


**Beschluss  
der Landesregierung**
**Deliberazione  
della Giunta Provinciale**

Sitzung vom  
Nr. 3727  
13/10/2008

Seduta del

## ANWESEND SIND

Landeshauptmann  
Landeshauptmannstellvertreter  
Landeshauptmannstellvertreter

Luis Durnwalder  
Otto Saurer  
Luigi Cigolla

## Landesräte

Francesco Comina  
Werner Frick  
Sabina Kasslatter Mur  
Michael Laimer  
Florian Mussner  
Richard Theiner  
Thomas Widmann

## SONO PRESENTI

Presidente  
Vice Presidente  
Vice Presidente

## Assessori

Generalsekretär Adolf Auckenthaler Segretario Generale

**Betreff:**

Genehmigung des Konzeptes zur abgestuften Palliativbetreuung in Südtirol, des Konzeptes zur Führungsfinanzierung des Zentrums für Palliativcare Martinsbrunn in Meran.

Zweckbindung von € 950.000,00 zugunsten des Südtiroler Sanitätsbetriebes für die Bezahlung des Tagessatzes für die stationäre Betreuung, die vom Palliativzentrum „Martinsbrunn“ in Meran im Jahr 2008 erbracht wird und Widerruf des Beschlusses Nr. 4747 vom 28.12.2001

**Oggetto:**

Approvazione del progetto relativo alle cure palliative in Alto Adige basate su vari livelli assistenziali, del progetto per la gestione della struttura per le cure palliative presso la casa di cura Fonte S. Martino a Merano.

Impegno della spesa di € 950.000,00 a favore dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige per il pagamento della retta giornaliera relativa all'assistenza in regime di ricovero erogata dal Centro per le cure Palliative „Fonte S. Martino“ a Merano nell'anno 2008 e revoca della delibera nr. 4747 del 28.12.2001

Antrag eingereicht vom Assessorat

  
Gesundheitswesen  
- alla Sanità

Proposta inoltrata dall'Assessorato

Abteilung / Amt Nr.

23.2

Ripartizione / Ufficio n.

nach Einsichtnahme in den Landesgesundheitsplan 2000-2002;

nach Einsichtnahme in das Dekret des Gesundheitsministers vom 28. September, 1999, welches in jeder Region bzw. Autonomen Provinz die Realisierung eines Palliativzentrums und des Netzwerkes zur Palliativen Versorgung vorsieht;

nach Einsichtnahme in den Art. 39 bis des Landesgesetzes vom 5. März 2001, Nr. 7 betreffend die „Neuregelung des Landesgesundheitsdienstes“, der die Finanzierung für die Realisierung von Einrichtungen für die Palliativmedizin vorsieht;

nach Einsichtnahme in den Beschluss vom 28. Dezember 2001, Nr. 4747, mit dem das Projekt zur Realisierung einer Struktur für Palliativ-Care bei der Privatklinik Martinsbrunn und eines Betreuungsnetzes für Terminalpatienten in der Provinz Bozen genehmigt wurde;

als notwendig erachtet, das mit Beschluss Nr. 4747 vom 28.12.2001 genehmigte Projekt zu ergänzen und abzuändern, um den durch die Errichtung des Sanitätsbetriebes Südtirol entstandenen Bedürfnissen bestens entgegenzukommen (Anlage A);

festgestellt, dass der Beschluss Nr. 4747 vom 28.12.2001 unter anderem auch die Führung des Zentrums für Palliativcare Martinsbrunn in Meran regelte, und dass mit dem Widerruf dieses Beschlusses die von dem oben genannten Zentrum geleistete Tätigkeit nicht mehr geregelt wird;

als notwendig erachtet, die Führung des Zentrums für Palliativcare Martinsbrunn in Meran weiter zu regeln (Anlage B);

als angemessen erachtet, die finanziellen Beziehungen gemäß den geltenden Modalitäten für die Dienste von überbetrieblichem Interesse zu regeln;

als notwendig erachtet, dass das Land dem Südtiroler Sanitätsbetrieb den allumfassenden Tagessatz für die stationäre Betreuung, die vom Palliativzentrum „Martinsbrunn“ in Meran im Jahr 2008 erbracht wird, rückerstattet;

visto il Piano Sanitario Provinciale 2000-2002;

visto il decreto del Ministero della Sanità del 28 settembre 1999, che prevede la realizzazione in ogni Regione/Provincia Autonoma di almeno un centro residenziale per le cure palliative e della rete assistenziale ai malati terminali;

visto l'art. 39 bis della L.P. 5 marzo 2001, n. 7 "Riordinamento del Servizio Sanitario Provinciale", che prevede finanziamenti per la realizzazione di strutture dedicate all'assistenza palliativa;

vista la delibera n. 4747 del 28 dicembre 2001 con cui si approva il progetto per la realizzazione di una struttura per le cure palliative presso la casa di cura Fonte S. Martino e della rete di assistenza ai malati terminali nella Provincia di Bolzano;

ritenuto necessario modificare ed integrare il progetto approvato con delibera n. 4747 del 28.12.2001 al fine di soddisfare al meglio le esigenze che si sono create con la realizzazione dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige (Allegato A);

considerato che con la revoca della delibera n. 4747 del 28.12.2001, che tra l'altro disciplinava la gestione del reparto per le cure palliative presso la casa di cura Fonte S. Martino a Merano, non viene più regolamentata l'attività che tale centro svolge;

ritenuto necessario continuare a regolamentare l'attività svolta nel centro per le cure palliative presso la casa di cura Fonte S. Martino (Allegato B);

considerato opportuno regolare i rapporti finanziari secondo le modalità in vigore per i servizi di interesse interaziendale;

ritenuto necessario che la Provincia rimborsi all'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige la retta giornaliera relativa all'assistenza erogata in regime di ricovero dal Centro per le cure Palliative „Fonte S. Martino“ a Merano nell'anno 2008;

Der Generalsekretär der L.P. / Segretario Generale della G.P.  
- Dr. Adolf Auckenthaler -



nach Einsichtnahme in dem Beschluss Nr. 1022 vom 26. März 2007, mit welchem „die Landeskommission für die klinische Neuordnung und Entwicklung des Südtiroler Gesundheitswesens“ als fachliches und wissenschaftliches Beratungsorgan der Landesregierung für die Umsetzung der klinischen Neuordnung und die Förderung der klinischen Entwicklung im Gesundheitswesen der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol errichtet worden ist;

nach Einsichtnahme in das positive Gutachten der „Landeskommission für die klinische Neuordnung und Entwicklung des Südtiroler Gesundheitswesens“ in der Sitzung vom 09. Mai 2008 zur Umsetzung des Konzeptes zur abgestuften Palliativbetreuung in Südtirol;

als notwendig erachtet, die Führung des Zentrums für Palliativcare Martinsbrunn in Meran in diesem Sinne weiter zu regeln (Anlage B);

festgestellt, dass die Struktur aufgrund der entsprechenden Autorisierungs- und Akkreditierungsmaßnahmen 12 Betten plus 3 day-hospice Betten zur Verfügung hat;

als sinnvoll erachtet, dass das Land dem Südtiroler Sanitätsbetrieb die Kosten für die Führung des Palliativzentrums „Martinsbrunn“ in Meran für die stationäre Betreuung über die Verrechnung eines eigens festgelegten Tagessatzes rückerstattet;

als notwendig erachtet, den Tagessatz für die von der Struktur erbrachten Leistungen in diesem Sinne neu festzulegen, indem man sich auf die von der Struktur gelieferten Kostendaten für das Jahr 2007 stützt und damit eine Projektion für die Jahre 2008-09 erstellt;

festgestellt, dass aufgrund der Erfahrungswerte vorerst von einer Auslastung der 12 Betten des Palliativzentrums Martinsbrunn in Höhe von 78-80% ausgegangen wird, was einer Jahresproduktion von 3460 Aufenthaltstagen entspricht;

festgestellt, dass sich die Struktur verpflichtet, die dafür erforderlichen Ressourcen für die oben angeführten Zielgrößen zur Verfügung zu stellen;

vista la delibera n. 1022 del 26 marzo 2007 con cui è stata istituita la „commissione provinciale per il riordino e lo sviluppo clinico del servizio sanitario provinciale“ quale organo di consulenza specialistica e scientifica della Giunta Provinciale per la realizzazione del riordino clinico e la promozione dello sviluppo clinico nell'ambito del servizio sanitario della Provincia Autonoma di Bolzano-Alto Adige;

visto il parere favorevole espresso dalla „commissione provinciale per il riordino e lo sviluppo clinico del servizio sanitario provinciale“ nella seduta del 09 maggio 2008 per la realizzazione del progetto relativo alle cure palliative in Alto Adige, basate su diversi livelli assistenziali;

ritenuto necessario continuare a regolamentare in quest'ottica l'attività svolta nel centro per le cure palliative presso la casa di cura Fonte S. Martino (Allegato B);

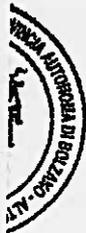
Considerato che, la struttura sulla base dei relativi provvedimenti di accreditamento ed autorizzativi ha a disposizione 12 posti letto e 3 posti letto per day-hospice;

ritenuto opportuno che la Provincia rimborsi all'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige i costi per la gestione del Centro per le cure Palliative „Fonte S. Martino“ a Merano per l'assistenza in regime di degenza stabilendo a tal fine una retta giornaliera;

ritenuto opportuno in quest'ottica rideterminare la retta giornaliera per le prestazioni erogate dalla struttura, la cui determinazione trae fondamento dai dati del bilancio 2007 forniti dalla struttura stessa, i quali pertanto rappresentano una proiezione per gli anni 2008-09;

considerato che, sulla base dell'esperienza fino ad ora maturata i 12 posti letto, attivati presso la casa di cura Fonte S. Martino, avranno presumibilmente un tasso di occupazione 78-80%, che corrisponde ad una produzione annua di 3460 giornate di degenza;

considerato che la struttura si è impegnata a mettere interamente a disposizione le risorse necessarie per poter soddisfare le esigenze degli ospiti dell'intero centro per le cure palliative;



festgestellt, dass die vorgesehene Bettenaufstockung und die erwartete Bettenauslastung einen effizienteren Ressourceneinsatz ermöglichen, sodass der bisher angewandte Tagsatz erheblich reduziert werden kann, nachdem die Kosten bei Erreichung der oben angeführten Zielgrößen mit durchschnittlich 335,00 Euro pro Belegungstag festgelegt worden sind.;

welters festgestellt, dass aus der durchgeführten Kostenanalyse hervorgeht, dass sich der Anteil der fixen Kosten bei einer Auslastung von 90% (vorwiegend das Personal betreffend) auf rund 70% beläuft, was zu einer gewissen Rigidität der Kostenstruktur führt;

festgehalten, dass die effektive Bettenbelegung unvorhergesehene Schwankungen erfahren kann, die nicht von der Struktur abhängig sind und dass Fixkosten trotzdem in unverändertem Ausmaße anfallen, sodass es sinnvoll erscheint, den oben angeführten Durchschnittstarif so zu staffeln, dass er die Kosten auch bei einer Auslastung von 70% abdeckt;

festgestellt, dass bei einer anhaltenden Unterschreitung dieses Richtwertes (Auslastung von 70%) die Zielwerte (Bettenanzahl, programmierter Auslastungsgrad usw.) in Absprache mit dem Gesundheitsassessorat und dem Sanitätsbetrieb neu festzulegen sind;

festgestellt, dass auf dem Kapitel 10105.15 des Haushaltsvoranschlags für das Jahr 2008 eine Verfügbarkeit von 950.000,00 Euro gegeben ist;

In Erachtung, den bisher geltenden Tagsatz für das Jahr 2008 bis zum 31. August 2008 beizubehalten, für die Zeitspanne ab 1. September 2008 eine Vergütung in Form eines allumfassenden fixen Tagsatzes in Höhe von 335,00 festzulegen, und die Tarifgestaltung für das Jahr 2009 neu zu gestalten;

nach Einsichtnahme in beiliegendes Projekt für Martinsbrunn, das integrierenden Bestandteil dieses Beschlusses bildet;

dies alles vorausgeschickt und nach Anhören des Berichterstatters wird von der Landesregierung einstimmig und in gesetzlicher Form

considerato che, l'aumento dei posti letto del centro Fonte S. Martino ed il presunto tasso di occupazione dei posti letto rendono possibile un più efficiente impiego delle risorse, la retta giornaliera finora applicata può essere considerevolmente ridotta ed in caso di raggiungimento dei sopraccitati obiettivi può essere mediamente determinata in Euro 335,00;

considerato inoltre che, da una analisi dei costi effettuata è emerso che la quota dei costi fissi in caso di una occupazione dei posti letto del 90% (per lo più costi del personale) si aggira intorno al 70%, cosa che porta ad una certa rigidità della struttura;

considerato che, l'effettiva occupazione dei letti è soggetta ad imprevedibili oscillazioni che non dipendono dalla struttura e che i costi fissi vengono comunque sostenuti in misura fissa, appare pertanto ragionevole graduare la sopraccitata tariffa in modo tale che copra i costi anche in caso di una occupazione del 70%;

considerato che, in caso di un costante tasso di occupazione inferiore al tasso stabilito del 70% dovranno essere nuovamente stabiliti gli obiettivi (posti letto, tasso di occupazione programmato ecc.) in accordo con l'assessorato alla sanità e l'azienda sanitaria;

constatato che, sul capitolo 10105.15 del bilancio provinciale del 2008 sussiste una disponibilità di Euro 950.000,00;

tenendo presente che retta giornaliera applicata fino ad oggi deve essere mantenuta in vigore fino al 31 agosto 2008, e che a partire dal 1 settembre 2008 dovrà essere stabilito un rimborso sotto forma di una retta giornaliera fissa omnicomprendiva di €. 335,00 e che nel 2009 si dovrà nuovamente modulare la tariffa;

visto l'allegato progetto che forma parte integrante della presente delibera;

tutto ciò premesso e sentito il Relatore, la Giunta provinciale, a voti unanimi espressi nei modi di legge



**beschlossen:**

1. das beiliegende Projekt zur abgestuften Palliativbetreuung in Südtirol (Anlage A) zu genehmigen, wobei dieses Projekt integrierender Bestandteil dieses Beschlusses bildet;
2. das beiliegende Projekt zur Führung des Zentrums für Palliativcare Martinsbrunn in Meran (Anlage B) zu genehmigen, wobei dieses Projekt integrierender Bestandteil dieses Beschlusses bildet;
3. für den Zeitraum vom 1. Januar 2008 bis 31. August 2008 wird der mit Beschluss der L.reg. Nr. 3874 vom 4. November 2003 festgelegte Tagessatz von 410,00 Euro pro Einlieferungstag für die 8 konventionierten Betten beibehalten;
4. für die Zeitspanne vom 1. September 2008 bis zum 31. Dezember 2008 wird ein allumfassender Tagessatz von 335,00 Euro verrechnet;
5. mit 1. Januar 2009 wird die Verrechnung der Kosten auf der Grundlage einer geplanten durchschnittlichen Produktion von 3460 Aufenthaltstagen ein durchschnittlicher Tagessatz von 335,00 Euro angewandt der jedoch – abhängig von der tatsächlichen Produktion folgendermaßen gestaffelt wird:
  - a) Bis zur Bereitstellung von 3066 Tagen, entsprechend einer Auslastung von 70% wird zwecks Gewährleistung der Betriebsbereitschaft ein Tagsatz von 370,00 € angewandt;
  - b) Die darüber hinausgehende Produktion an Aufenthaltstagen wird bis zu einem maximalen Limit von 4380 Tagen mit einem Tagsatz von 300,00 € verrechnet;
6. die Verwaltung des Palliativzentrums „Martinsbrunn“ ist dazu verpflichtet, in jedem Falle die Ressourcen für eine diesem Projekt entsprechende Betriebsbereitschaft einzusetzen, auch für den Fall, dass die Auslastung den Schwellenwert von 70% nicht erreicht;

**dellibera:**

1. di approvare il progetto relativo alle cure palliative In Alto Adige, basate su diversi livelli assistenziali (allegato A), fermo restando che tale progetto forma parte integrante della presente delibera;
2. di approvare il progetto relativo alla gestione della struttura per le cure palliative presso la casa di cura fonte S. Martino a Merano (Allegato B), fermo restando che tale progetto forma parte integrante della presente delibera;
3. di mantenere per gli 8 posti letto convenzionati, per il periodo 1 gennaio 2008 – 31 agosto 2008, la retta giornaliera pari a €. 410,00 approvata con delibera della Giunta Provinciale n. 3874 del 4 novembre 2003,
4. di applicare per il periodo dal 1 settembre 2008 al 31 dicembre 2008 una retta giornaliera omnicomprensiva di €. 335,00;
5. di applicare, a partire dal 1 gennaio 2009, per la copertura dei costi relativi ad una produzione media di 3460 giornate di degenza, una tariffa media di €. 335,00 che verrà però modulata in base alla effettiva produzione nel seguente modo:
  - a) fino ad una occupazione di 3066 giorni, che corrispondono ad un tasso di occupazione del 70% dei posti letto verrà applicata una retta giornaliera di €. 370,00;
  - b) tutte le giornate di degenza eccedenti vengono remunerate con una retta giornaliera di €. 300,00 fino al limite massimo di 4380 giorni;
6. l'amministrazione del Centro per le cure palliative Fonte S. Martino è obbligata in ogni caso ad impiegare le risorse previste dal progetto e necessarie per le finalità aziendali, anche nel caso in cui il tasso di occupazione non raggiunga la soglia del 70%;

7. sich die Möglichkeit vorzubehalten, im Falle einer kontinuierlichen Unterschreitung der Bettenauslastung von 70%, die zur Verfügung gestellte Anzahl von 12 Betten sowie andere Richtwerte wie jenem des Auslastungsgrades nach Rücksprache mit den Verantwortlichen der Struktur Martinsbrunn und dem Südtiroler Sanitätsbetrieb zu reduzieren, bzw. neu festzulegen;
  8. sich das Recht vorzubehalten, den vorliegenden Beschluss auch gänzlich abzuändern, falls sich die Kosten der Einrichtung so stark verändern sollten, dass der festgelegte Tarif nicht mehr als angemessen erscheint oder falls die Mindestanforderungen für Bewilligung und Akkreditierung, die im Gutachten der beratenden Landeskommission für Akkreditierung vom 16. März 2007 vorgeschrieben sind, nicht eingehalten werden;
  9. dem Südtiroler Sanitätsbetrieb einen Betrag von € 950.000,00 für die Rückerstattung des allumfassenden Tagessatzes für die stationäre Betreuung, die vom Palliativzentrum „Martinsbrunn“ in Meran im Jahr 2008 erbracht wird, zuzuweisen;
  10. die Ausgaben von € 950.000,00 auf Kapitel 10105.15 des Haushaltsvoranschlages für das Jahr 2008 zweckzubinden;
  11. der Betrag von € 950.000,00 bei Vorlage der geeigneten Unterlagen auszuführen;
  12. eine erste Überprüfung der Planungs- bzw. Zielwerte wird spätestens innerhalb 30. Juni 2009 vorgenommen;
  13. den Beschluss Nr. 4747 vom 28. Dezember 2001 zu widerrufen.
7. di riservarsi la possibilità, in caso di costante occupazione dei posti letto al di sotto del 70%, di ridurre o di rideterminare il numero dei 12 posti letto messi a disposizione, così come altri parametri come quello del tasso di occupazione sentiti i responsabili della struttura Fonte S. Martino e dell'azienda sanitaria dell'Alto Adige;
  8. di riservarsi la possibilità di modificare il presente provvedimento in tutte le sue parti sia nel caso di variazioni consistenti nei costi della struttura che rendano inadeguata la tariffa stabilita sia nel caso in cui non vengano osservate le prescrizioni minime per l'autorizzazione e l'accreditamento indicate nel parere della Commissione provinciale consultiva per l'accreditamento del 16 marzo 2007 entro i termini stabiliti;
  9. di assegnare all'Azienda sanitaria dell'Alto Adige un importo di € 950.000,00 per il pagamento della retta giornaliera relativa all'assistenza erogata in regime di ricovero dal Centro per le cure Palliative „Fonte S. Martino“ a Merano nell'anno 2008;
  10. di impegnare la spesa di € 950.000,00 sul capitolo 10105.15 del bilancio provinciale 2008;
  11. di procedere alla liquidazione dell'importo di € 950.000,00 dietro presentazione di idonea documentazione.
  12. di procedere con una prima verifica della pianificazione o del raggiungimento degli obiettivi entro il 30 giugno 2009;
  13. di revocare la delibera n. 4747 del 28 dicembre 2001.

DER LANDESHAUPTMANN

IL PRESIDENTE DELLA PROVINCIA

DER GENERALSEKRETÄR DER L.R.

IL SEGRETARIO GENERALE DELLA G.P.

## ANLAGE A

### Konzept zur abgestuften Palliativbetreuung in Südtirol

#### Einleitung

Seit vielen Jahren bemühen sich engagierte Menschen, Gruppen, Organisationen und öffentliche Dienste im Gesundheits- und Sozialwesen um die Versorgung schwerkranker und sterbender Menschen in unserem Land. Dabei waren es vielfach Einzelinitiativen, es fehlte die systematische Vernetzung und ein Gesamtkonzept.

Die Zeit ist reif und drängt, die Palliative Betreuung in Südtirol in ein Gesamtkonzept zu kleiden, das vorhandene Bausteine und Initiativen integrieren und gewährleisten soll, dass alle Patienten des Landes in der für sie einheitlich besten Organisationsform betreut werden können: zuhause, ambulant, im Day Hospice oder stationär, eben in einer abgestuften und integrierten Versorgung. Im Mittelpunkt dieses integrierten Versorgungskonzeptes steht der unheilbar kranke Mensch mit seinen Kernbedürfnissen in der palliativen Lebensphase. Das Konzept ist ausgerichtet nach biopsychosozialen und spirituellen Gesichtspunkten, abgestimmt auf die besonders schwere Lebenssituation und die damit verbundenen Bedürfnisse des Schwerstkranken und seiner Angehörigen.

Zentrale Aufgabe des palliativen Netzwerkes ist das Ineinandewirken aller Professionen zum Wohle des Patienten, um

- seine Schmerzen wirkungsvoll zu kontrollieren
- belastende Symptome zu therapieren
- ein Verbleiben möglichst zu Hause bzw. in den Altersheimen bis zuletzt zu ermöglichen
- ein stationäres Angebot zu gewährleisten, wo dies erforderlich ist
- den Angehörigen Unterstützung und Hilfe anzubieten
- eine 24-Stunden-Erreichbarkeit zu garantieren.

Aufgrund des in Südtirol bestehenden Gesundheitssystems (Primärarztsystem, territoriale Krankenpflege, Sprengel als operative Einheiten) bietet sich ein Netzwerk an, das im Hausarzt und in der territorialen Krankenpflege die zentralen Knoten und eine wohnortnahe Versorgung zum Ziel hat.

Betten sollen in allen Gesundheitsbezirken geschaffen werden, und von diesen Palliativen Strukturen aus soll das Territorium fachlich und konsiliarisch mitbetreut werden.

Bei einem solchen Konzept ist jedenfalls auf regionale und geographische Gegebenheiten zu achten.

#### Definition

Palliativmedizin ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und deren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von Leiden mittels frühzeitigem Erkennen, zutreffender Einschätzung und Behandeln von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.

(aus der Definition der WHO 2002)

Der Generalsekretär der L.R. - II Segretario Generale della G.P.  
- Dr. Adolf Auckenthaler -



## Derzeitige Situation

Die Versorgung der schwerkranken und sterbenden Patienten hat sich in den letzten Jahren sehr stark verändert. Patienten leben länger, die Pflegesituationen sind intensiver geworden, aufgrund der technischen Möglichkeiten stellen sich verstärkt auch ethische und rechtliche Fragen und schließlich sind die Angehörigen nicht mehr in dem Ausmaß wie früher in der Lage, die Pflege des Patienten zu übernehmen. Das Gesundheitswesen hat auf diese neuen Herausforderungen nur verzögert reagiert, so dass zur Zeit die palliative Betreuung der Patienten nur in einigen Bezirken als gut bezeichnet werden kann, in anderen besteht noch Nachholbedarf. Ausgewiesene Palliativbetten gibt es derzeit in Martinsbrunn bei Meran (8 konventioniert, 12 strukturiert) und auf der Geriatrie III im KH Bozen (12). In den anderen Bezirken sind die Betten für Palliativpatienten in die Abteilungen der jeweiligen Krankenhäuser integriert. Die integrierte Versorgung in den Sprengeln ist ebenfalls sehr unterschiedlich strukturiert und organisiert und weist ein eindeutiges Land-Stadt-Gefälle auf. Auch erstreckt sich palliative Versorgung momentan fast ausschließlich auf Tumorkranke.

## Zielsetzung

1. Abgestufte Palliative Betreuung aller schwerstkranken und sterbenden Menschen in unserem Land nach deren Bedürfnis und Notwendigkeit im häuslichen, ambulanten und stationären Bereich
2. Medizinische, pflegerische, psychologische, soziale und spirituelle Betreuung nach aktuellem Stand der Wissenschaft und den jeweiligen Qualitätsstandards sowie Einhaltung derselben
3. Keine Beschränkung auf Patienten mit onkologischen Erkrankungen, sondern Einbeziehen der Patienten mit neuromuskulären, respiratorischen, degenerativen, geriatrischen ecc. Erkrankungen
4. Organisation auf Bezirksebene, Koordination auf Betriebsebene im Sinne eines betriebsweiten Departements
5. Ausarbeitung einer solchen Betreuungsform und deren Umsetzung in den nächsten 3 Jahren (Innerhalb 2010)

## Konzeptentwurf

Eine adäquate Betreuung der Betroffenen erfolgt idealerweise in einem System abgestufter Versorgung. Die Hospiz- und Palliativversorgung muss in allen Bereichen und auf allen Ebenen des Gesundheitswesens erfolgen (im Akut- und Pflegebereich, stationär und ambulant). Das bedeutet, dass die jeweiligen Angebote organisiert werden müssen; dazu gehören: Palliativstationen, Day Hospice, Ambulatorien, mobile Palliativteams, Palliativ-Konsiliardienste, Betreuung zuhause, stationäre Hospize, Tageshospize.

Für Südtirol bietet sich ein hausarzt- und hauskrankenpflegezentriertes Betreuungskonzept an, das möglichst wohnortnah zu erfolgen hat. Diese beiden Berufsgruppen bilden mit in Palliative Care geschulten Ärzten und Pflegerinnen, Psychologinnen, Seelsorgerinnen, Ehrenamtlichen Hospizmitarbeitern ein erweitertes Palliative Care Team um Patient und Angehörige. Solche Teams sind in allen 4 Bezirken Südtirols einzurichten.

### Betreuung zu Hause:

Über 70% der Patienten möchten die letzte Phase ihres Lebens zu Hause verbringen und dort auch sterben. Der Hausarzt ist meist über viele Jahre mit dem Patienten vertraut und sollte auch in der letzten Lebensphase Bezugsperson bleiben. Er bildet zusammen mit der Hauskrankenpflege und den Angehörigen das engere Betreuungsteam um den Patienten zu Hause. Diese Aufgabe ist für den Hausarzt und die Hauskrankenpflege ja nicht neu, doch die gesellschaftlichen Veränderungen (Umgang mit Krankheit und Tod), die medizinischen Entwicklungen (z.B. beatmete Patienten zu Hause), die pflegerischen Notwendigkeiten bei relativ langen Überlebenszeiten sowie die ethisch-rechtlichen Fragestellungen stellen diese zwei Berufsgruppen vor besondere Herausforderungen.

Voraussetzungen (teilweise schon umgesetzt), damit diese Form der Hausbetreuung funktionieren kann:

Der Präsident des L.A. - Verbandes  
- Dr. Adalberto Antonello

- Entwicklung und Förderung einer „Palliativen Kultur“ bei Ärzten für Allgemeinmedizin, Fachärzten, Krankenhausärzten und Krankenpfleger/Innen
- Entsprechende Fort- und Weiterbildung in Palliative Care
- Schaffung entsprechender Rahmenbedingungen für die einzelnen Berufsgruppen (Vertragsanpassungen, Erreichbarkeit, Bereitschaftsdienst usw.)
- Genaue Aufgabenbeschreibung für die Tätigkeit der Hausärzte auf dem Gebiet der Palliativmedizin, Definition von Standards und Anstreben von entsprechenden vertraglichen Verpflichtungen.
- Betreuung der pflegenden Angehörigen durch das gesamte Palliativteam, wobei die Psychologischen Dienste eine wesentliche Rolle spielen.
- Betreuungskontinuität an den Nahtstellen (geordnete Übergabe, Information und Kommunikation, Versorgung mit Hilfsmitteln und Medikamenten), Stichwort: „Vernetzte Überleitung“
- Betreuung der Betreuer (Supervision durch die Psychologen)

Die ärztliche und pflegerische Arbeit muss durch einen fachlichen Konsiliardienst, durch ehrenamtliche Mitarbeiter und andere Dienste unterstützt werden.

#### Palliativstation:

Die Palliativstation ist eine Station in oder an einem Krankenhaus, die einer Betten führenden Abteilung (Innere Medizin, Geriatrie...) angegliedert, innerhalb dieser jedoch als ausgewiesene und der Funktion angepasste Einheit geführt und organisiert wird. Sie ist spezialisiert auf die Behandlung, Betreuung und Begleitung von Palliativpatienten und gewährleistet die Unterbringung im stationären Bereich zur Schmerztherapie, Symptomkontrolle und/oder psychosozialen Entlastung bzw. Stabilisierung mit dem Ziel der organisierten Entlassung nach Hause oder in eine Pflegestruktur. Charakteristisch für die Palliativstation ist das multiprofessionelle Team aus hierfür qualifizierten Ärzten, Pflegern, Sozialassistenten, Seelsorgern, Psychologen und weiteren Therapeuten, ergänzt durch ehrenamtliche Hospizhelfer. Auf der Palliativstation können medizinische, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Probleme wechselnde Priorität haben. Deshalb sind Kommunikation und Zusammenarbeit von besonderer Bedeutung. Die Palliativstation arbeitet vernetzt mit medizinischen Zentren, Krankenhausabteilungen, Hausärzten, ambulanten Pflege- und Hospizdiensten, stationären Hospizen und anderen geeigneten Einrichtungen. Ziel ist es, krankheits- und therapiebedingte Beschwerden zu lindern und wenn möglich, die Krankheits- und Betreuungssituation der Betroffenen so zu stabilisieren, dass sie wieder entlassen werden können.

Die palliative Einrichtung soll auch strukturell (bauliche Maßnahmen, Einrichtung, Logistik) ihrer Funktion der ganzheitlichen Sicht des Menschen angepasst werden.

Die Unterbringung im stationären Bereich zur Schmerztherapie, Symptomkontrolle und/oder psychosozialen Entlastung bzw. Stabilisierung mit dem Ziel der organisierten Entlassung nach Hause oder in eine Pflegestruktur muss flächendeckend gewährleistet werden. Dazu müssen Betten geschaffen werden. Die Anzahl der Betten ist nach nationalen und internationalen Vorgaben der Bevölkerungsanzahl im jeweiligen Gesundheitsbezirk anzupassen (0,5–0,7 Betten pro 10.000 Einwohner).

Die strukturellen, technischen und organisatorischen Voraussetzungen und Minimalanforderungen für die Akkreditierung sind von der S.I.C.P. (Società Italiana di Cure Palliative) und von der F.C.P. (Federazione Cure Palliative) festgelegt (vgl. auch D.P.C.M. vom 20. Jänner 2000).

Eine Palliativstation kann nur dann gut ihre Ziele erfüllen, wenn im Hintergrund eine starke und gut ausgebaute ambulante Versorgung steht.

#### Day Hospice:

In einem zeitgemäßen Konzept müssen – zum verantwortlichen Umgang mit Ressourcen und zum Komfort für die Patienten – auch im palliativmedizinischen Bereich verschiedene Leistungen (speziell zur Symptomkontrolle) im Day Hospital-Modus angeboten werden. Das Day Hospice, das Palliativ-Ambulatorium und die palliativmedizinische Konsiliartätigkeit im Krankenhaus sind von den Palliativstationen mit ihren interdisziplinären Teams auch auf dem Territorium zu organisieren. In diesem Kontext nimmt das Day Hospital bzw. das Ambulatorium die Aufgaben des Day Hospices wahr.



Die Versorgung mit vier spezialisierten Palliativstationen im Land wird nicht allen anfallenden Ansprüchen stationärer Betreuung gerecht werden können. Deshalb braucht es zusätzlich zu den Palliativstationen ein ebenfalls flächendeckendes Angebot an stationären Hospizbetten (siehe D.P.C.M. 20/1/2000: Atto di indirizzo e coordinamento per i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi per i centri residenziali di cure palliative (hospice) und Comitato Nazionale Cure Palliative, Veröffentlichung des Gesundheitsministers Nr. 378, März 2003), um eine Weiterversorgung jener Palliativpatienten zu ermöglichen, die bei hohem pflegerischem Aufwand aus unterschiedlichen Gründen nicht nach Hause verlegt werden.

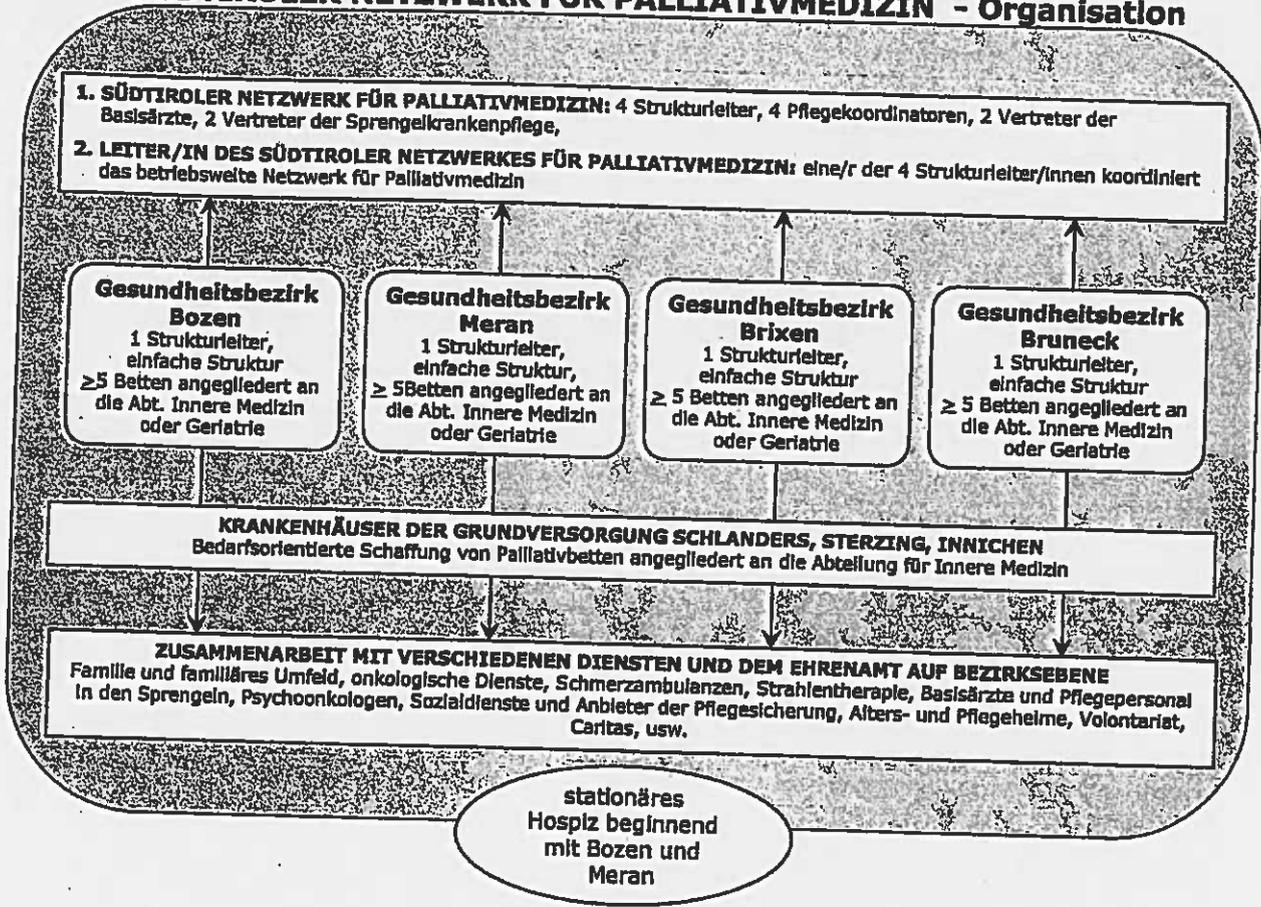
Da wir ein abgestuftes System der Palliativversorgung aufbauen ist die Anzahl der nötigen Hospizbetten derzeit noch nicht abschätzbar, weil wir erstens noch nicht wissen, wie stark es gelingt die Ärzte für Allgemeinmedizin vor allem in den Städten Bozen und Meran in die Palliativbetreuung einzubeziehen und zweitens weil noch nicht abgeschätzt werden kann wie viele von diesen Patienten in den Alten- und Pflegeheimen betreut werden können. Auch private Träger und Organisationen sollten in dieses Konzept der Hospizbetreuung einbezogen werden.

Der Generalsekretär der L.R. - Il Segretario Generale della C.R.  
- Dr. Adolf Auckenthaler

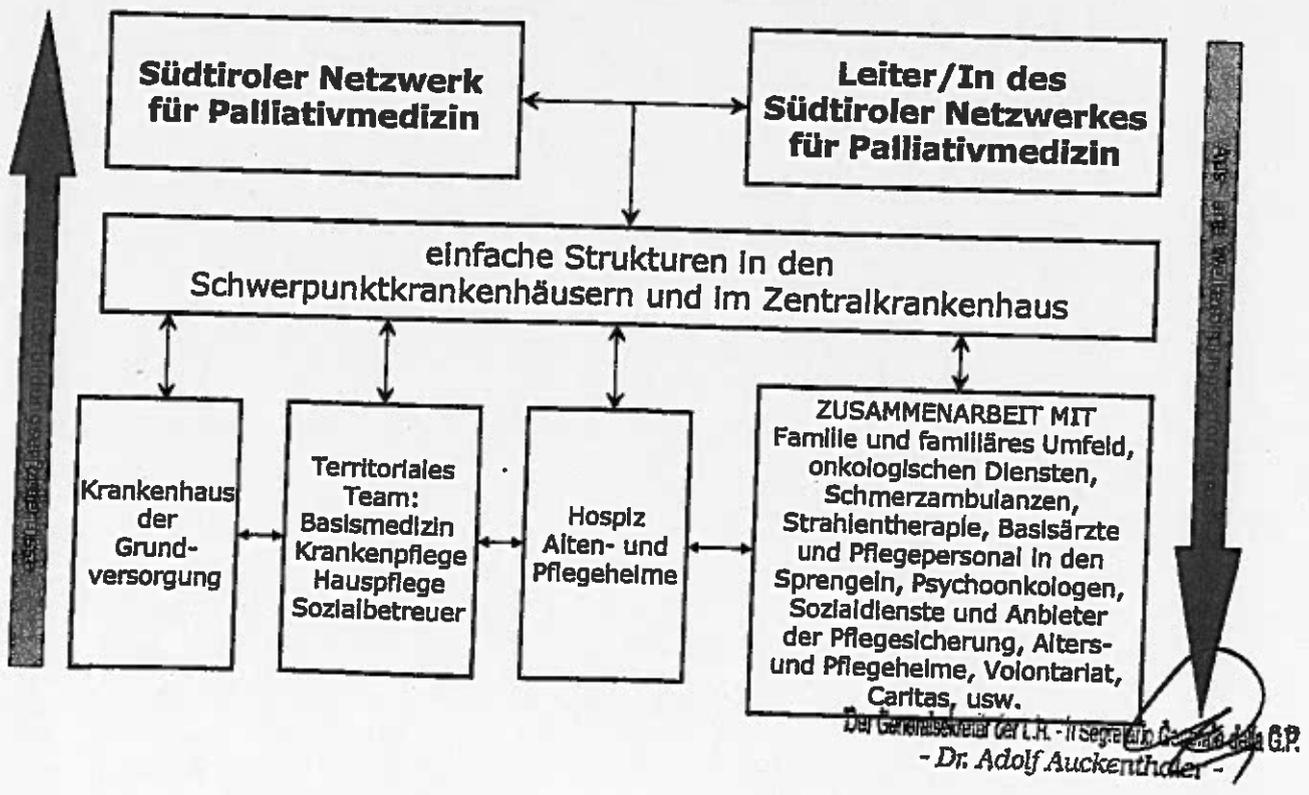
Umsetzungsplan:

- Schaffung eines Netzwerkes für die palliative Betreuung in Südtirol: Bis 2010 Erarbeitung landesweit einheitlicher Konzepte und Standards zur betriebsweiten Abstimmung aller Versorgungsangebote, zur Definition einheitlicher Aufnahme- und Entlassungskriterien, zur Qualitätssicherung sowie Aus- und Weiterbildung. (Siehe eigener Punkt).  
Die Leitung des palliativmedizinischen Netzwerkes des Sanitätsbetriebes wird einem/einer der 4 Strukturleiter/Innen übertragen.
- Das Palliativnetzwerk des Sanitätsbetriebes wird von den Strukturleitern der 4 Bezirke, vier Pflegekoordinator/Innen und je 2 Vertretern der Hausärzte und der Sprengelkrankenpflege gebildet.
- Auf- und Ausbau der Fixknoten im Palliativen Netzwerk: ambulante Betreuung zu Hause und in den Altersheimen durch Hausärzte und Hauskrankenpfleger/Innen mit dem erweiterten Palliative Care Team,
- stationäres Angebot durch Schaffung von Betten in den jeweiligen Gesundheitsbezirken nach nationalen und internationalen Vorgaben: Ausweisung von nicht weniger als 5 Betten in den Schwerpunktkrankenhäusern, die an die Abteilung für Innere Medizin und/oder Geriatrie als funktionell eigenständige Struktur mit Strukturleiter/In angegliedert werden. Bedarfsorientierte, kurzfristige Schaffung von Palliativbetten in den Krankenhäusern der Grundversorgung, ebenfalls angeschlossen an die innere Medizin.
- Führung des ambulant-stationären Versorgungskonzeptes auf Bezirksebene (Schwerpunkt Krankenhaus) als Einfache Struktur mit einem/r ärztlichen und pflegerischen Verantwortlichen (beide mit entsprechender palliativer Ausbildung).
- Ausweisung von Hospizbetten beginnend mit den Gesundheitsbezirken Bozen und Meran.
- Definition der Formen der Zusammenarbeit mit den verschiedenen Diensten und dem Ehrenamt auf Bezirksebene
- Enge Zusammenarbeit mit der Familie und dem familiären Umfeld.
- Enge Zusammenarbeit mit den onkologischen Diensten
- Enge Zusammenarbeit mit den Schmerzambulanzen
- Enge Zusammenarbeit mit der Strahlentherapie
- Enge Zusammenarbeit mit Psychoonkologen
- Enge Zusammenarbeit mit den Basisärzten bzw. dem Pflegepersonal in den Sprengeln
- Enge Zusammenarbeit mit den Sozialdiensten und den Anbietern der Pflegesicherung
- Enge Zusammenarbeit mit den Alters- und Pflegeheimen
- Enge Zusammenarbeit mit und Integration des Ehrenamtes
- Sicherung der Finanzierung,
- Einführen des Kodex 60.02 landesweit, Einführen der Palliativmedizinischen DRG's

## SÜDTIROLER NETZWERK FÜR PALLIATIVMEDIZIN - Organisation



## SÜDTIROLER NETZWERK FÜR PALLIATIVMEDIZIN, funktionelle Zusammenarbeit



### Aus- und Weiterbildung:

Die Aus- und Weiterbildung in Palliativcare wird in enger Zusammenarbeit und Absprache zwischen dem Sanitätsbetrieb und dem Assessorat (Amt für die Ausbildung des Gesundheitspersonals) konzipiert und umgesetzt. Vorschläge und Themen für die Aus- und Weiterbildung müssen von allen im Bereich Palliativcare Tätigen der Leitung des Südtiroler Netzwerkes für Palliativmedizin (Vertreter 4 Leiter der Einfachen Strukturen, davon einer Leiter des Netzwerkes, 4 Pflegekoordinatoren der Einfachen Strukturen, 2 Vertreter der Basisärzte, 2 Vertreter der Sprengelkrankenpflege) übermittelt werden.

Diese Gruppe wird durch Vertreter des Amtes für Ausbildung des Gesundheitspersonals, des Sozialwesens, der Hospizbewegung und/oder des Volontariates ergänzt. Diese Mitglieder der Gruppe werden durch das Assessorat bestimmt. Die Leitung der Gruppe obliegt dem Leiter des Südtiroler Netzwerkes für Palliativmedizin.

Dabei soll auf verschiedenen Ebenen gearbeitet werden:

1. Grundlehrgänge;
2. Betriebliche Weiterbildung;
3. Tagungen;
4. Stages und Hospitationen;
5. Forschungsprojekte.

Bei der Aus- und Weiterbildung wird größtmöglich auf die Zusammenarbeit und Integration zwischen den Berufsgruppen, auf die Zusammenarbeit und Integration zwischen den Diensten und mit besonderem Augenmerk auch auf die Sozial- und Gesundheitsdienste (Bildungsziele des Landes) geachtet. Die Finanzierung der Aus- und Weiterbildung mit Ausnahme der betrieblichen Weiterbildung erfolgt über das Amt für Ausbildung des Gesundheitspersonals.

### **Zusammenfassung**

Unter Berücksichtigung des derzeitigen Angebotes palliativer Versorgung in Südtirol soll in den nächsten Jahren eine Form abgestufter Palliativbetreuung flächendeckend aufgebaut werden. Diese soll unter Berücksichtigung der bereits bestehenden gesetzlichen Vorgaben in allen Bereichen und auf allen Ebenen des Gesundheitswesens erfolgen (im Akut- und Pflegebereich, stationär und ambulant). Dafür müssen im stationären und ambulanten Bereich in den Krankenhäusern sowie in den Sprengeln entsprechende Betreuungsformen organisiert und umgesetzt werden. Für eine landesweit einheitliche und abgestimmte Versorgung ist eine Koordination erforderlich.

### Literaturhinweise:

D.P.C.M. 20/1/2000: Atto di indirizzo e coordinamento per i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi per i centri residenziali di cure palliative (hospice).

Allegato 1 al D.P.C.M. del 20/1/2000 Modalità di integrazione dell'attività della rete di Cure Palliative

Dekret zu Palliative Care, 19. April 2001: Abkommen des Gesundheitsministers mit den Regionen und den autonomen Provinzen Trient und Bozen

Beschluss der Südtiroler Landesregierung Nr. 4747, 28.12.2001

Comitato Nazionale Cure Palliative, Veröffentlichung des Gesundheitsministers Nr. 378, März 2003

Landesgesundheitsplan 2003-2005

SÜGAM-Studie 1999, „Sterben zuhause“

   
 Dr. ... ..

Nemeth, Claudia; Rottenhofer, Ingrid: Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich.  
ÖBIG, Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien 2004

Erarbeitet wurde dieses Dokument von der Sanitätsdirektion des Südtiroler Sanitätsbetriebes mit folgenden Mitarbeitern:

Christine Haller	christine.haller@sb-brixen.it
Dr. Alfred Psailer	psailer.alfred@dnet.it
Dr. Andrea Gabis	andrea.gabis@martinsbrunn.it
Dr. Christian Wenter	christian.wenter@asbmeran-o.it
Dr. Cristina Ghedina	c.ghedina@provincia.bz.it
Dr. Davide Willeit	davide.willeit@sb-bruneck.it
Dr. Franz Pioner	franz.pioner@sb-brixen.it
Dr. Karl Lintner	karl.lintner@sb-brixen.it
Dr. Maria Hofer	maria.hofer@provinz.bz.it
Dr. Martin Kofler	koflerma202348@koflermartin.191.it
Dr. Massimo Bernardo	massimo.bernardo@asbz.it
Dr. Rainer Feichter	hospiz@caritas.bz.it
Dr. Susanne Pragaj	susanne.pragaj@asbmeran-o.it
Dr. Thomas Lanthaler	thomas.lanthaler@sb-brixen.it
Dr. Waither Clementi	waither.clementi@medilife.it
Dr. Wunibald Wallnöfer	wallnoefer.wuni@rolmail.net
Elfriede Delvai	elfriede.delvai@asbz.it
Elfriede Pioner	elfriede.pioner@sb-bruneck.it
Emanuela Pattis	emanuela.pattis@sb-brixen.it
Dr. Katrin Gapp	katrin.gapp@asbz.it
Gasser Monika	Monika.Gasser@se-ost.provinz.bz.it
Hedwig Federer	hedwig.federer@asbz.it
Monika Alber	monika.alber2@asbmeran-o.it
Dr. Astrid Reinstadler	Astrid.Reinstadler@asbmeran-o.it
Dr. Sabine Abram	sabine.abram@asbz.it
Dr. Marlies Baur	Marlies.Baur@sb-bruneck.it
Dr. Clara Astner	clara.astner@sb-brixen.it
Dr. Erwin Demichiel	Erwin.Demichiel@asbmeran-o.it
Dr. Hans Hofer	hans.hofer@sb-brixen.it
Dr. Andreas Huber	Andreas.Huber@se-ost.provinz.bz.it

Der Generalsekretär der L.R. - Il Segretario Generale della C  
- Dr. Adolf Auckenthaler

### **Zeitliche Umsetzung und Finanzierungskonzept für die nächsten zwei Jahre:**

Da die finanziellen Zuweisungen an den Sanitätsbetrieb jährlich erfolgen und ihrer Höhe noch nicht vorausgesagt werden können, kann der definitive Betrag, der für das Projekt Palliativmedizin pro Jahr zugewiesen wird nicht definitiv festgelegt werden. Es handelt sich aber um eine schrittweise Umsetzung über mehrere Jahre.

In der Aufstellung erfolgt deshalb eine Priorisierung der notwendigen Schritte, die Umsetzung und Finanzierung richtet sich nach den finanziellen Ressourcen, die dem Sanitätsbetrieb zur Verfügung gestellt werden.

Das Palliativkonzept insgesamt und ein schrittweises Finanzierungskonzept wurde am 09.05.2008 in der Gruppe der klinischen Neuordnung vorgestellt und gebilligt.

#### Vorhaben für das Jahr 2008 (strukturell und finanziell)

1. Schaffung der einfachen Strukturen für Palliativmedizin in den Schwerpunktkrankenhäusern und im Zentralkrankenhaus (soweit noch nicht vorhanden) mit ärztlicher und pflegerischer Verantwortlichkeit;
2. Wahl der Leiterin/des Leiters des Netzwerkes für Palliativmedizin des Sanitätsbetriebes aus dem Gremium der Verantwortlichen der einfachen Strukturen;
3. Ernennung (mit Beschluss der Landesregierung) der Mitglieder des betriebsweiten Netzwerkes für Palliativmedizin (4 Strukturleiter, 4 Pflegekoordinatoren, 2 Vertreter der Basisärzte, 2 Vertreter der Sprengelkrankenpflege);
4. der Leiter des Netzwerkes für Palliativmedizin bestimmt als Projektleiter in Absprache mit den Mitgliedern und der Sanitäts- und Pflegedirektion des Betriebes die Priorisierung der Umsetzungsschritte;
5. Ausarbeitung eines Programms für die stärkere Einbeziehung der Ärzte für Allgemeinmedizin in die territoriale Palliativbetreuung, Entwicklung und Förderung einer palliativen Kultur bei Ärzten für Allgemeinmedizin, Fachärzten, Krankenhausärzten, Krankenpflegepersonal; genaue Aufgabenbeschreibung für die Tätigkeit der Ärzte für Allgemeinmedizin auf dem Gebiet der Palliativmedizin, Definition von Standards und Aufnahme der Tätigkeit in die vertraglichen Verpflichtungen;
6. Schaffung von Rahmenbedingungen für die einzelnen Berufsgruppen (Vertragsanpassungen, Erreichbarkeit, Bereitschaftsdienst, Konsilliantendienst für die Ärzte für Allgemeinmedizin, vernetzte Überleitung, Versorgung mit notwendigen Hilfsmitteln, Diensthandys, usw.);
7. Einführen des Kodex 80.02 landesweit, Einführen der Palliativmedizinischen DRG's;
8. Festlegung der Aus- und Weiterbildung;

Je nach der Höhe der finanziellen Zuweisungen können die geplanten Vorhaben realisiert werden. Um jedoch ein tatsächliches Vorankommen in der Realisierung des Projektes zu erreichen müssen jedes Jahr zwischen Euro 400.000 und 700.000 zugewiesen und gebunden werden.

#### Vorhaben für das Jahr 2009 (strukturell und finanziell)

1. bauliche Adaptierung der internistischen Abteilungen an die Palliativversorgung in allen Krankenhäusern;
2. Potenzierung der Ärzte, Pfleger, Psychoologen im Zentralkrankenhaus und in den Schwerpunktkrankenhäusern;
3. Aufbau eines Day Hospice als Palliativambulatorium in den Schwerpunktkrankenhäusern und im Zentralkrankenhaus;
4. Aufbau einer palliativmedizinischen Konsilliantätigkeit zu den interdisziplinären Teams auf dem Territorium;
5. Koordinierung der Betreuung von Palliativpatienten in den Alten- und Pflegeheimen;
6. Planung der Errichtung von Hospizbetten

Je nach der Höhe der finanziellen Zuweisungen können die geplanten Vorhaben realisiert werden. Um jedoch ein tatsächliches Vorankommen in der Realisierung des Projektes zu

erreichen müssen jedes Jahr zwischen Euro 400.000 und 700.000 zugewiesen und gebunden werden.

Der Generalsekretär der L.R. - Il Segretario Generale della G.P.  
- Dr. Adolf Auckenitalot -

## ANLAGE B

### KONZEPT ZUR FÜHRUNGSFINANZIERUNG DES ZENTRUMS FÜR PALLIATIVCARE MARTINSBRUNN IN MERAN

#### Palliative Care

Die charakteristischen Merkmale von Palliative Care sind dadurch gekennzeichnet:

- geringer Einsatz technischer Hilfsmittel
- nicht invasive Eingriffe
- Intensive ärztliche und pflegerische Begleitung der Patienten zur Besserung und Aufrechterhaltung der Lebensqualität.

Bedingt durch die Bewegungseinschränkung und die Hygiene sind krebserkrankte Patienten im Endstadium für die Pfleger schon aus physischen Gründen eine Herausforderung. Eine notwendige und bestimmte Anzahl ausgebildeter und qualifizierter Pfleger sind aus diesem Grund erforderlich. Dazu kommt, dass spezialisierte Pfleger für die Qualität und die Quantität der zu verabreichenden schmerzstillenden Medikamente zuständig sind. Aufgrund dieser erforderlichen Qualifikationen soll sich die Anzahl der professionellen Krankenpfleger auf 50%/60% Prozentsatz belaufen, der restliche Prozentsatz des Pflegepersonals kann unterschiedliche Qualifizierungen vorweisen.

#### Palliativpflege

Normalerweise werden auf einer Palliativstation Patienten aufgenommen, die laut performance status von Karnofsky einen Index bezüglich ihrer Funktionsfähigkeit um die 50 oder darunter aufweisen. Der Zeitaufwand für die Pflege der Patienten in diesem Krankheitsstadium ist beträchtlich. Dieser Pflegeaufwand kann nur durch ein angemessenes Verhältnis Personal – Patient garantiert werden. Im Palliativbereich wird ja nicht nur auf medizinische, sondern auch auf geistige, psychische und seelische Aspekte großer Wert gelegt. Der Patientenwunsch wird grundsätzlich respektiert. Wenn ein Patient während der letzten Woche seines Lebens auf einen Katheter bei einer Blasenkrankung oder auf eine Sonde bei akuten Magenerkrankungen verzichten möchte, dann wird diese Entscheidung akzeptiert, wenn dadurch auch ein Mehraufwand bei der Reinigung des Erbrochenen und des Urins anfällt.

Neben der Hygiene sind noch andere Pflegeeingriffe bei künstlicher und intravenöser Ernährung und beim Überwachen von Drainagen bei Fistein und anderer Ausscheidungen erforderlich.

Die Kontrolle und die Auswertung der physischen Symptome zählt zu den anderen wichtigen Aufgaben der Pflege schwerkranker Patienten. Gerade die Kontrolle der Schmerzentwicklung ist eine wichtige Zielsetzung. Zur Schmerzlinderung können in 90% der Fälle schmerzstillende Mittel verwendet werden, vor allem sind es Morphin und deren Derivate, die zusammen zur Kategorie der Opiate gehören. Falls Patienten auf solche Medikamente nicht ansprechen oder die Nebenwirkungen zu stark sind, dann werden invasive Schmerztherapien notwendig wie lokale Betäubungen oder andere Methoden der Opiateverabreichung. Für die Weltgesundheitsorganisation sind bei der Qualitätskontrolle der palliativen Pflege in den verschiedenen Ländern der Verbrauch und Einsatz der Opiate in der Schmerztherapie ein wichtiges Kriterium. Auch andere physische Symptome wie Appetitlosigkeit, Kraftlosigkeit, Übelkeit, Brechreiz, Atemnot und das Wundliegen bedeuten für die PflegerInnen einen beträchtlichen Einsatz.

#### Die Palliativmedizin

Der Schwerpunkt der ärztlichen Behandlung liegt bei der Feststellung und der Kontrolle der palliativen Therapie und bei der Kontrolle der Symptome, die durch die Verabreichung verschiedener Medikamente entstehen und zwangsläufig physische und psychische Auswirkungen haben. Der Arzt muss die bestmögliche schmerzlindernde Therapie auswählen und vorschlagen, mit dem Ziel die Nebenwirkungen so gering wie möglich zu halten.

- Dr. Adolf Auckenthaler

halten und das Wohlbefinden des Patienten als primäres Ziel zu betrachten. Bevorzugt werden geringe invasive Methoden. Die Therapiepläne müssen für die einzelnen Patienten flexibel gestaltet werden, weil es in dieser Beziehung oft täglich physische Veränderungen beim Patienten gibt. So ein Therapieprogramm sieht keine herkömmliche Chemotherapie zur Krebsbehandlung vor, die Nebenwirkungen sollen den Patienten nicht so stark belasten. Die Patienten, die für ein Palliativpflegeprogramm in Frage kommen, werden eine onkologische Therapie bereits hinter sich haben; in der Palliativstation werden vor allem Therapien mit geringen Nebenwirkungen wie die Hormon- und die Strahlentherapie zugelassen. Die Anwesenheit eines Onkologen im Palliativzentrum oder zumindest als Konsultant ist angebracht.

#### **Die psychologische Betreuung**

Palliative Care sieht laut Definition die Betreuung der Patienten und der Angehörigen vor; die diesbezügliche psychologische Betreuung soll den sterbenskranken Menschen und den betroffenen Familien als Lebens-, Sterbe-, und Trauerbegleitung beistehen.

Zu den weiteren Aufgabengebieten der Psychologen gehört die Supervision des Personals, um einem Burn-out Syndrom vorzubeugen. Weiters sollen die psychologischen Fachkräfte die Kommunikationsprobleme lösen, die ja durch die nicht unproblematische Zusammenarbeit zwischen Patient, Familienangehörigen und Pfleger in solch schwierigen menschlichen Situationen zwangsläufig entstehen (durch die Diagnose und die Prognose).

#### **Spirituelle Betreuung**

Für die spirituelle und die seelische Betreuung der Patienten sind Seelsorgerinnen vorgesehen.

#### **Palliative Versorgung auf der Palliativstation**

Der Privatklinik mit 75 Betten (indirekter Konvention) werden 12 weitere Betten für Palliative Care zur Verfügung gestanden, die zur stationären Palliativbetreuung genutzt werden.

Im Schnitt erstreckt sich die Verweildauer eines Patienten auf der Palliativstation über einen Zeitraum von 2 bis 3 Wochen. Es gibt aber immer wieder Patienten, die auch über 150 Tage gepflegt werden müssen, da es keine Angehörigen gibt oder da sonstige soziale und krankheitsbedingte Probleme keine andere räumliche Situation zulassen.

Es kann auch zutreffen, dass Sterbensranke aus sozialen und nicht aus krankheitsbedingten Gründen einen überdurchschnittlich langen Aufenthalt in der Einrichtung verbringen.

In diesen Fällen wird das Palliativteam die Situation des Patienten regelmäßig überprüfen und darüber entscheiden, ob alle notwendigen Voraussetzungen für den pflegeintensiven Aufenthalt auf der Palliativstation gegeben sind.

Die Palliativstation wird über Zimmer mit Bad verfügen, auf jeden Fall die Vorschriften laut Gesetzesdekret des Ministers eingehalten.

#### **Day Hospice**

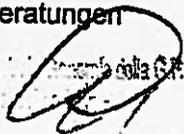
Die Struktur sieht außerdem drei Betten für palliative Therapie vor. In dieser Einrichtung können sterbensranke Patienten behandelt werden, für die eine Pflege zu Hause in bestimmten Situationen kaum noch zu organisieren wäre und betreut und therapiert schwerranke Patienten. Auf Anfrage des behandelnden Arztes wird dieser Dienst aktiviert.

#### **Das Personal**

##### **Die Palliativärzte**

2 Palliativärzte, von denen einer laut Ministerialdekret für die Koordinierung und die Leitung zuständig ist, betreuen insgesamt die Patienten der 12 Palliativbetten.

Auf 80 Wochenstunden beläuft sich die ärztliche Betreuung der Patienten auf der Palliativstation, im Palliativambulatorium, durch das Mobile Palliativteam, durch Beratungen im Day-Hospital.

Der Leiter des Palliativteams  
Dr. med. ...  


### **Das Betreuungs- und Pflegepersonal**

Um die optimale Betreuung für einen Patienten zu garantieren, braucht es im Verhältnis 1 Krankenpfleger/Pflegepersonal pro Palliativbett, zusätzlich einer Pflegekoordinatorin. Ein Krankenpfleger wird als Koordinator den Pflegebereich übernehmen und leiten und für jeden Dienst (Turnus) steht eine diplomierte Krankenpflegerin zur Verfügung. Die Pflege und die Betreuung der Patienten ist rund um die Uhr, auch Feiertags, vorgesehen.

### **Spezialisierte und diplomierte Fachkräfte**

Für eine bedarfsorientierte Betreuung und Beratung sind weitere Berufsbilder vorgesehen:  
ein Psychologe für drei bis vier Stunden wöchentlich (ca. 200 Stunden im Jahr)  
ein Therapeut für den Bereich Rehabilitation  
ein Sozialassistent  
ein Seelsorger / Seelsorgeteam

### **Volontariat und Förderung von ehrenamtlichem Engagement**

Die Klinik wird mit verschiedenen Einrichtungen wie Caritas, Peter Pan, KVW, Vinzenzverein, Südtiroler Krebshilfe und der Krebsliga zusammenarbeiten.

### **Aufnahmekriterien**

Die Aufnahme in das Palliativzentrum oder die Integration des Patienten ins palliative Versorgungsnetz erfolgt aufgrund einer Anfrage des Hausarztes oder des Krankenhausarztes, die ein diesbezügliches Ansuchen an den zuständigen Gesundheitsbezirk richten.

### **Vergütungen und Entschädigungen**

Der zuständige Sanitätsbezirk schließt eine Konvention mit der Privatklinik ab, wobei zusätzlich in einem Jahresprogramm die Zusammenarbeit von Sozialdiensten und Sanitätsbetrieben gemeinsam geplant und dokumentiert wird. Die Leistungen der Palliativstation werden durch festgelegten, allumfassenden Tagessatz vergütet. Alles was in diesem Dokument nicht vorgesehen ist, wird in der entsprechenden Konvention festgelegt.

Der Generalsekretär der L.R. - Il Segretario Generale della G.P.  
- Dr. Adolf Auckenthaler -

Sichtvermerke i. S. d. Art. 13 L.G. 17/93  
über die fachliche, verwaltungsgemäße  
und buchhalterische Verantwortung

Visti ai sensi dell'art. 13 L.P. 17/93  
sulla responsabilità tecnica,  
amministrativa e contabile

Der Amtsdirektor  
**Franz Hochgruber** 23.09.08

DER AMTSDIREKTOR  
Il direttore d'ufficio  
IL DIRETTORE D'UFFICIO  
- Dr. Alfred König -

Datum / Unterschrift

data / firma

Der Ressortdirektor  
für das  
Der Abteilungsleiter  
Gesundheits- und Sozialwesen

Il Direttore del Dipartimento  
alla  
Il direttore di ripartizione  
sanità e servizio sociale

Datum / Unterschrift

data / firma

08. Okt. 2008

Laufendes Haushaltsjahr

Esercizio corrente

zweckgebunden  impegmate

vorgemerkt  prenotate

als Einnahmen ermittelt  accertate in entrata

auf Kapitel  su capitolo

Vorgang  operazione

Der Direktor  
des Amtes für Ausgaben/Einnahmen

Il direttore  
dell'ufficio spese/entrate

08.10.2008  
Datum / Unterschrift

data / firma

Diese Abschrift  
entspricht dem Original

Per copia  
conforme all'originale

15.10.2008

Datum / Unterschrift

data / firma

Die Direktorin  
des Amtes für institutionelle  
Angelegenheiten  
- Dr. Cinzia Flaim -

La Direttrice  
dell'Ufficio affari  
istituzionali  
- Dr. Cinzia Flaim -

Abschrift ausgestellt für:

Copia rilasciata a:

23,2