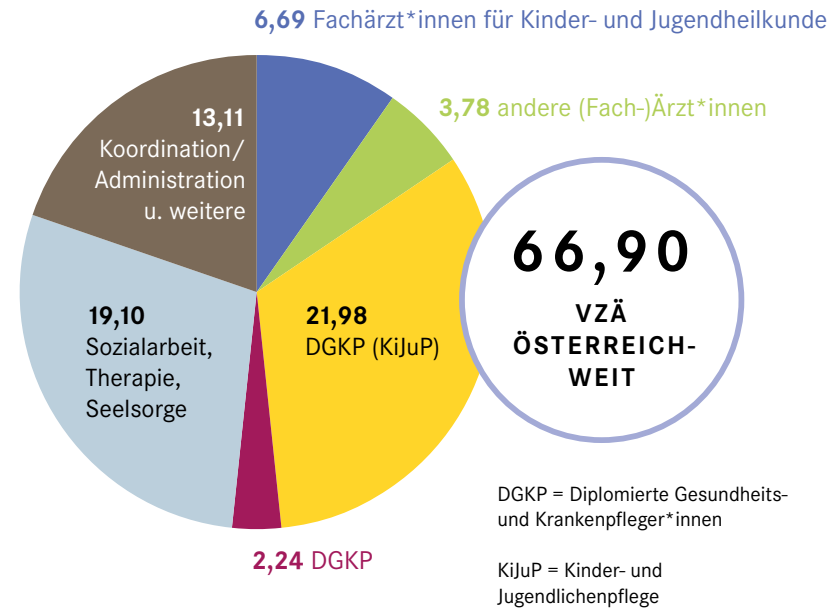


Abb. 49: Hauptamtliche Mitarbeiter*innen in den pädiatrischen Hospiz- und Palliativeinrichtungen per 31.12.2020 (in VZÄ)

4 HOSPIZ- UND PALLIATIV- EINRICHTUNGEN FÜR KINDER, JUGENDLICHE UND JUNGE ERWACHSENE IM 3-JAHRES-VERGLEICH 2018 – 2020

54

4.1. Entwicklung 2018-2020 pro Einrichtungsart

Die Anzahl der pädiatrischen Hospiz- und Palliativeinrichtungen erhöhte sich von 29 Einrichtungen im Jahr 2018 auf 32 Einrichtungen im Jahr 2020. Diese Entwicklung fand vorwiegend im mobilen Bereich statt.

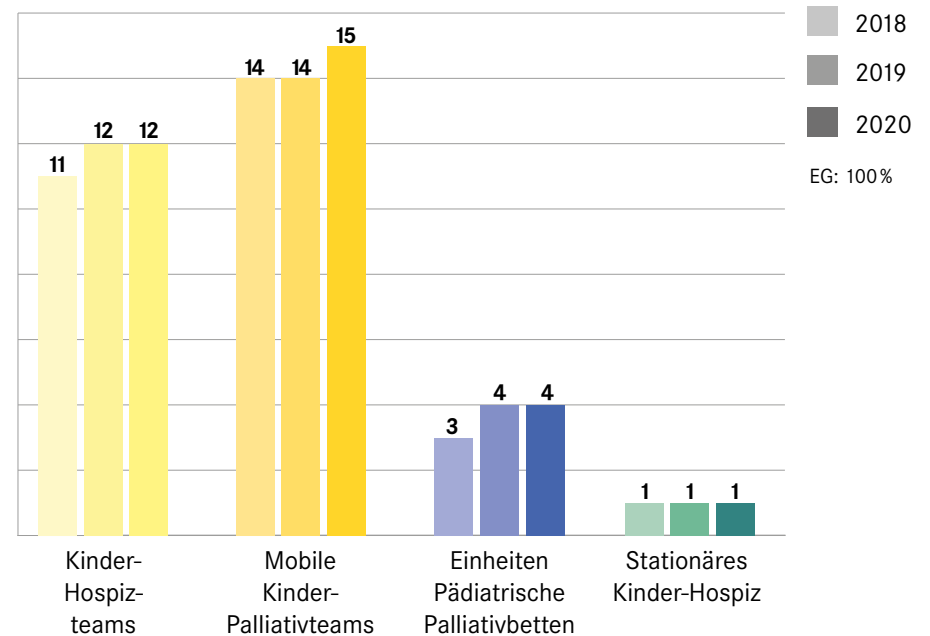


Abb. 50: Pädiatrische Hospiz- und Palliativeinrichtungen - Entwicklung pro Einrichtungsart 2018-2020

4.2. **Betreute Patient*innen 2018-2020**

Die Entwicklung der von den einzelnen Versorgungsangeboten betreuten Patient*innen zeigt Abb. 51. Betreuung zu Hause und stationäre Aufenthalte gehen oft ineinander über oder wechseln sich ab, häufig sind auch mehrere Dienste gleichzeitig in den Familien (z.B. Mobiles Kinder-Palliativteam und Kinder-Hospizteam).

Die Betreuungszahlen der unterschiedlichen Einrichtungsarten dürfen daher nicht zu einer Gesamtzahl summiert werden.

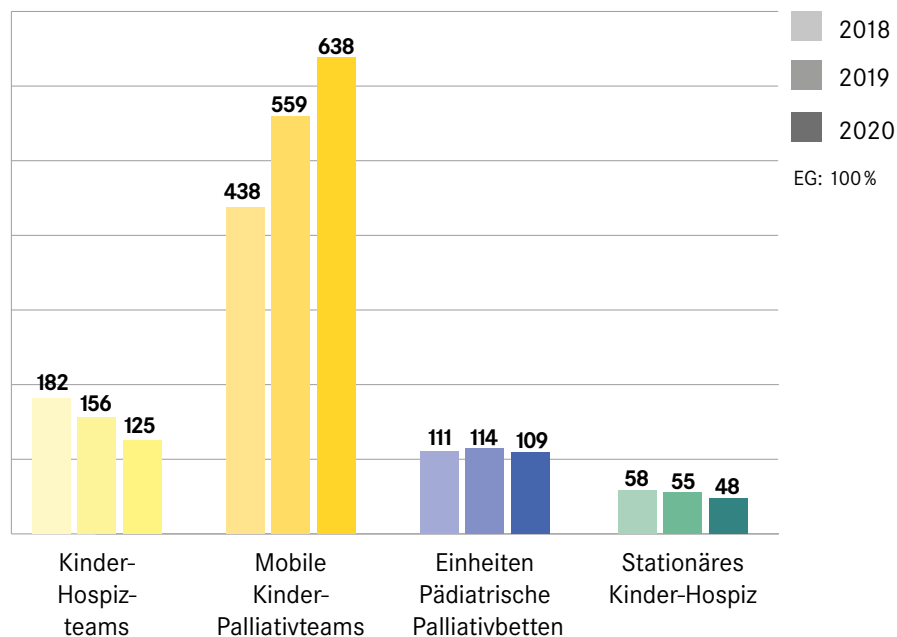


Abb. 51: In den pädiatrischen Hospiz- und Palliativeinrichtungen betreute Patient*innen 2018-2020

Im Vergleich zu 2019 hat die Zahl der von Kinder-Hospizteams begleiteten Patient*innen abgenommen. Dies lag in erster Linie an den Zugangsbeschränkungen im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie und einer damit verbundenen Unsicherheit der Familien gegenüber persönlichen Kontakten mit Außenstehenden.

Weiters haben während der COVID-19-Pandemie die Mobilen Kinder-Palliativteams teilweise Betreuungshandlungen übernommen, die vormals ambulant in Krankenhäusern stattfanden. Einerseits stellte dies eine Entlastung für die Krankenhäuser dar. Andererseits konnten auf diese Weise für die betreuten Familien und Patient*innen sowohl Ansteckungsrisiken als auch organisatorischer Mehraufwand, der durch die Zugangsbestimmungen erforderlich war, minimiert werden. Teilweise wurden auch Palliativpatient*innen übernommen, die unter normalen Umständen erst zu einem späteren Zeitpunkt in die Betreuung von Mobilen Kinder-Palliativteams gefallen wären. Sofern diese Betreuungen wieder eingestellt werden konnten, wurden die Patient*innen wieder aus der Betreuung entlassen (siehe dazu auch Abschnitt 2.4. und Abschnitt 2.5.).

4.3. Tätigkeiten der Kinder-Hospizteams 2018-2020

Die COVID-19-Pandemie im Jahr 2020 hat sich besonders auf die Anzahl der Geschwisterbetreuungen und die Form der Kommunikation ausgewirkt. Aufgrund der Einschränkungen der persönlichen Kontakte ist die Betreuung der Geschwister deutlich zurückgegangen, obwohl sie einen großen Stellenwert einnimmt. Weiters hat sich insbesondere die Arbeitsweise der Kinder-Hospizteams dahingehend geändert, dass die Teams vermehrt in telefonischem Kontakt mit den Familien standen, wodurch weniger Patient*innenbesuche stattgefunden haben.

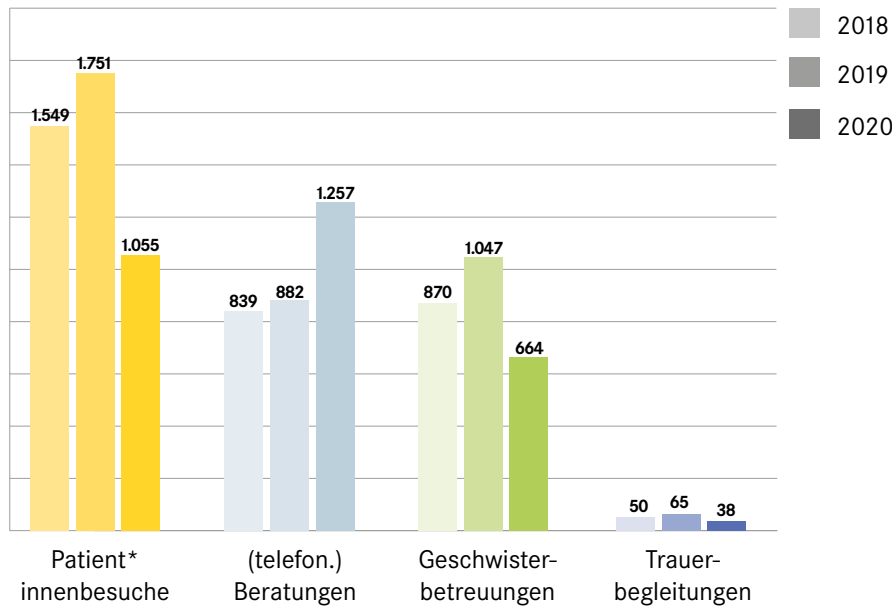


Abb. 52: Ehrenamtliche Mitarbeiter*innen in den Kinder-Hospizteams 2018-2020

4.4. Tätigkeiten der Mobilen Kinder-Palliativteams 2018-2020

Aufgrund der Einschränkungen der persönlichen Kontakte während der COVID-19-Pandemie im Jahr 2020 ist auch bei den Mobilen Kinder-Palliativteams die Betreuung der Geschwister deutlich zurückgegangen. Die Form der Kommunikation hat sich insbesondere dahingehend geändert, dass die Teams vermehrt telefonisch oder auch über neue Medien wie Whatsapp, etc. kommuniziert haben.

Im Gegensatz zu den Kinder-Hospizteams haben die Mobilen Kinder-Palliativteams trotz der erschwerten Kontaktbedingungen aufgrund der Pandemie 2020 mehr Patient*innenbesuche als 2019 gemacht und die betroffenen Familien vor Ort betreut.

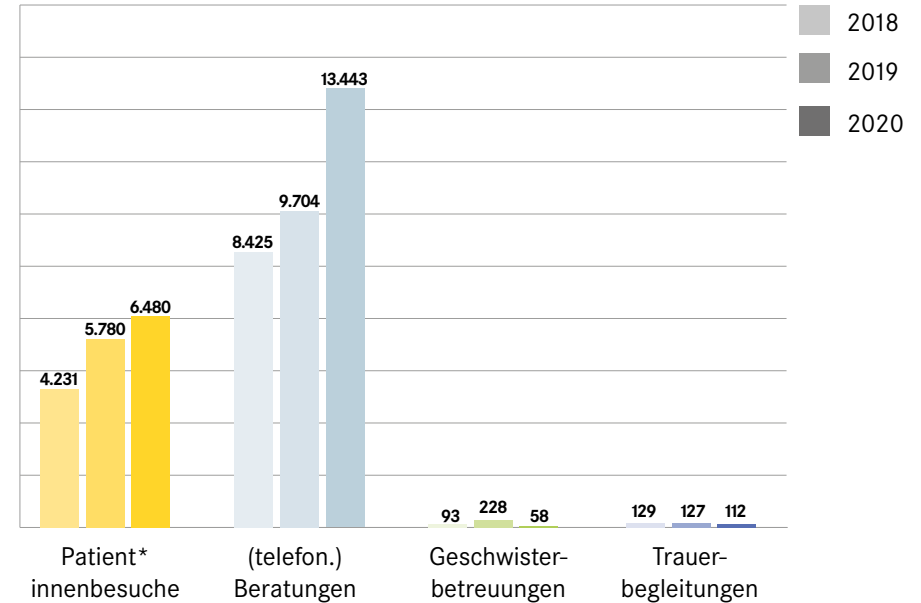


Abb. 53: Tätigkeiten der Mobilen Kinder-Palliativteams 2018-2020

4.5. Ehrenamtliche Mitarbeiter*innen 2018-2020

Die Zahl der ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen hängt nicht nur mit der Entwicklung der Anzahl der Teams zusammen, sondern ist auch von anderen Faktoren bestimmt. Neue Personen kommen hinzu, andere beenden oder unterbrechen die ehrenamtliche Tätigkeit. Insofern unterliegt die Gesamtzahl der ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen auch natürlichen Schwankungen.

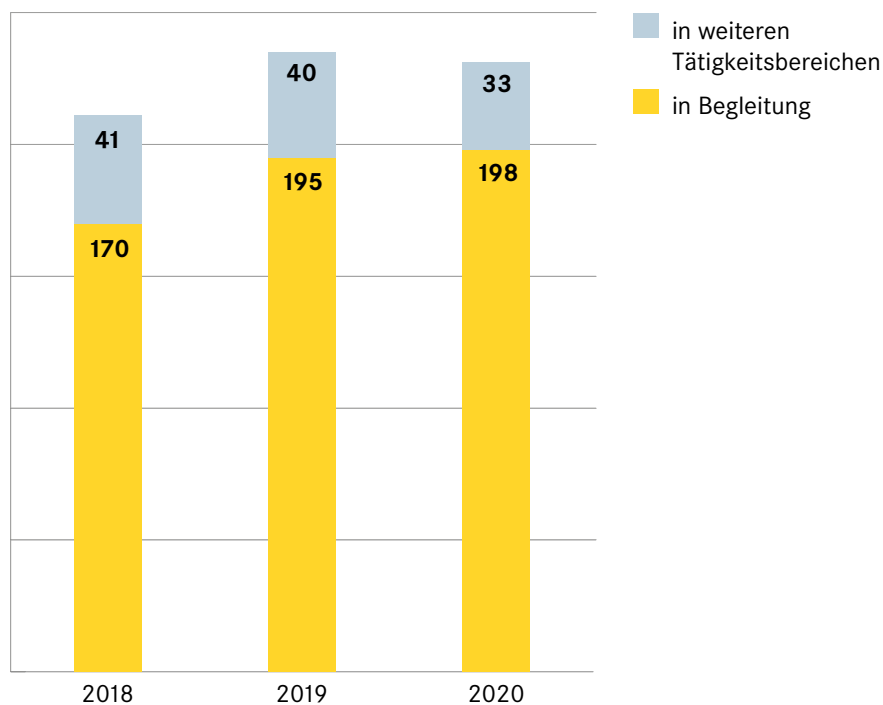


Abb. 54: Ehrenamtliche Mitarbeiter*innen in den Kinder-Hospizteams 2018-2020

4.6. Hauptamtliche Mitarbeiter*innen (VZÄ) 2018-2020

Die in Vollzeitkräfte umgerechnete Personalausstattung in den pädiatrischen Hospiz- und Palliativeinrichtungen entwickelte sich seit 2018 von knapp 60 auf über 66 Vollzeitäquivalente.

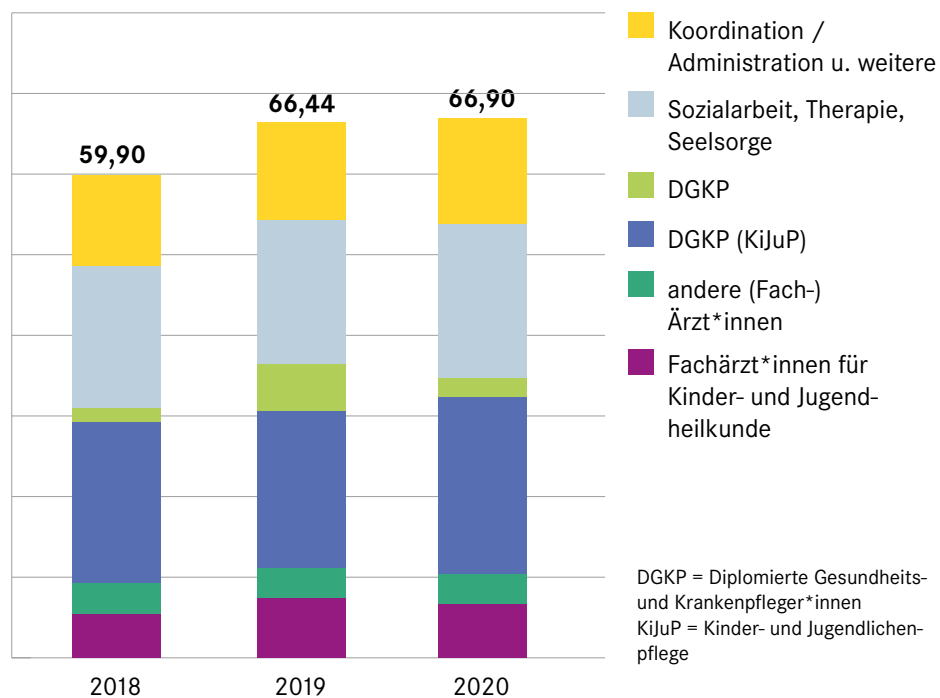


Abb. 55: Hauptamtliche Mitarbeiter*innen in den pädiatrischen Hospiz- und Palliativeinrichtungen 2018-2020 (in VZÄ)

4.7. Entwicklung der pädiatrischen Hospiz- und Palliativeinrichtungen 2015-2020

Der Vergleich von 2015, dem ersten Jahr der Datenerhebung bei den pädiatrischen Hospiz- und Palliativeinrichtungen, bis 2020 zeigt eine Zunahme in fast allen Bereichen: bei den Kinder-Hospizteams, den Mobilien Kinder-Palliativteams und den Pädiatrischen Palliativbetten. Auch wenn mobile Angebote in allen Bundesländern

bestehen, ist österreichweit die Flächendeckung noch nicht erreicht. Ausbaubedarf besteht auch bei den stationären Angeboten.

Eine österreichweite, geregelte Regelfinanzierung wäre für die Absicherung des bestehenden Angebots und den

weiteren bedarfsgerechten Ausbau förderlich. Die Österreichische Sparkassengruppe unterstützt im Rahmen eines Kooperationsprojektes mit dem Dachverband Hospiz Österreich die ehrenamtliche Hospizarbeit in fast allen Bundesländern, wovon auch ehrenamtliche Kinder-Hospizteams profitieren.

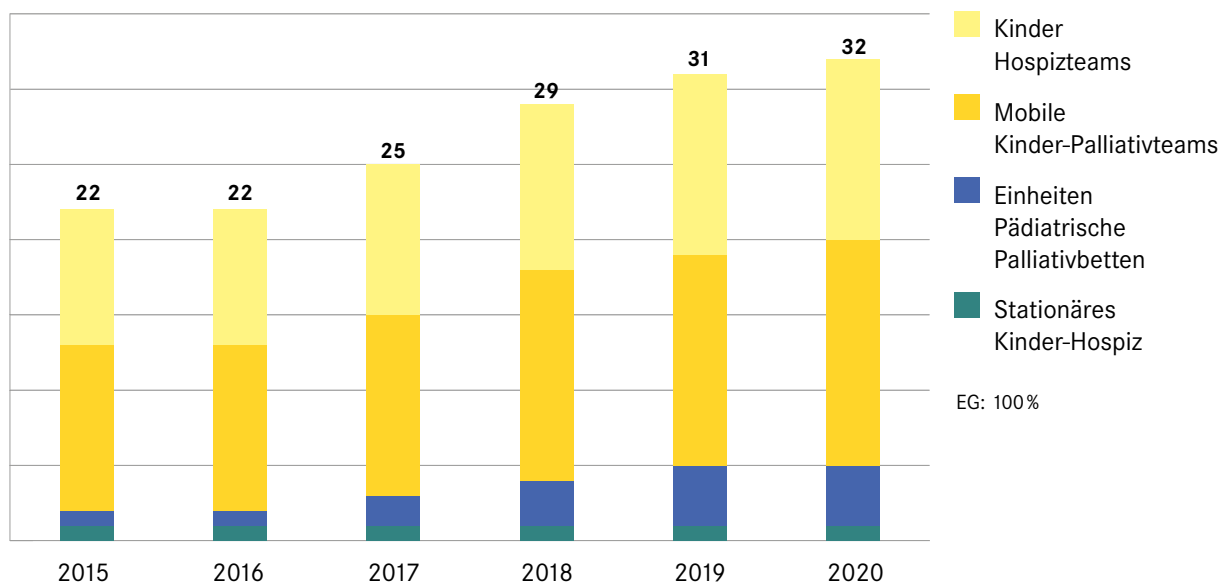


Abb. 56: Entwicklung der pädiatrischen Hospiz- und Palliativeinrichtungen in Österreich 2015-2020

WEITERBILDUNG IN HOSPIZ & PALLIATIVE CARE

EINLEITUNG

Die Entwicklung von Hospiz- und Palliative Care ist von ihrer Entstehungszeit an international wie national mit Bildungsarbeit verbunden. Das von Cicely Saunders 1967 in London gegründete St. Christopher's Hospice verstand sich von Beginn an als Betreuungsort von schwer kranken und sterbenden Menschen mit integriertem Forschungs- und Fortbildungszentrum.

Auch in Österreich ist Weiterbildung in Hospiz- und Palliative Care seit Anbeginn Kennzeichen und Auftrag des Dachverbandes Hospiz Österreich und unserer Gründerin und langjährigen Vorsitzenden Mag.^a Sr. Hildegard Teuschl CS (1937-2009). Sie entwickelte die ersten Kurse.

Heute verfügt Österreich über ein ausdifferenziertes Angebot der Aus- und Weiterbildung in Hospiz und Palliative Care für haupt- und ehrenamtliche Mitarbeiter*innen.

Die Integration in die Berufsausbildung im Gesundheitswesen ist uneinheitlich und nicht Gegenstand des vorliegenden Berichts.

Rückfragen:

Daten Befähigungskurse für Ehrenamtliche – Natascha Slezak, natascha.slezak@hospiz.at

Daten Universitätslehrgang Palliative Care – Sabine Tiefnig, sabine.tiefnig@hospiz.at

Zum Bereich Weiterbildung in Hospiz&Palliative Care insgesamt – Leena Pelttari, leena.pelttari@hospiz.at

Eine Aus- und Weiterbildung in Hospiz und Palliative Care setzt sich das hohe Ziel mehreren Dimensionen gerecht zu werden:

- Knowledge: Wissensvermittlung auf hohem und evidenzbasiertem Niveau bis hin zur Diskussion aktueller Forschungsergebnisse
- Skills: Erwerb praktisch umsetzbarer Fertigkeiten für einen verbesserten Praxisalltag – sowohl im Bereich der Schmerz- und Symptomlinderung als auch der Kommunikation und ethischer Fragen
- Attitude: Auseinandersetzung mit der eigenen Haltung und dem inneren Auftrag bei der Begleitung von schwer erkrankten Menschen – dem Aushalten von Leid, Trauer, manchmal Ohnmacht – und der Quelle von Hoffnung und Selbstachtsamkeit

Dies gilt in jeweils adäquater Form gleichermaßen für alle Aus- und Weiterbildungen in Hospiz- und Palliative Care, sei es für ehren- oder hauptamtliche Tätige.

COVID-19 UND DIE DAMIT VERBUNDENEN AUSWIRKUNGEN AUF DIE DATENERHEBUNG ZUR WEITERBILDUNG IN HOSPIZ & PALLIATIVE CARE

Die im März 2020 aufgetretene COVID-19-Pandemie sowie die damit verbundenen Einschränkungen haben sich im Bereich der Weiterbildung in Hospiz und Palliative Care ausgewirkt und damit auch die Datenerhebung des Dachverbands Hospiz Österreich entsprechend beeinflusst. Insbesondere die Einschränkungen im Zusammenhang mit Veranstaltungen und persönlichen Treffen beeinflussten die Weiterbildungslandschaft zu Beginn der Pandemie aber auch in der zweiten Jahreshälfte.

Im Bereich der Befähigungskurse für ehrenamtliche Mitarbeiter*innen ging sowohl die Anzahl an Kursen als auch die Anzahl an Absolvent*innen zurück. Dies lag weniger an einem Rückgang des generellen Interesses als vielmehr daran, dass einige (potenzielle) Teilnehmende selbst aufgrund des Alters zur Risikogruppe gehören. Für die Veranstalter stand daher neben der Gesundheit der Teilnehmenden die Minimierung möglicher Risiken immer im Vordergrund.

Für die drei Levels des Universitätslehrgangs Palliative Care gab es während der herausfordernden Zeit der Pandemie ein anhaltendes und großes Interesse. Obwohl vereinzelt Schulungstermine verschoben wurden, konnte der Großteil als Online- oder Hybrid-Lehrveranstaltung (sofern regional erlaubt, auch in Präsenz) abgehalten werden. Insbesondere durch das Engagement der Dozent*innen wurden innovative Ansätze aus dem Blended-Learning umgesetzt. In manchen Bereichen wurden Online-Lehrveranstaltungen als gute Ergänzung zur Präsenzlehre wahrgenommen und werden voraussichtlich auch in der Zukunft (zumindest teilweise) zur Verfügung stehen.



BEFÄHIGUNGSKURSE FÜR EHRENAMTLICHE MITARBEITER*INNEN 2020

1.1. BEFÄHIGUNG ZUR LEBENS-, STERBE- UND TRAUER- BEGLEITUNG ERWACHSENER

Ehrenamtliche Hospizbegleiter*innen für Erwachsene sind in Österreich nach einem österreichweit anerkannten Curriculum des Dachverbandes Hospiz Österreich ausgebildet. Es umfasst mindestens 80 Unterrichtseinheiten und 40 Stunden Praktikum. Ein bundesweit einheitliches Curriculum zur Befähigung ehrenamtlicher Hospizmitarbeiter*innen ist etwas Besonderes innerhalb der europäischen Länder.

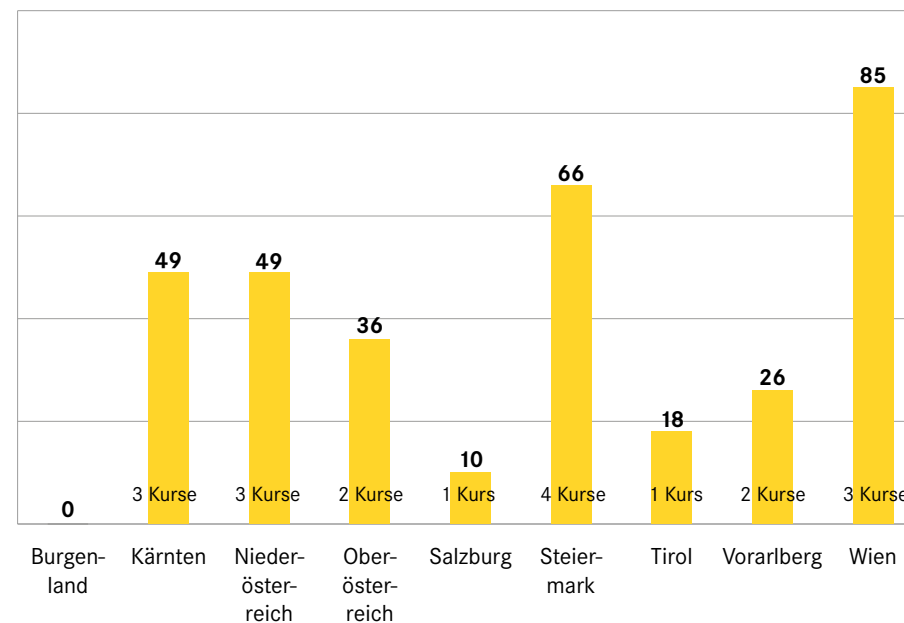
In erster Linie geht es um die Vermittlung von Haltung, da das wichtigste Instrument in der Begleitung von Schwerkranken und deren Angehörigen der/die Begleiter*in selbst ist. Der Befähigungskurs ist Voraussetzung

für alle, die in der Begleitung von Menschen arbeiten wollen. Für ein ehrenamtliches Engagement in anderen Bereichen, wie z.B. Fundraising, Administration, Mithilfe bei Festen etc., wird der Kurs empfohlen, ist aber keine Voraussetzung.

1.1.1.**Absolvent*innen und Befähigungskurse zur Lebens-, Sterbe- und Trauerbegleitung Erwachsener 2020**

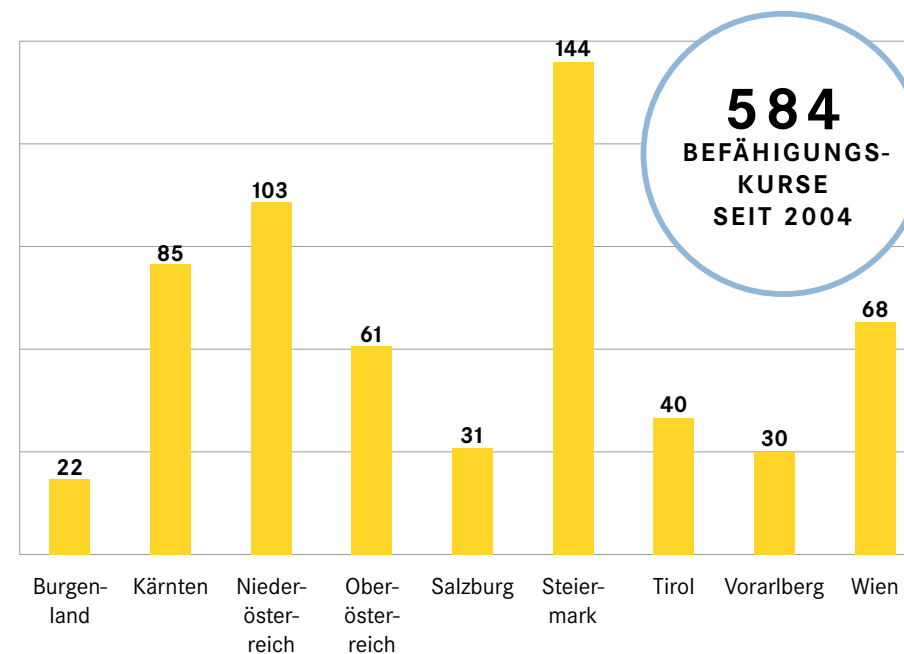
2020 wurden österreichweit 19 Befähigungskurse zur Lebens-, Sterbe- und Trauerbegleitung abgehalten, 339 Absolvent*innen, 305 Frauen und 34 Männer, haben den Befähigungskurs abgeschlossen.

Abb. 57 Absolvent*innen und Befähigungskurse zur Lebens-, Sterbe- und Trauerbegleitung Erwachsener 2020

**1.1.2.****Befähigungskurse zur Lebens-, Sterbe- und Trauerbegleitung Erwachsener seit 2004**

In den Jahren 2004–2020 wurden in ganz Österreich in Summe 584 Befähigungskurse zur Lebens-, Sterbe- und Trauerbegleitung abgehalten. Alle Kurse entsprachen dem Curriculum des Dachverbandes Hospiz Österreich.

Abb. 58: Befähigungskurse zur Lebens-, Sterbe- und Trauerbegleitung Erwachsener seit 2004

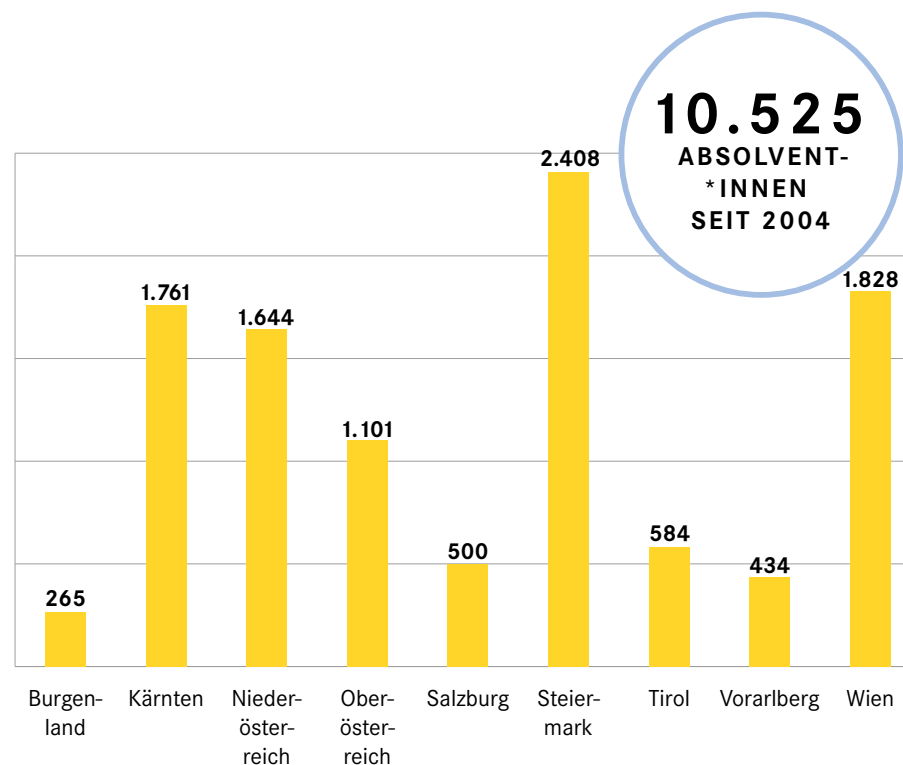


1.1.3.

Absolvent*innen der Befähigungskurse zur Lebens-, Sterbe- und Trauerbegleitung Erwachsener seit 2004

Von 2004-2020 haben 10.525 Menschen einen Befähigungskurs für Lebens-, Sterbe- und Trauerbegleitung besucht. Ein großer Teil davon hat anschließend als Mitglied eines Hospizteams mit der Begleitung von Menschen begonnen. Manche entscheiden sich, nach dem Kurs nicht gleich mit der Begleitung zu beginnen. Diese Menschen sind wertvolle Wissensträger*innen und Multiplikator*innen für die Anliegen von Hospiz und Palliative Care in unserer Gesellschaft.

Abb. 59: Absolvent*innen der Befähigungskurse zur Lebens-, Sterbe- und Trauerbegleitung Erwachsener seit 2004

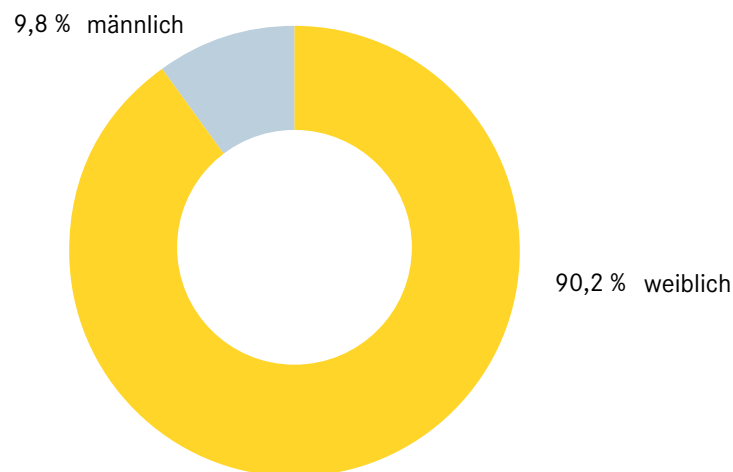


1.1.4.

Geschlechterverteilung der Absolvent*innen der Befähigungskurse zur Lebens-, Sterbe- und Trauerbegleitung Erwachsener seit 2009

Befähigungskurse zur Lebens-, Sterbe- und Trauerbegleitung in Österreich werden seit 2004 statistisch erfasst, das Geschlecht der Absolvent*innen erst seit 2009. 7.468 Absolvent*innen waren es insgesamt in den Jahren 2009-2020. 90,2% davon, also 6.738, waren Frauen, 9,8%, also 730, Männer.

Abb. 60: Geschlechterverteilung der Absolvent*innen der Befähigungskurse zur Lebens-, Sterbe- und Trauerbegleitung Erwachsener seit 2009



1.2. BEFÄHIGUNG ZUR HOSPIZBEGLEITUNG VON KINDERN, JUGENDLICHEN UND JUNGEN ERWACHSENEN

Die Hospizbegleitung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen erfordert Kompetenzen, die über das hinausgehen, was im Erwachsenenbereich vermittelt wird. Zum Beispiel das Wissen über die betroffenen Krankheitsgruppen, die unterschiedlichen Entwicklungsstadien von Kindern und damit verbunden das Verständnis von Krankheit, Sterben und Tod, sowie ein Verständnis für das System Familie und das psychosoziale Umfeld.

Mit der Gründung der Kinder-Hospizteams entstand auch der Bedarf nach einer österreichweiten abgestimmten Befähigung. 2013 verabschiedete Hospiz Österreich ein Aufbaucurriculum zur Befähigung für die Hospizbegleitung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Dieses Curriculum beinhaltet 40 Unterrichtseinheiten und 40 Stunden Praktikum und setzt die erfolgreiche Absolvierung eines Befähigungskurses für Lebens-, Sterbe- und Trauerbegleitung Erwachsener inklusive Praktikum voraus.

Pioniereinrichtungen, wie z.B. das Kinder-Hospiz Netz in Wien und das KinderPalliativ-Netzwerk in Oberösterreich, bieten nach deutschem Vorbild Basisausbildungen für ehrenamtliche Kinder-Hospizbegleiter*innen an, die keine Befähigung im Erwachsenenbereich voraussetzen und rund 80 Unterrichtseinheiten umfassen. Für diese Kurse besteht derzeit kein österreichweites und von Hospiz Österreich anerkanntes Curriculum.

1.2.1. Absolvent*innen und Befähigungskurse für die Kinder-Hospizbegleitung 2020

Aufgrund der COVID-19-Pandemie konnten 2020 keine Aufbaukurse zur Befähigung für die Kinder-Hospizbegleitung stattfinden.

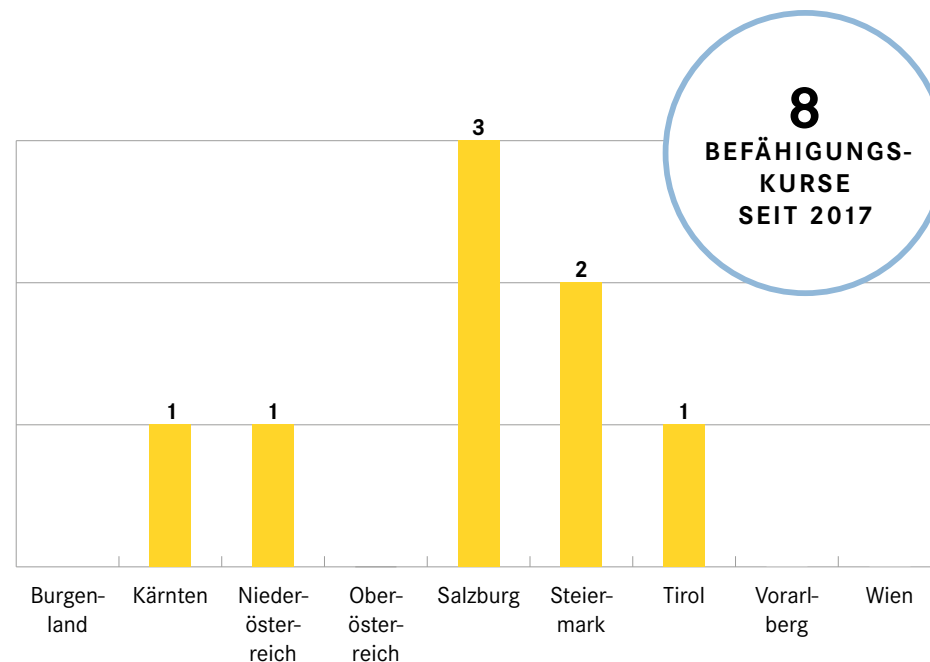
In Wien fand jedoch ein Basisausbildungskurs mit insgesamt 16 TeilnehmerInnen (14 Frauen, 2 Männer) statt.

1.2.2. Befähigungskurse für die Kinder-Hospizbegleitung seit 2017 (Aufbaukurs)

Das Curriculum des Dachverbandes Hospiz Österreich zum Aufbaukurs für Kinder-Hospizbegleitung wurden 2013 verabschiedet, seit 2017 werden die abgehaltenen Kurse erfasst. 2020 fand aufgrund der COVID-19-Pandemie kein Aufbaukurs statt.

Zusätzlich fanden Ausbildungskurse statt, die ein eigenes, nicht österreichweit abgestimmtes Curriculum verwenden (nicht in der Grafik abgebildet): Burgenland 1 Kurs 2017; OÖ 1 Kurs 2018; Wien 2017, 2018, 2019 und 2020 je 1 Kurs.

Abb. 61: Befähigungskurse für die Kinderhospizbegleitung seit 2017

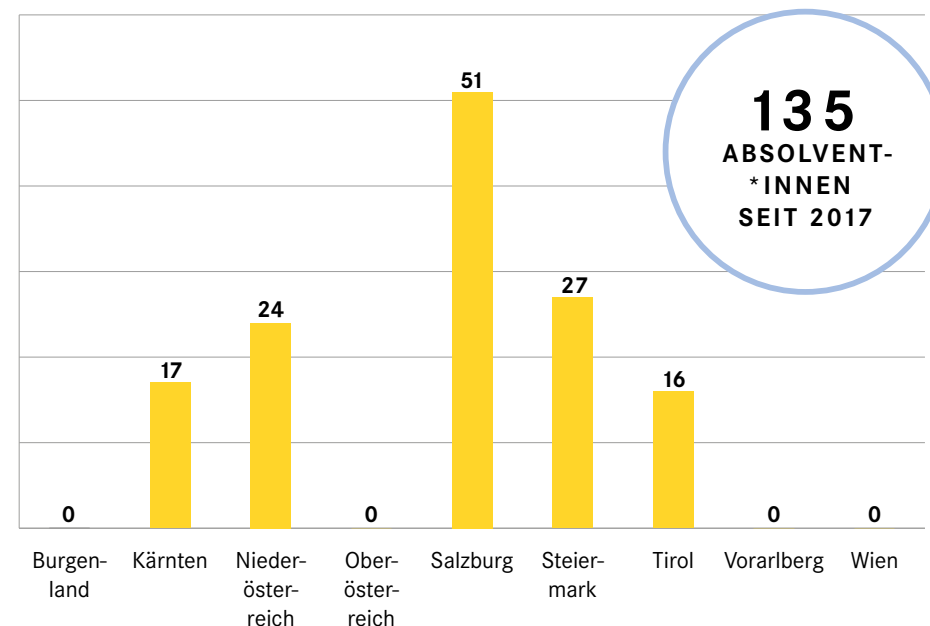


1.2.3. Absolvent*innen der Befähigungskurse für die Kinder-Hospizbegleitung seit 2017

Das Curriculum des Dachverbandes Hospiz Österreich zum Aufbaukurs für Kinder-Hospizbegleitung wurden 2013 verabschiedet, seit 2017 werden die abgehaltenen Kurse und die Anzahl der Absolvent*innen erfasst.

Zusätzlich fanden folgende Ausbildungskurse statt, die ein eigenes, noch nicht österreichweit abgestimmtes Curriculum verwenden (nicht in der Grafik abgebildet): Burgenland ein Kurs 2017 mit 10 Absolvent*innen; OÖ ein Kurs 2018 mit 15 Absolvent*innen; Wien 2017, 2018 und 2019 je ein Kurs mit 12 Absolvent*innen sowie 2020 ein Kurs mit 16 Absolvent*innen.

Abb. 62: Absolvent*innen der Befähigungskurse für die Kinderhospizbegleitung seit 2017



1.2.4.

Geschlechterverteilung der Absolvent*innen der Befähigungskurse für die Kinder-Hospizbegleitung seit 2017

Der Anteil der Frauen ist in der ehrenamtlichen Kinder-Hospizbegleitung noch höher als im Erwachsenenbereich (vgl. zusätzlich Abb. 60).

Seit 2017 haben insgesamt 135 Absolvent*innen einen Befähigungskurs für die Kinder-Hospizbegleitung absolviert. Davon waren 128 Frauen und 7 Männer (Anzahl ohne Absolvent*innen der Ausbildungskurse, die ein eigenes, nicht österreichweit abgestimmtes Curriculum verwenden).

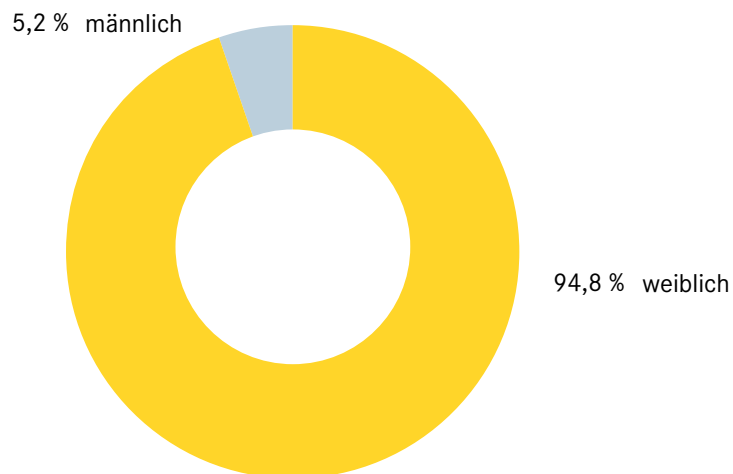


Abb. 63: Geschlechterverteilung der Absolvent*innen der Befähigungskurse für die Kinderhospizbegleitung seit 2017

1.3. BEFÄHIGUNG ZUR TRAUERBEGLEITUNG

Menschen in Krisen, die durch einen schwerwiegenden Verlust ausgelöst wurden, wünschen sich in erster Linie mitmenschliche Begleitung durch ihren Trauerprozess. Das verlangt den Begleiter*innen eine hohe persönliche wie auch fachliche Kompetenz ab.

Trauerbegleitung und eine Befähigung dazu sind seit den Anfängen Teil von ehrenamtlicher Hospizbegleitung.

Die 2013 gegründete Bundesarbeitsgemeinschaft Trauerbegleitung (BAT)⁶ formulierte den Wunsch nach Qualitätskriterien für die Trauerbegleitung und einem österreichweit einheitlichen Curriculum für die Befähigung zum/zur Trauerbegleiter*in.

Gemeinsam wurde ein 2-stufiges Lehrgangssystem entwickelt:

1. Das Einführungsseminar für Trauerbegleitung (32 Unterrichtseinheiten) richtet sich an Menschen ohne spezielle Vorerfahrung bzw. einschlägige Ausbildung im psycho-sozialen, palliativen Bereich. Er ist die Voraussetzung für die Teilnahme am Aufbaulehrgang Trauerbegleitung.

2. Für den Aufbaulehrgang Trauerbegleitung (80 Unterrichtseinheiten) ist der Einführungskurs in die Lebens-, Sterbe- und Trauerbegleitung/Hospizkurs bzw. das Einführungsseminar Voraussetzung.

Die Ausbildung richtet sich sowohl an ehrenamtliche Mitarbeiter*innen in Pfarren, Hospiz- und Palliativeinrichtungen und anderen Institutionen als auch an verschiedene Berufsgruppen in palliativen, psychosozialen und pädagogischen Feldern.

Themen der speziellen Ausbildung sind Wissen um die möglichen Phänomene der Trauer, um Intensität und Dauer, Suizidgefährdung, hilfreiche Interventionen in der Begleitung und vieles mehr. Das Kennen der eigenen (Trauer-)Geschichte und deren Bewältigung ist eine Voraussetzung dafür, andere Menschen gut zu begleiten. Die eigene Haltung dem Leid, den Lebensprozessen und generell anderen Menschen gegenüber muss laufend überprüft und geschärft werden.

⁶Die Bundesarbeitsgemeinschaft Trauerbegleitung (BAT) wurde 2013 vom Kardinal-König-Haus, der Caritas der Erzdiözese Wien, dem Dachverband Hospiz Österreich, der österreichischen Caritaszentrale, der Österreichischen PastoralamtsleiterInnen-Konferenz und dem Österreichischen Roten Kreuz ins Leben gerufen. Sie will mittels Zusammenarbeit und gemeinsam entwickelten Qualitätskriterien für eine Ausbildung in Trauerbegleitung österreichweit eine Basis für eine qualitätsvolle Begleitung Trauernder schaffen. www.trauerbegleiten.at

1.3.1. Absolvent*innen und Befähigungskurse für die Trauerbegleitung 2020

2020 fanden in zwei von neun Bundesländern insgesamt 2 Aufbaukurse zur Befähigung für die Trauerbegleitung mit insgesamt 36 Absolvent*innen (34 Frauen, 2 Männer) statt.

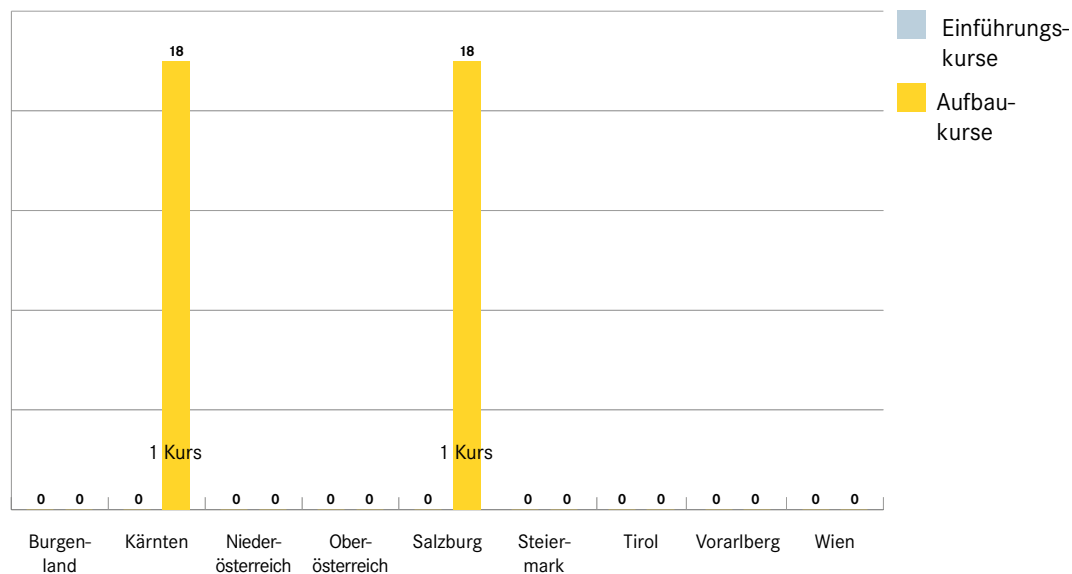


Abb. 64: Absolvent*innen und Befähigungskurse für die Trauerbegleitung 2020

1.3.2. Befähigungskurse für die Trauerbegleitung seit 2017

Seit 2017 werden die Befähigungskurse für Trauerbegleitung in der Datenerhebung erfasst. In 7 Bundesländern fanden insgesamt 20 Aufbaukurse statt, in Kärnten und Oberösterreich je ein Einführungskurs.

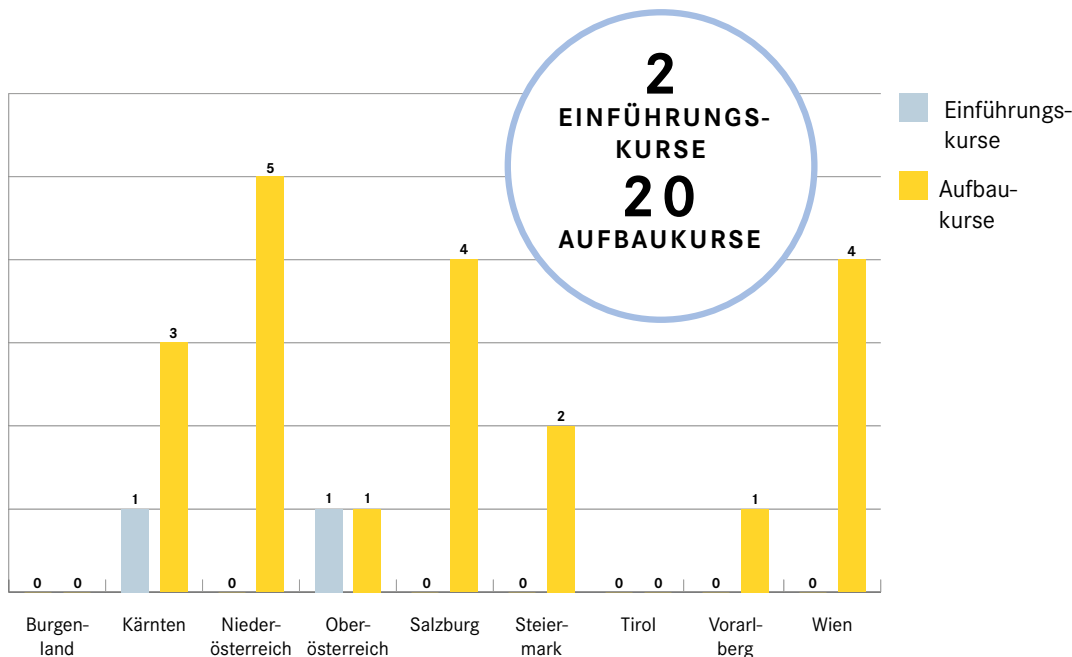


Abb. 65: Befähigungskurse für die Trauerbegleitung seit 2017

1.3.3. Absolvent*innen der Befähigungskurse für die Trauerbegleitung seit 2017

Seit 2017 werden die Befähigungskurse für Trauerbegleitung in der Datenerhebung erfasst. In 7 Bundesländern fanden insgesamt 20 Aufbaukurse mit 352 Absolvent*innen statt, in Kärnten und Oberösterreich je ein Einführungskurs mit insgesamt 25 Absolvent*innen.

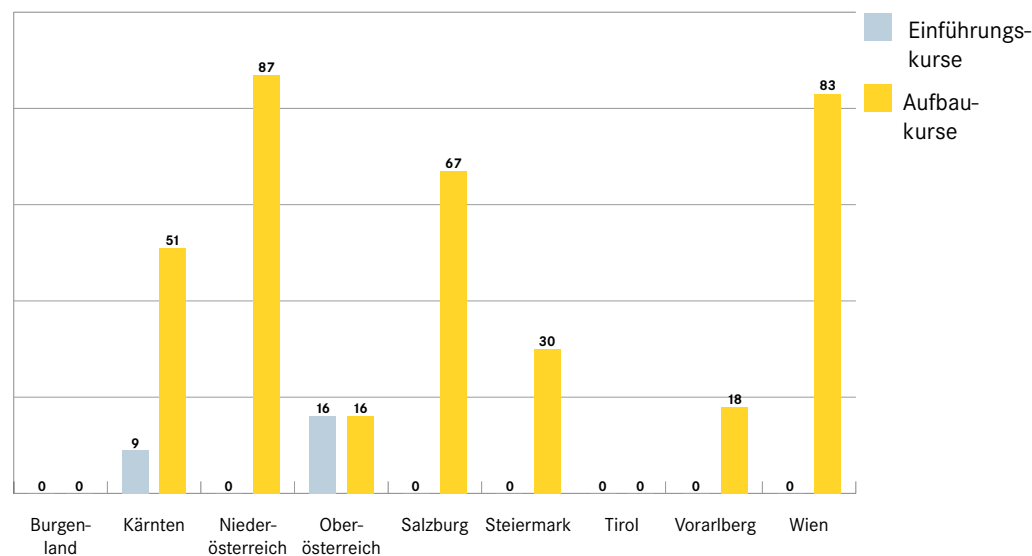


Abb. 66: Absolvent*innen der Befähigungskurse für die Trauerbegleitung seit 2017

1.3.4. Geschlechterverteilung der Absolvent*innen der Befähigungskurse Trauerbegleitung seit 2017

Von den 25 Absolvent*innen der Einführungskurse waren 21 Frauen und 4 Männer. Von den 352 Absolvent*innen der Aufbaukurse waren 316 Frauen und 36 Männer.

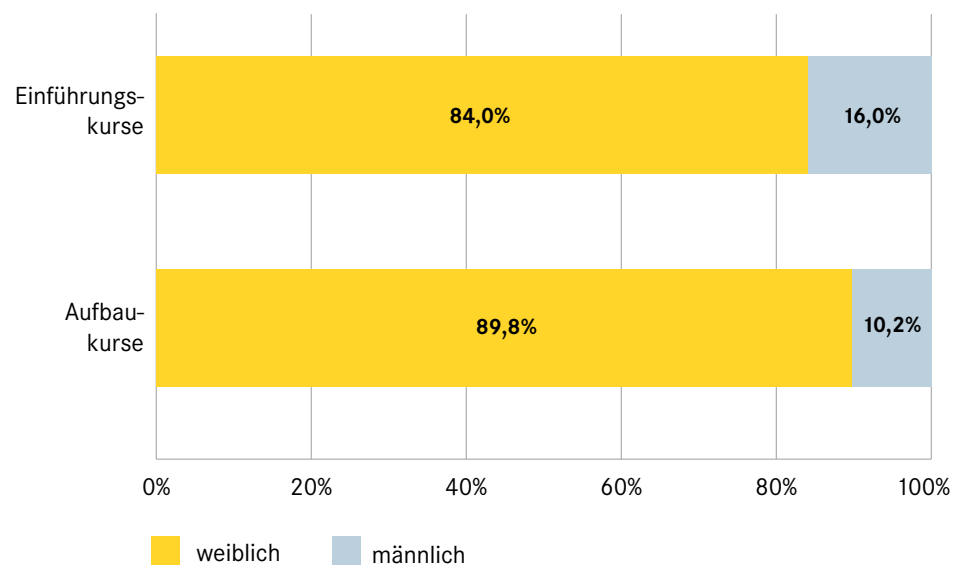


Abb. 67: Geschlechterverteilung der Absolvent*innen der Befähigungskurse Trauerbegleitung seit 2017

2 DER UNIVERSITÄTS- LEHRGANG PALLIATIVE CARE 2020

Der Universitätslehrgang Palliative Care, in Kooperation von Paracelsus Medizinischer Privatuniversität (PMU), dem Dachverband Hospiz Österreich und St. Virgil Salzburg, wird seit 2006 angeboten.

Ein dreistufiges System – wobei die Level I und II auch unabhängig voneinander und einzeln besucht werden können – ermöglicht Interessierten eine Graduierung zum „Master of Science“ (MSc) und/oder zum/zur „Akademischen Palliativexperten/in“.

Dabei steht das interprofessionelle, gemeinsame Lernen im Mittelpunkt der Aktivitäten.

Eine fundierte Einführung in Hospiz und Palliative Care bieten die Interprofessionellen Palliativ-Basislehrgänge als Level I (2 Semester).

Um die Kenntnisse in der eigenen Profession zu vertiefen und um Wissen zu verfestigen, wird in den Vertiefungslehrgängen der Level II nach Berufen unterschieden: Medizin, Pflege, psychosozialspirituelle oder pädiatrische Palliative Care (2 Semester).

Die Level III ermöglicht die Graduierung zum/zur „Akademischen Palliativexperten/in“ (2 Semester) und weiterführend zum „Master of Science“ (MSc) (1 Semester). Voraussetzung für den Master- und Expert*innenabschluss sind mindestens 4 Semester interprofessionelles Studium. Für die Level II und III erfolgt eine Inskription an der PMU.

Ebenso wie die Studierenden, kommen auch die Lehrpersonen aus unterschiedlichen Ländern (Österreich, Deutschland, der Schweiz und Südtirol) und aus diversen Berufen: Ärzt*innen, Pfleger*innen, Sozialarbeiter*innen, Seelsorger*innen, Organisationsentwickler*innen, Physio- und Psychotherapeut*innen, Lehrer*innen und Vertreter*innen anderer psychosozialer Berufe. Wir danken Sabine Tiefnig für die sorgfältige Auswertung der Daten der Interprofessionellen Palliativ-Basislehrgänge und der Level II und III des Universitätslehrgangs.



Voraussetzung für den Master- bzw. Expert*innenabschluss sind mindestens 4 Semester interprofessionelles Studium.

Studienangebote in Level I und Level II können auch einzeln als Fortbildung besucht werden

■ interprofessionelles Studienangebot
■ monoprofessionelles Studienangebot

2.1. Interprofessionelle Palliativ-Basislehrgänge (Level I) 2020

Die Interprofessionellen Palliativbasislehrgänge dienen der Vermittlung und Erarbeitung eines Grundverständnisses sowie der Prinzipien und Standards von Palliative Care als multiprofessionellem Fachbereich durch entsprechende Kombination von Fachwissen und Methoden sozialer Kompetenz.

Die Lehrgänge richten sich an Mediziner*innen/Ärzt*innen, Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger*innen, Theolog*innen/Seelsorger*innen, Psycholog*innen, Sozialarbeiter*innen, Psycho- und Physiotherapeut*innen und andere Professionelle aus

psychosozialen und medizinisch-therapeutischen Berufen mit Erfahrung in der Begleitung kranker Menschen. Alle Teilnehmenden müssen in einer praktisch-professionellen Tätigkeit stehen, die die Umsetzung der Hospiz-/Palliativgrundsätze ermöglicht.

Interdisziplinäre Basislehrgänge werden in sieben Bundesländern von unterschiedlichen Anbietern durchgeführt und umfassen zwei Semester mit insgesamt 150 Unterrichtseinheiten und einem 40-stündigen externen Praktikum [23,5 ECTS]. Sie sind zugleich Level I des Universitätslehrgangs Palliative Care und können auch unabhängig vom Universitätslehrgang besucht werden. Aufgrund ihres einführenden und interprofessionellen Charakters werden Interprofessionelle Palliativ-Basislehrgänge als notwendige Qualifikation des Stammpersonals in spezialisierten Hospiz- und Palliativeinrichtungen vorausgesetzt (vgl. GÖG/ÖBIG (Hg.), Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene, Aktualisierung 2014).

2.1.1. Abgeschlossene Interprofessionelle Palliativ-Basislehrgänge 1998-2020

Von 1998 bis Ende 2020 haben 4.775 Personen in 164 Lehrgängen von 11 Anbietern in sieben Bundesländern den Interprofessionellen Palliativbasislehrgang abgeschlossen.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Gesamt
Landesverband Hospiz NÖ					1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	21
Akademie für Gesundheit und Bildung der Kreuzschwestern, Wels, OÖ											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		12
BFI OÖ – Linz, OÖ (2009-2019)													1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	7
Akademie der Oberöster. Gesundheitsholding GmbH, Linz, OÖ			1	1	1	1	1	2	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	19
Hospiz- und Palliativakademie Salzburg			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	22
Caritas-Akademie, Graz, Stmk										1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12
Caritas-Bildungszentrum Innsbruck, Tirol							1	1	1	1	2	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	17
Akademie der Tiroler Hospiz-Gemeinschaft, Tirol															1	0	1	0	1	0	1	0	1	5
Bildungshaus Batschuns, Vbg			1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	19
IFF - Institut für Palliative Care und Organisationsethik, Wien, Alpen Adria Universität (2003-2009)						1	1	1	1	1	1	1												7
Kardinal König Akademie, Wien	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	23
Gesamt	1	1	4	3	5	6	7	8	8	8	9	10	9	7	9	7	11	8	10	9	10	9	5	164

Abb. 68: Abgeschlossene Interprofessionelle Palliativ-Basislehrgänge 1998-2020

2.1.2.

Abgeschlossene Interprofessionelle Palliativ- Basislehrgänge 1998-2020 – Herkunft der österreichischen Absolvent*innen nach Bundesländern

Die Angaben beziehen sich auf den Wohnsitz der Absolvent*innen.

Annähernd 40% der Absolvent*innen haben ihren Wohnsitz in Ober- oder Niederösterreich. Nur knapp 6 % der Absolvent*innen haben ihren Wohnsitz in Kärnten oder im Burgenland. Im Jahr 2020 sind insgesamt 142 Absolvent*innen hinzugekommen.

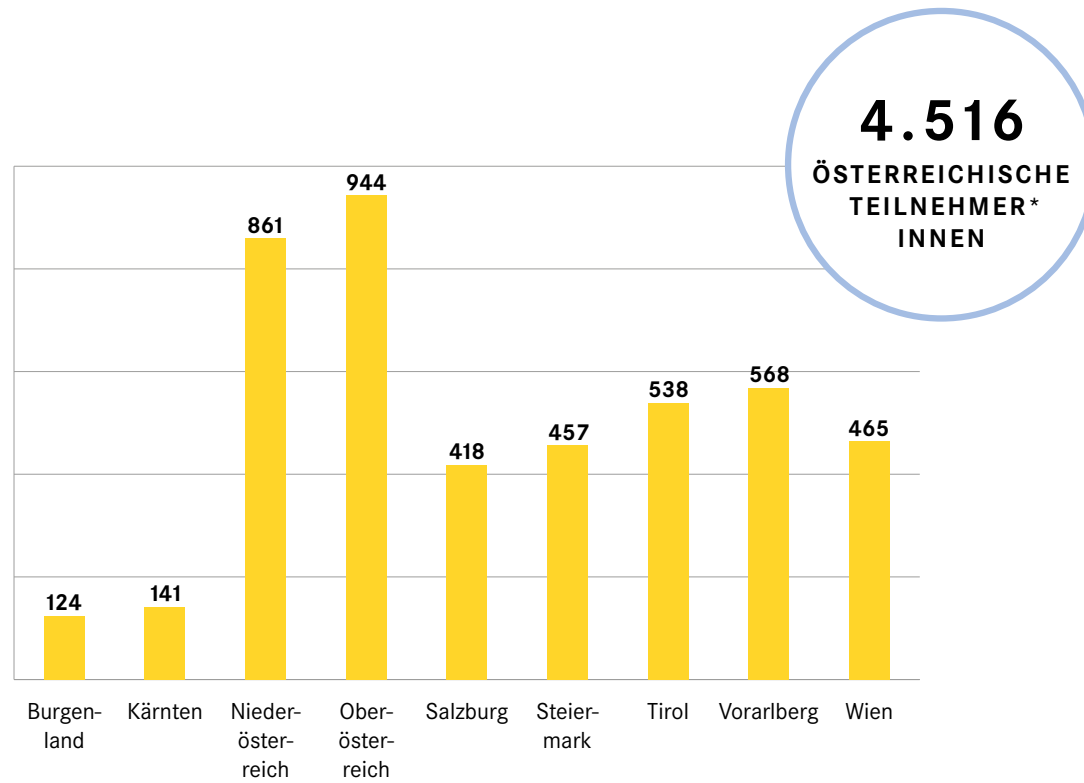


Abb. 69: Abgeschlossene Interprofessionelle Palliativ-Basislehrgänge 1998-2020, Herkunft der Teilnehmer*innen nach Bundesländern

2.1.3.

Abgeschlossene Interprofessionelle Palliativ-Basislehrgänge 1998-2020 – Herkunft der nicht-österreichischen Absolvent*innen

Von 1998 bis 2020 nahmen insgesamt 259 Absolvent*innen mit einem Wohnsitz im Ausland an den Interprofessionellen Palliativbasislehrgängen teil. Davon waren 40 % aus Deutschland, 29 % aus der Schweiz, 15 % aus Südtirol bzw. Italien und 16 % aus diversen anderen Ländern. Im Jahr 2020 sind insgesamt 8 nicht-österreichische Absolvent*innen hinzugekommen.

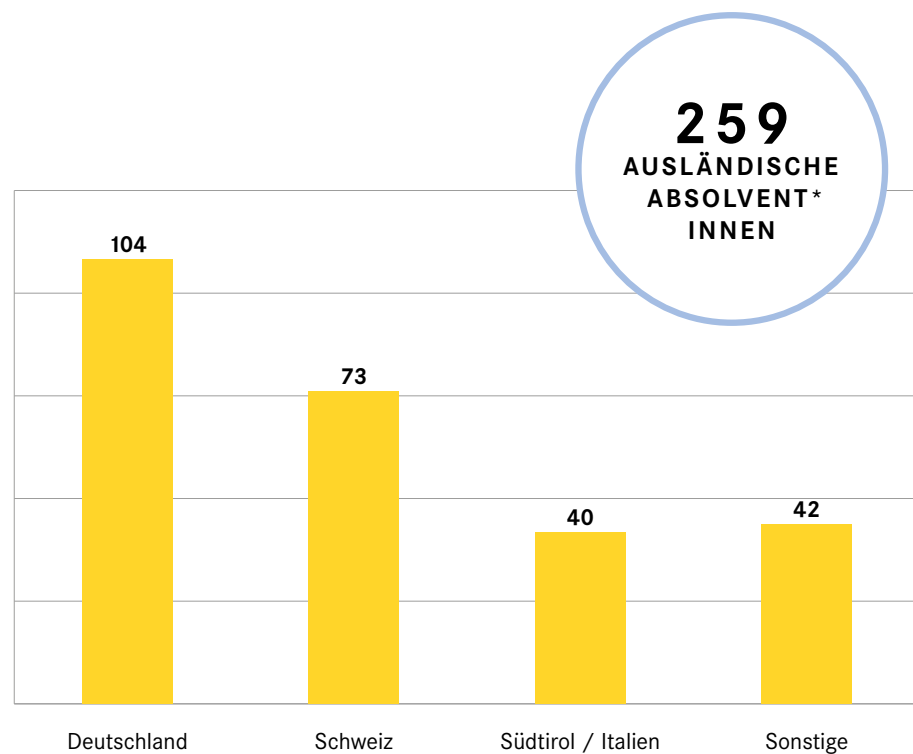


Abb. 70: Abgeschlossene Interprofessionelle Palliativ-Basislehrgänge 1998-2020 – Herkunft der nicht-österreichischen Absolvent*innen

2.1.4.

Abgeschlossene Interprofessionelle Palliativ- Basislehrgänge 1998-2020 Geschlechterverteilung der Absolvent*innen

Von 1998 bis 2020 absolvierten österreichweit 4.775 Personen die Interprofessionellen Palliativ-Basislehrgänge, davon 4.140 (87%) Frauen und 635 (13 %) Männer.

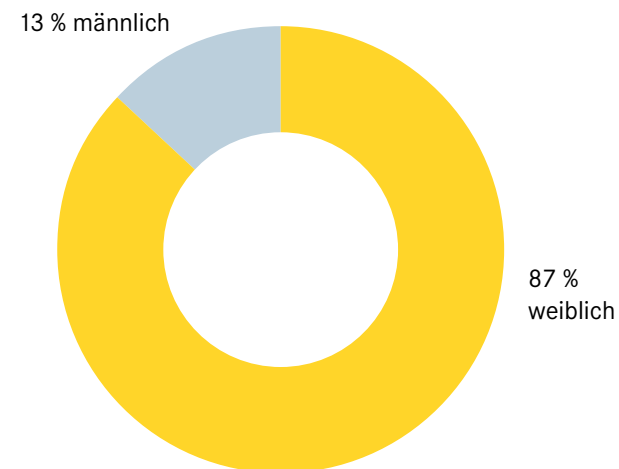


Abb. 71: Abgeschlossene Interprofessionelle Palliativ-Basislehrgänge 1998-2020 – Geschlechterverteilung der Absolvent*innen

2.1.5.

Abgeschlossene Interprofessionelle Palliativ-Basislehrgänge 1998–2020 Berufsgruppen der Absolvent*innen

Von den 4.775 Absolvent*innen kamen mehr als 64% aus der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflege (DGKS/P), 15% aus der Medizin und knapp 21% aus anderen Berufen.

Ab 2020 wurden die Berufsgruppen Medizinisch-Therapeutische Berufe, Psychotherapie, Pflegeassistent, Pflegefachassistent, Seelsorge und Sozialarbeit gesondert erhoben. In den Jahren davor wurden diese Berufsgruppen unter Sonstige zusammengefasst.

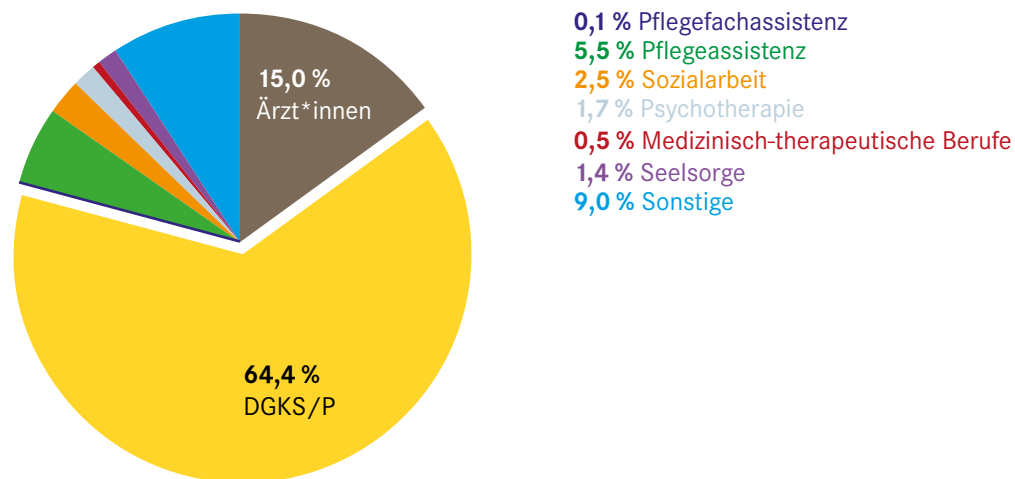


Abb. 72: Abgeschlossene Interprofessionelle Palliativ-Basislehrgänge 1998–2020 – Berufsgruppen der Absolvent*innen

2.2. Fachspezifische Vertiefungslehrgänge (Level II) bis 2020

Level II dient – getrennt nach den Fachbereichen Palliativmedizin, Palliativpflege, psychosozial-spirituelle Palliative Care und Palliative Pädiatrie – der Vermittlung und Vertiefung spezifischen Fachwissens und organisatorischer Kompetenzen, um das eigene Berufsverständnis und die fachspezifische Rolle in multiprofessionellen Teams zu vertiefen.

Von 2006 bis Ende 2020 gab es insgesamt 943 Studienabschlüsse in den vier Vertiefungsstufen, mehr als ein Drittel davon im Fachbereich Palliative Pädiatrie.

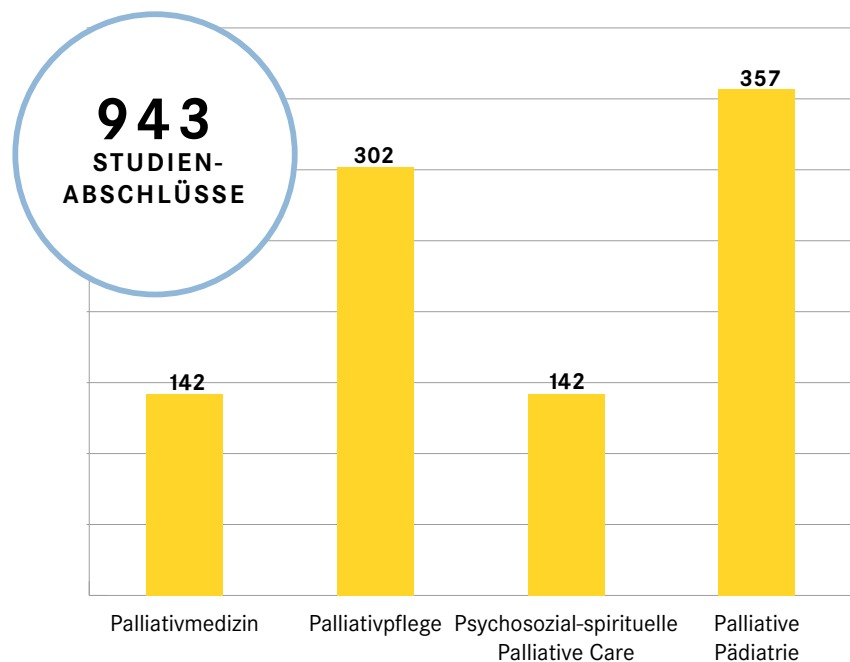


Abb. 73: Universitätslehrgang Palliative Care Level II Studienabschlüsse 2006-2020

2.3. Interprofessioneller Aufbaulehrgang mit abschließender akademischer Graduierung (Level III) bis 2020

Level III dient – aufbauend auf Level I und II – der Ausbildung von Personen in leitenden, beratenden und entscheidungstragenden Positionen des Gesundheits- und Sozialwesens zur innovativen Weiterentwicklung der Palliative Care.

2.3.1. Anzahl Akademische Palliativ-expert*innen und Anzahl Master

Von 2006 bis Ende 2020 haben 242 Personen das Level III mit dem Titel der/ des Akademischen Palliativexperten/in abgeschlossen. Von diesen graduierten 181 Personen weiterführend zum Master of Science in MSc.

Zu den in Abb. 74 dargestellten Absolvent*innen kommen noch jene des Universitätslehrgangs der IFF - Palliative Care und Organisationsethik der Alpen Adria Universität Klagenfurt mit Standort Wien. Dieser wurde von Jänner 2000 bis Jänner 2017 angeboten mit insgesamt 146 Master Absolvent*innen.

Weiters graduierten bis Ende 2017 27 Doktorand*innen an der Universität Klagenfurt in Palliative Care.

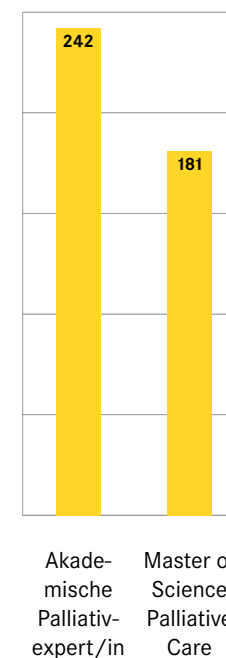


Abb. 74: Universitätslehrgang Palliative Care Level III Absolvent*innen 2006-2020

2.3.2. Master Absolvent*innen

Mit Ende 2020 war im Universitätslehrgang Palliative Care 181 Personen der Titel Master of Science verliehen worden. Davon waren mehr als 82 % Frauen (Abb. 75a), 84 % kamen aus Österreich und 12 % aus Deutschland. (Abb. 75b)

Bei den Berufsgruppen der Absolvent*innen dominiert die Pflege mit 67 %, gefolgt von der Medizin mit 23 %. 5 % der Master arbeiten in psycho-sozial-spirituellen Berufen. (Abb. 75c)

Diese Ergebnisse spiegeln die Berufsgruppenverteilung in der Hospiz- und Palliativversorgung, wie sie in Abb. 23 und Abb. 24 dargestellt sind, wieder.

Mit geringen Abweichungen gelten diese Werte auch für die Palliativexpert*innen.

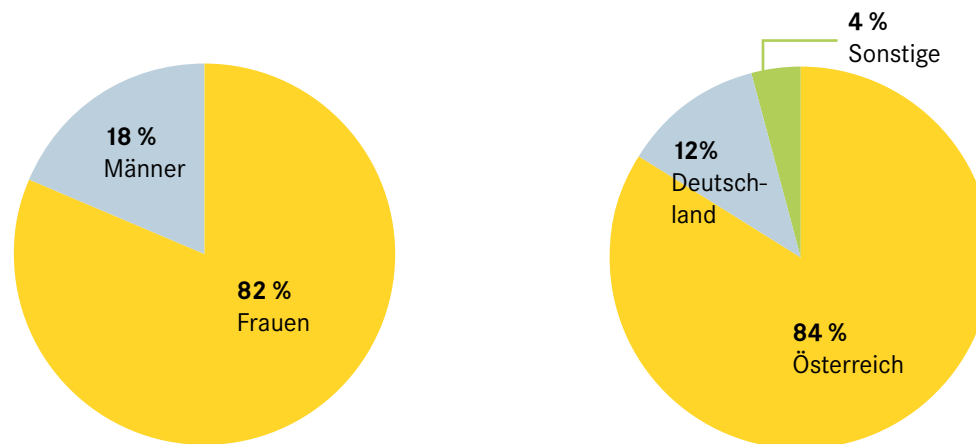


Abb. 75a: Verteilung Frauen/Männer

Abb. 75b: Herkunftsländer (Wohnsitz)

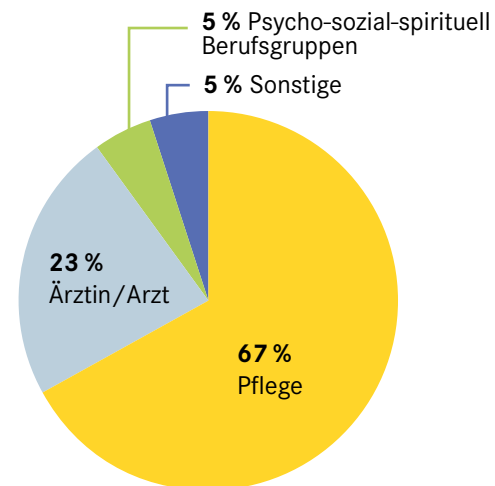


Abb. 75c: Berufsgruppen

HOSPIZKULTUR UND PALLIATIVE CARE IN EINRICHTUNGEN DER GRUNDVERSORGUNG

		Grundversorgung	Spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung		
		Einrichtung /Dienstleister	Unterstützende Angebote		Betreuende Angebote
VERSORGUNGSBEREICHE	Akutbereich	Krankenhäuser	Hospiz-teams	Palliativ-konsiliar-dienste	Palliativ-stationen
	Langzeitbereich	Langzeitpflege-Einrichtungen		Mobile Palliativ-teams	stationäre Hospize
	Familienbereich, Zuhause	Arztpraxen / mobile Pflege- und Betreuungsdienste			Tages-hospize
		„Einfache“ Situationen 80-90 % der Palliativpatient*innen	Komplexere Situationen, schwierigere Fragestellungen 10-20 % der Palliativpatient*innen		

Die abgestufte spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene (vgl. Abschnitt 1) ergänzt die Betreuung in Einrichtungen der Grundversorgung (Akutspitäler, Pflegeheime, mobile Pflege und Betreuung zu Hause, niedergelassene Ärzt*innen). Rund 80% der sterbenden Menschen, mittlerweile viele alte und hochaltrige Menschen mit vielen Krisensituationen, werden in der Grundversorgung betreut. Daher ist es notwendig, in diesem Bereich eine hospizliche Haltung und ein Grundwissen in Palliative Care zu verankern.

Der Dachverband Hospiz Österreich fördert die Integration von Hospizkultur und Palliative Care in die Grundversorgung durch Projekte, die sowohl Schulung der Mitarbeiter*innen als auch Organisationsentwicklung umfassen. Auf Österreichebene steuern und fördern der Beirat⁷ „Hospizkultur und Palliative Care in der Grundversorgung“ und die österreichweite Steuergruppe „HPC in der Grundversorgung“ mit Vertreter*innen aus allen Bundesländern die Weiterentwicklung bestehender und die Entwicklung neuer Projekte.

⁷ Mitglieder des Beirats sind: Österreichische Ärztekammer, BMSGPK, Bundesverband der Alten- und Pflegeheime Österreichs, BAG Langzeit-Pflege-Management, Dachverband der Sozialversicherungsträger, Verbindungsstelle der Bundesländer, GÖG/ÖBIG, ÖGAM, OPG Österreichische Palliativgesellschaft, Institut für Ethik und Recht in der Medizin (IERM), BAG Freie Wohlfahrt

HPCPH (HOSPIZKULTUR UND PALLIATIVE CARE IN ALTEN- UND PFLEGE- HEIMEN) 2009-2019⁸

HPCPH (Hospizkultur und Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen) ist ein österreichweites Projekt, um eine nachhaltige Hospizkultur und Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen zu integrieren und zu leben. Bis Ende 2019 haben 187 Heime das Projekt umgesetzt oder sind gerade dabei.

Das Projekt ist ein Qualitätsentwicklungsprojekt und bezieht alle betroffenen Gruppen und Personen mit ein. Im Mittelpunkt aller Bemühungen steht die Lebensqualität der Bewohner*innen bis zuletzt.

HPCPH ist ein umfassender, zwei - dreijähriger, auf Hospizkultur und Palliative Care fokussierter Organisationsentwicklungsprozess (OE-Prozess). In diesen integriert sind die Fortbildung von mindestens 80% aller Mitarbeiter*innen aller Berufsgruppen nach dem Curriculum Palliative Geriatrie und die Fortbildung von Mitarbeiter*innen zum VSD Vorsorgedialog[®]. Dieses Zueinander von Fortbildung der Mitarbeiter*innen und Weiterentwicklung von Abläufen und Prozessen in den Heimen schafft die Basis, um die Bedürfnisse und Wünsche der Bewohner*innen zu einem guten Leben und einem würdigen, möglichst selbstbestimmten Sterben wahrzunehmen und auch erfüllen zu können.

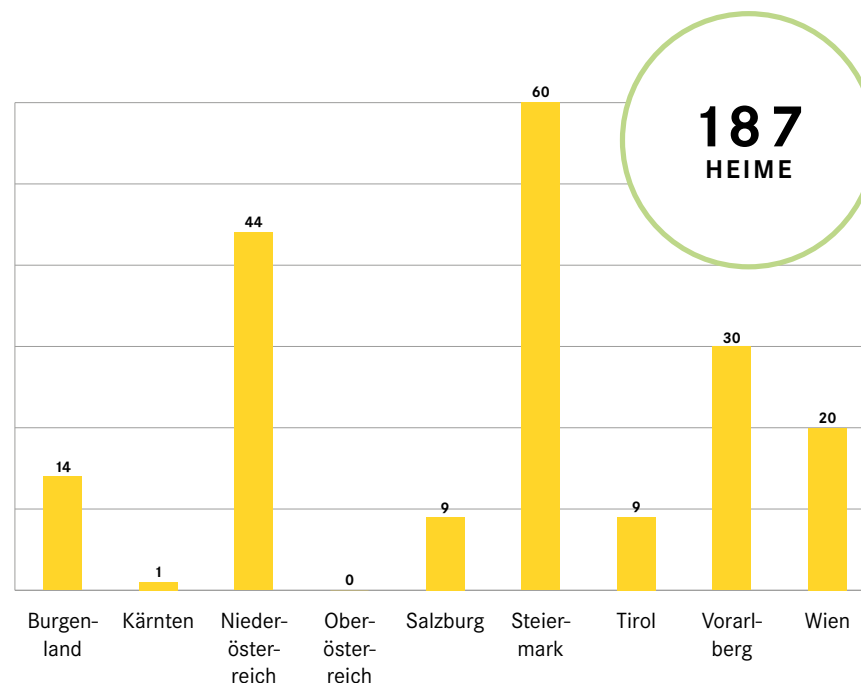
Guter Hospizkultur und Palliative Care geht es immer auch um das Selbstbestimmungsrecht der Bewohnerin/des Bewohners und um das Bemühen, in Krisensituationen Maßnahmen zu setzen, die im Sinne der Betroffenen sind. Daher wurde der VSD Vorsorgedialog[®] entwickelt, mit dem Ziel, ein österreichweit einheitliches Instrument der vorausschauenden Behandlungsplanung zu erhalten.

⁸Die Aktualisierung der Erhebung erfolgt alle zwei Jahre. Aufgrund der COVID-19-Pandemie im Jahr 2020 und der damit verbundenen Einschränkungen bei (Fort-/Weiterbildungs-)Veranstaltungen findet die nächste Erhebung im Jahr 2022 statt.

1.1. HPCPH Heime, nach Bundesland (abgeschlossen und im Prozess): 187 Heime

187 Heime in acht Bundesländern haben das zwei- bis dreijährige Projekt HPCPH gemacht oder sind gerade in der Umsetzung. - Die zwei wesentlichen Elemente sind Fortbildungsmaßnahmen für Mitarbeiter*innen UND ein Organisationsentwicklungsprozess für die Einrichtungen (Dauer 2-3 Jahre).

Abb. 76: Anzahl der Heime pro Bundesland, die von 2009-2019 das Projekt HPCPH durchgeführt haben oder gerade durchführen.

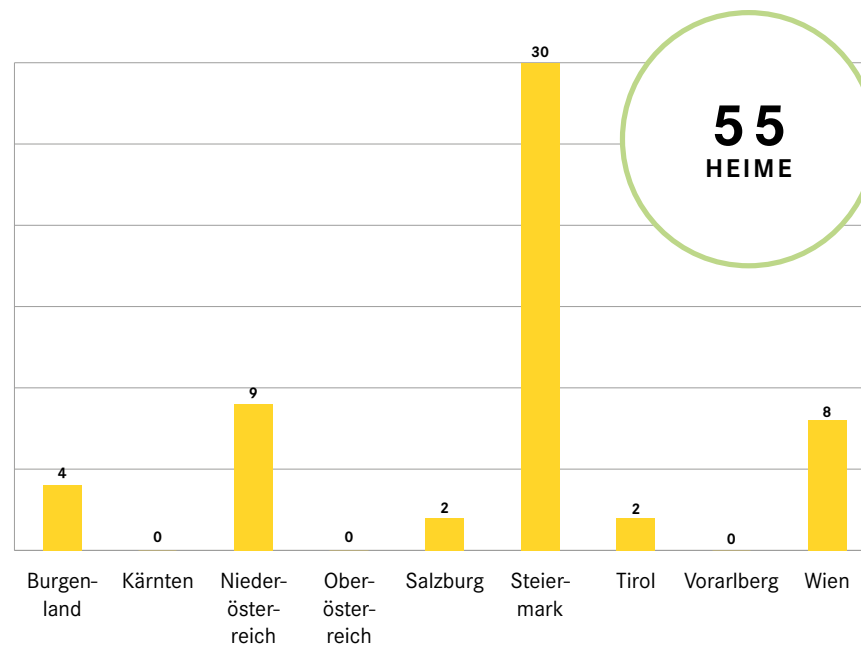


1.2. HPCPH Heime, die den VSD Vorsorgedialog anbieten: 55 Heime

Das Angebot eines VSD Vorsorgedialogs® (VSD) für Bewohner*innen ist ein wichtiger Teil einer guten Hospizkultur im Heim. Der VSD Vorsorgedialog® wird nur durchgeführt, wenn die Bewohnerin /der Bewohner dies wünscht. Der VSD als ein Instrument der vorausschauenden Planung stärkt das Selbstbestimmungsrecht von Bewohner*innen und gibt allen Beteiligten Orientierung bei wichtigen Entscheidungen (z.B. Reanimation, Einweisung in ein Krankenhaus o.ä.) in aktuellen Krisensituationen oder wenn das Sterben absehbar ist.

Zusätzlich zu den in Abb. 77 gezeigten Heimen hat je ein Heim in Wien und OÖ, das kein HPCPH Heim ist, aber nach einem festgelegten Kriterienkatalog eine gute Hospizkultur nachweisen kann, den VSD integriert.

Abb. 77: Anzahl der HPCPH Heime pro Bundesland, die den VSD Vorsorgedialog® anbieten.



1.3. Workshops Palliative Geriatrie in HPCPH: 560 Workshops

In den HPCPH Heimen fanden von 2009 bis 2019 insgesamt 560 Workshops Palliative Geriatrie (à 36 Std.) statt, an denen 11.440 Mitarbeiter*innen aller Berufsgruppen teilnahmen. Die Workshopleiter*innen sind nach dem Curriculum Palliative Geriatrie von Hospiz Österreich ausgebildet. Die Workshops sind eingebettet in das Gesamtprojekt und finden nur im Rahmen des Projektes HPCPH statt.

Die Workshops Palliative Geriatrie umfassen 36 Stunden und wenden sich an alle Berufsgruppen in einem Heim.

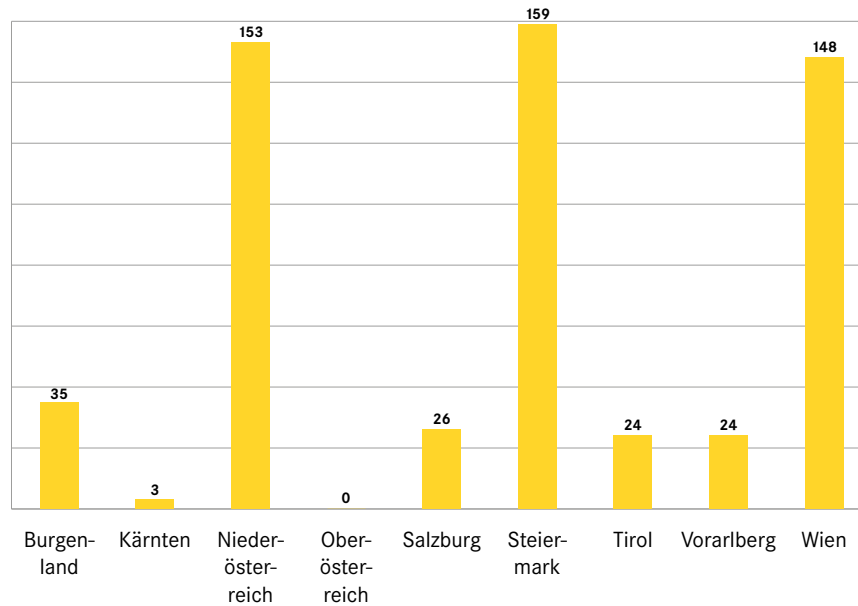


Abb. 78: Anzahl der Workshops Palliative Geriatrie pro Bundesland, die von 2009-2019 im Rahmen des Projekts HPCPH durchgeführt wurden.

HPC MOBIL (HOSPIZKULTUR UND PALLIATIVE CARE IN DER MOBILEN PFLEGE UND BETREUUNG ZU HAUSE) BZW. HIZ (HAUSKRANKENPFLEGE IM ZENTRUM) 2015-2019⁹

HPC Mobil (Hospizkultur und Palliative Care in der mobilen Pflege und Betreuung zu Hause) bzw. HiZ (Hauskrankenpflege im Zentrum) ist ein österreichweites Projekt, um eine nachhaltige Hospizkultur und Palliative Care in Angebote von mobiler Pflege und Betreuung zu Hause bzw. Hauskrankenpflege zu integrieren.

Das Projekt ist ein Qualitätsentwicklungsprojekt und bezieht alle betroffenen Gruppen und Personen mit ein. Im Mittelpunkt aller Bemühungen steht die Lebensqualität der betreuten Menschen bis zuletzt.

HPC Mobil/HiZ ist ein umfassender, dreijähriger, auf Hospizkultur und Palliative Care fokussierter Organisationsentwicklungsprozess (OE-Prozess). In diesen integriert sind die Fortbildung von mindestens 80% aller Mitarbeiter*innen aller Berufsgruppen nach dem Curriculum Hospizkultur und Palliative Care in der mobilen Pflege und Betreuung zu Hause – HPC Mobil à 24 Stunden und die Fortbildung von Mitarbeiter*innen zum VSD Vorsorgedialog[®]. Dieses Zueinander von Fortbildung der Mitarbeiter*innen und Weiterentwicklung von Abläufen in der Trägerorganisation schafft die Basis,

um die Bedürfnisse und Wünsche der betreuten Menschen zu einem guten Leben und einem würdigen, möglichst selbstbestimmten Sterben wahrzunehmen und auch erfüllen zu können.

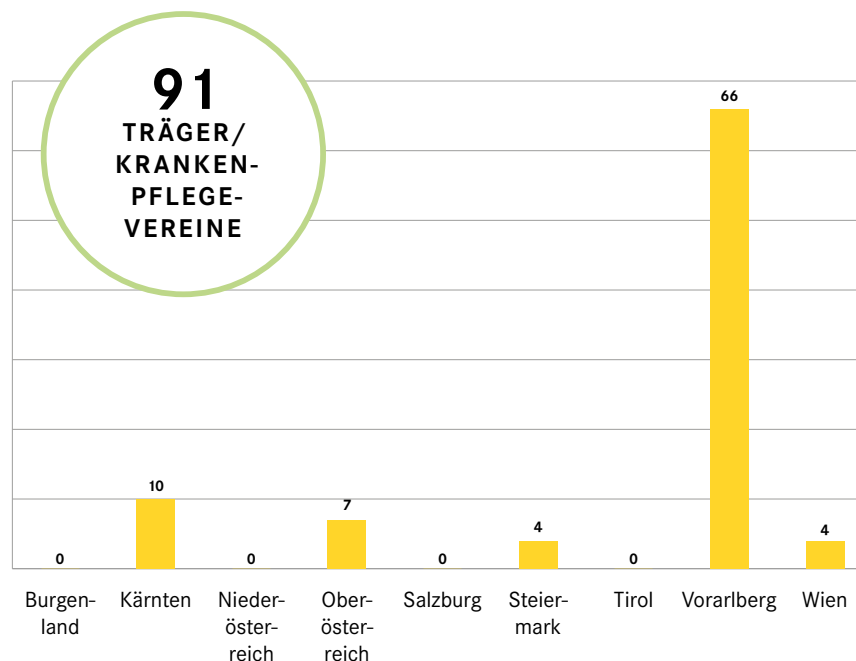
Ausführliche Informationen zu HPC Mobil Wien finden Sie unter <http://hpc-mobil.hospiz.at/>

⁹ Die Aktualisierung der Erhebung erfolgt alle zwei Jahre. Aufgrund der COVID-19-Pandemie im Jahr 2020 und der damit verbundenen Einschränkungen bei (Fort-/Weiterbildungs-)Veranstaltungen findet die nächste Erhebung im Jahr 2022 statt.

2.1. Teilnehmende Träger/Krankenpflegevereine nach Bundesland

25 Träger in vier Bundesländern und 66 Krankenpflegevereine in Vorarlberg setzen bzw. setzten das dreijährige Projekt HPC Mobil/HiZ um. In Wien fand das Projekt von 2015 - 2018 unter dem Namen HPC Mobil statt. In den Bundesländern Kärnten, Oberösterreich, Steiermark und Vorarlberg trägt es den Namen HiZ (Hauskrankenpflege im Zentrum 2019 – Juni 2022). Das Projekt HPC Mobil/HiZ ist ein dreijähriger auf Hospiz und Palliative Care fokussierter Organisationsentwicklungsprozess (OE-Prozess). Darin integriert sind 24 Stunden Fortbildung aller Mitarbeiter*innen aller Berufsgruppen.

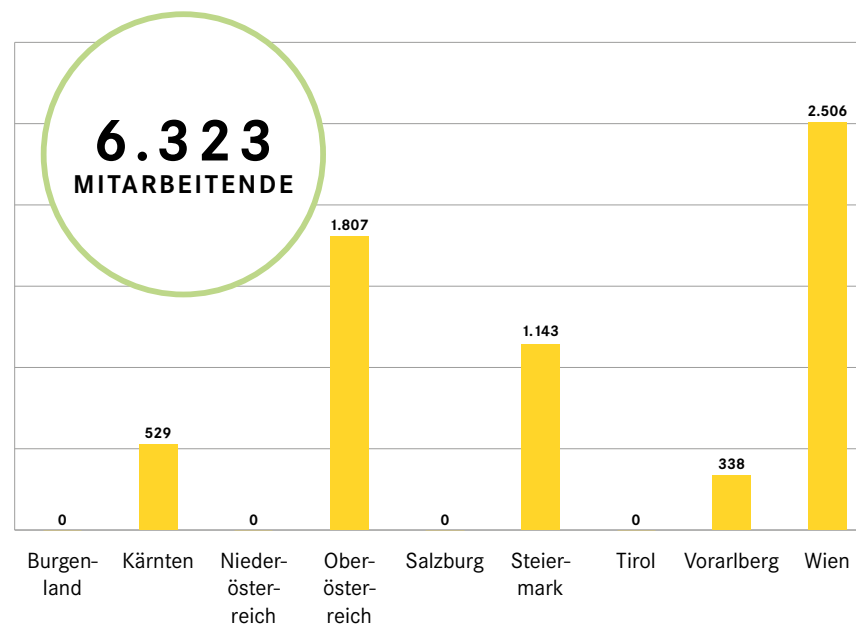
Abb. 79: Anzahl der Workshops Palliative Geriatrie pro Bundesland, die von 2009-2019 im Rahmen des Projekts HPCPH durchgeführt wurden.



2.2 Teilnehmende Mitarbeitende im Projekt HPC Mobil/ HiZ

Im Projekt HPC Mobil Wien (2015 – 2018) und im Projekt HiZ (2019 – Juni 2022) waren bzw. sind 6.323 Mitarbeitende involviert und mit den Themen Hospizkultur und Palliative Care befasst.

Abb. 80: Anzahl der Mitarbeitenden pro Bundesland, die seit 2015 im Projekt HPC Mobil/HiZ involviert waren bzw. sind.



2.3. WS HPC Mobil / HiZ: 140 Workshops

Bisher haben 140 Workshops (à 24 Stunden) nach dem Curriculum „Hospizkultur und Palliative Care in der mobilen Pflege und Betreuung zu Hause – HPC Mobil“ mit 2.520 Mitarbeiter*innen stattgefunden. Die Workshops sind für alle Mitarbeiter*innen aller Berufsgruppen vorgesehen. Alle Trainer*innen sind nach dem Curriculum von Hospiz Österreich ausgebildet. Die Workshops sind eingebettet in das Gesamtprojekt und finden nur im Rahmen des Projektes HPC Mobil/HiZ statt.

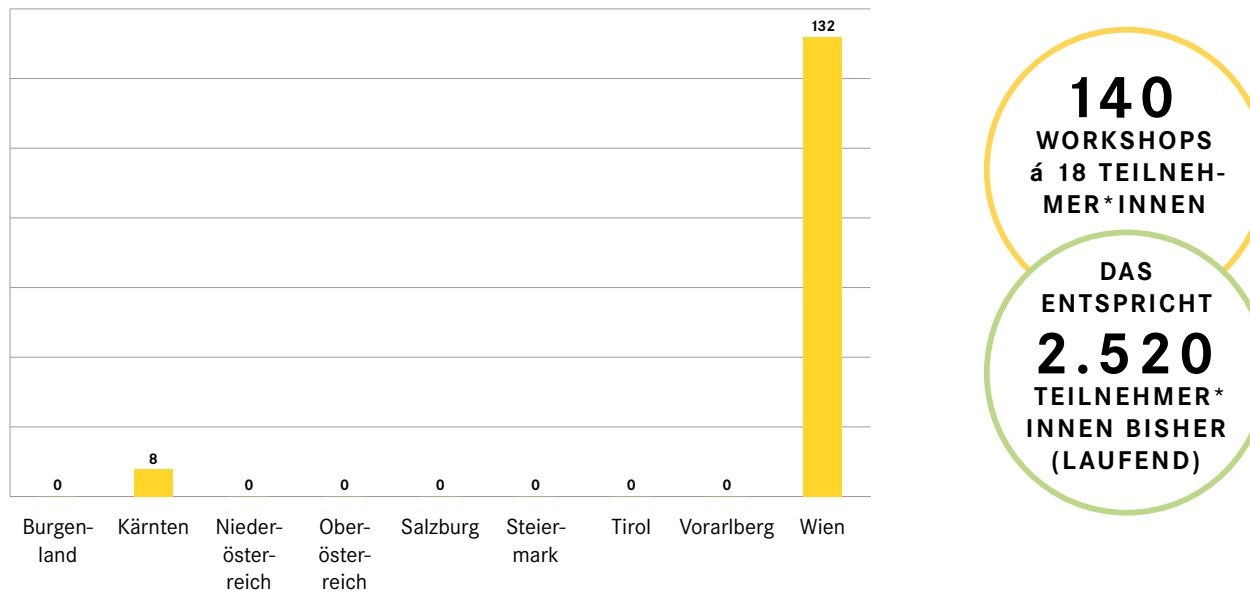


Abb. 81: Anzahl der Workshops pro Bundesland, die seit 2015 das im Projekt HPC Mobil/HiZ durchgeführt wurden.

Dachverband Hospiz Österreich

1030 Wien, Ungargasse 3/1/18

Tel.: +43 (0)1 803 98 68

Fax : +43 (0)1 803 25 80

dachverband@hospiz.at

www.hospiz.at